

VIRTSAINKONTINENSSI JA ELÄMÄNLAATU

**– iän, virtsainkontinenssin muodon ja sen haitta-asteen yhteys yli
50-vuotiailla naisilla**

Anne Nurmi

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Virtsainkontinenssi ja elämänlaatu – iän, virtsainkontinenssin muodon ja sen haitta-asteen yhteys yli 50-vuotiailla naisilla

Anne Nurmi

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Syksy 2010

49 sivua, 4 liitettä

Virtsainkontinenssia pidetään arkaluontoisena asiana, joka usein salataan, eikä siitä kerrota lääkärille. Se vaikeuttaa huomattavasti normaalia elämää, työssä käymistä ja sosiaalista kanssakäymistä. Virtsainkontinenssin esiintyvyys yli 50-vuotiailla suomalaisnaisilla on 20 % ja yli 70-vuotiailla jopa 60 %. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yli 50-vuotiaiden virtsainkontinenssista kärsivien naisten iän, inkontinenssin muodon ja sen haitta-asteen yhteyttä heidän elämänlaatuunsa.

Tutkimusaineisto muodostui vuosina 2004–2009 Keski-Suomen keskussairaalan, lantionpohjan tutkimus- ja hoitoyksikköön hoitoon tulleista naisiasiakkaista. Otokseen valittiin kaikki 50-vuotiaat tai sitä vanhemmat naiset, joilla esiintyi virtsainkontinenssia (n=110). Ikäjakauma oli 50–87 vuotta (ka 65,2 v). Asiakkaiden tiedot koetusta elämänlaadusta kerättiin RAND-36 mittarilla. Virtsainkontinenssin muotoa ja haitta-astetta selvitettiin hoitopaikan omalla kyselylomakkeella. Tilastollisia analyyseja varten tehtiin uudet luokittelut asiakkaiden iästä (50–63 v, 64+ v), inkontinenssin muodosta (ponnistus, pakko-/sekamuotoinen), haitta-asteesta (kohtalainen, huomattava) sekä haitta-asteen VAS-janasta (lievä, kohtalainen, vaikea). Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, χ^2 -testiä, Mann-Whitney U-testiä, Kruskal-Wallis -testiä sekä kaksisuuntaista varianssianalyysiä.

Naisten psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky olivat hyvät, mutta roolitoiminta/fyysinen heikohko. Yli 64-vuotiailla fyysinen terveydentila oli huonompi ja psyykinen hyvinvointi parempi kuin nuoremmilla naisilla. Ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla elämänlaatu oli parempaa kuin pakko-/sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivillä. Inkontinenssin aiheuttama huomattava haitta heikensi naisten elämänlaatua kohtalaista haittaa enemmän.

Virtsainkontinenssista kärsivien naisten psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky olivat kaikenikäisillä melko hyvät, mutta fyysinen toimintakyky ja roolitoiminta/fyysinen näyttäisivät heikkenevän iän mukana. Pakko- tai sekamuotoinen inkontinenssi sekä haitta-asteen lisääntyminen saattavat heikentää elämänlaatua lähes kaikilla elämänlaadun osa-alueilla.

Asiasanat: ikääntyvä nainen, virtsainkontinenssi, elämänlaatu, RAND-36

ABSTRACT

Urinary incontinence and quality of life – the relationship between age, type of incontinence and its severity among women aged 50 years or older

Anne Nurmi

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Autumn 2010

49 pages, 4 appendices

Urinary incontinence (UI) is a delicate matter which is often kept secret and is not told to the physician. UI makes normal life, working and social life difficult. In Finland the prevalence of UI is 20 % for women over 50 years and about 60 % for women over 70 years. The aim of this study was to investigate UI among women aged 50 years or older and how their age, type of incontinence and its severity is related to their quality of life (QOL)

The study material was composed of women who had come to Central Finland hospital's pelvic floor research and treatment unit in year 2004-2009. The study sample included all women aged 50 years or older (n=110). Women's age was between 50 to 87 years (mean age 65.2 years). Their QOL was measured by RAND-36 Finnish version. UI type and severity was asked in the hospital's own form. For statistical analysis new classification was made in women's age (50-63, 64+), UI type (stress UI, urge/mixed UI), UI severity (moderate, considerable) and severity-scale VAS (mild, moderate, considerable). Statistical analysis was completed using crosstabs, χ^2 -test, Mann-Whitney U -test, Kruskal-Wallis -test and Two-Way Analysis of Variance.

Women's mental health and social functioning were good, but role-physical was poor. Women over 64 years of age had poorer physical health and better mental health compared to younger women. Women who had stress UI had better QOL than women with urge- or mixed UI. The more considerable the UI severity was the poorer was the QOL.

Women who had UI had their mental health and social functioning rather good in every age-class, but physical health and role-physical seemed to decrease with age. Urge- or mixed UI and increase UI severity can decrease QOL almost in every QOL subscale.

Key words: ageing woman, urinary incontinence, quality of life, RAND-36

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

JOHDANTO.....	1
1 VIRTSAINKONTINENSSI	3
1.1 Määritelmä ja luokittelu.....	3
1.2 Virtsainkontinenssin esiintyvyys ja riskitekijät	7
1.3 Virtsainkontinenssin hoitokeinoja.....	11
2 ELÄMÄNLAATU	15
2.1 Mitä elämänlaadulla tarkoitetaan?.....	15
2.2 Elämänlaadun mittareita	16
2.3 Ikääntyvien yleinen elämänlaatu.....	17
2.4 Iän, virtsainkontinenssin muodon ja haitta-asteen yhteys elämänlaatuun	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	21
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	22
4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu	22
4.2 Tutkimuksen eettisyys	22
4.3 Tutkimuksessa käytetyt mittarit	22
4.4 Aineiston analyysi	24
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	25
5.1 Virtsainkontinenssista kärsivien naisten iän yhteys koettuun elämänlaatuun.....	25
5.2 Virtsainkontinenssin muodon yhteys elämänlaatuun	28
5.3 Virtsainkontinenssin haitta-asteen yhteys elämänlaatuun	32
6 POHDINTA.....	36
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua	36
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	39
6.3 Yhteenvedo tutkimustuloksista	41

6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja mahdolliset jatkotutkimukset	41
LÄHTEET	44

LIITTEET

Liite 1: RAND-36 Elämänlaatukysely

Liite 2: Erottelupistelomake virtsainkontinenssin alustavaan erotusdiagnoosiin

Liite 3: Haitta-astelomake virtsainkontinenssin selvittelyyn

Liite 4: Yhteenveto elämänlaatu tutkimuksista

JOHDANTO

Virtsainkontinenssi tarkoittaa tahatonta virtsankarkailua ja se on melko yleistä varsinkin naisten keskuudessa (Kiilholma & Päivärinta 2007, Ziv ym. 2009). Sitä pidetään arkaluontoisena asiana, joten jopa yli puolet inkontinenssista kärsivistä ihmisistä saattaa salata vaivansa, eivätkä kerro siitä lääkärille (Aukee ym. 2007, Stach-Lempinen 2008, Porten ym. 2009). Virtsainkontinenssin esiintyvyyden sanotaan lisääntyvän iän myötä, mutta siitä on kuitenkin osittain ristiriitaisia tuloksia, sillä esiintyvyyden lisääntyminen ei ole lineaarista, vaan siinä voi olla vaihtelua. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu ikääntymisen lisäävän sekä kaikkien muotojen että vain pakko- ja sekamuotoisen inkontinenssin ilmaantumista. Lisäksi vaihdevuosien jälkeen säännöllisesti haittaavan inkontinenssin on todettu lisääntyvän. Inkontinenssin esiintyvyys on suurinta vanhoilla, yli 70-vuotiailla naisilla (Azuma ym. 2008, Lifford ym. 2008, Tiitinen 2009). Tutkimuksissa tutkittavien keski-ikä on useimmiten yli 50 vuotta, mutta aineistojen ikähaarukka on suuri.

Tutkimuksia inkontinenssin vaikutuksista yleensä elämänlaadun heikkenemiseen naisilla on tehty melko paljon. Tulokset osoittavat, että inkontinenssi vaikuttaa negatiivisesti ihmisen elämänlaatuun vaikeuttaen niin normaalia elämää, työntekoa, sosiaalista kanssakäymistä kuin harrastuksiakin. Lisäksi inkontinenssi saattaa aiheuttaa suurta epämukavuutta, häpeää, itsetunnon ja minäkuvan menetystä sekä sosiaalista eristäytyneisyyttä (Grimby ym. 1993, Kiilholma & Päivärinta 2007, Tennstedt ym. 2007, Lasserre ym. 2009). Swansonin ym. (2005) tekemässä tutkimuksessa yli 45-vuotiaista naisista lähes 20 % kertoi virtsainkontinenssin vaikuttavan normaaleihin aktiviteetteihin ja Franzen ym. (2009) havaitsivat sillä olevan yhteyttä moniin erilaisiin psykososiaalisiin ongelmiin kuin myös haavoittuvuuden tunteisiin. Lisäksi masennus on usein yhteydessä inkontinenssiin. Melvillen ym. (2005b) tutkimuksessa keski-ikänsä yli 50-vuotiailla naisilla masennus haittaa enemmän kohtuullisesta ja vaikea-asteisesta sekä pakko- tai sekamuotoisesta inkontinenssista kärsiviä. Lisäksi masentuneimmilla naisilla elämänlaatu ja toiminnallinen status heikkenevät merkittävästi ja inkontinenssin oireet lisääntyvät.

Tutkimuksia eri inkontinenssimuotojen vaikutuksesta yli 50-vuotiaiden naisten elämänlaatuun on olemassa jonkin verran, mutta niiden tulokset ovat osittain ristiriitaisia (Frick ym. 2009, Schimpf ym. 2009). Useimmissa tutkimuksissa inkontinenssin muodon lisäksi on myös huomioitu haitta-asteen yhteyttä tuloksiin. Sen sijaan tutkimuksia, joissa olisi selvitetty

ainoastaan iän yhteyttä inkontinenssista kärsivän naisen elämänlaatuun, löytyi vain muutamia (Hägglund ym. 2001, Gasquet ym. 2006, Filiz ym. 2007, Sung ym. 2007, Langford ym. 2008).

Ikääntyvät naiset ovat tärkeä ryhmä gerontologisen tieteenalan näkökulmasta tarkasteltuna, sillä odotettu elinikä on pidentynyt ja on oletettavaa, että inkontinenssin ilmaantuvuus lisääntyy. Tällöin yhä useampi nainen kokee sen elämänsä aikana. Virtsainkontinenssi onkin nimetty yhdeksi ”Geriatrian jättiläiseksi”, koska se on yleistä ja suurella osalla iäkkäistä merkinä laajemmasta ongelmasta (Räihä ym. 2006). Nykyään ikääntyvät ihmiset ovat entistä aktiivisempia osallistumaan erilaisiin tapahtumiin ja harrastuksiin, mutta virtsaongelmat voivat aiheuttaa ja lisätä sosiaalista eristäytymistä. Jotta myös iäkkäämpien ihmisten elämänlaatu pysyisi hyvänä mahdollisimman pitkään, virtsaongelmiin täytyisi puuttua jo varhaisessa vaiheessa.

Virtsainkontinenssilla on myös kansantaloudellista merkitystä. Ikääntyessä toimintakyky heikkenee ja samanaikainen virtsaongelmien lisääntyminen voivat yhdessä vaikuttaa muun muassa kaatumisriskin lisääntymiseen, jonka seurauksena myös laitoshoidon tarve saattaa lisääntyä aiheuttaen yhteiskunnallisten kustannusten kasvua.

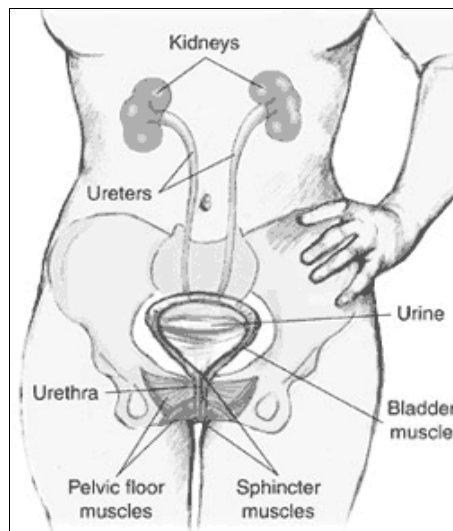
Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää 50-vuotiaiden ja sitä vanhempien virtsainkontinenssista kärsivien naisten iän, inkontinenssin muodon ja sen haitta-asteen yhteyttä heidän elämänlaatuunsa. Tutkimuksella pyritään selvittämään varsinkin iän merkitystä naisten elämänlaatuun, eli sitä, haittaako inkontinenssi enemmän nuorempien kuin vanhempien naisten elämänlaatua vai ovatko kokemukset ja tunteet samanlaisia iästä riippumatta. Tutkimus on tarpeellista, sillä Suomessa yli 50-vuotiaista naisista 20 % kärsii virtsainkontinenssista ja yli 70-vuotiaista jopa 60 %. Lisäksi suomalaisia tutkimuksia ikääntyvien virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaadusta ei ole tehty. Yleensäkin suomalaisia tutkimuksia naisten virtsainkontinenssista on olemassa vain muutamia (mm. Stach-Lempinen ym. 2003, 2004, Nuotio ym. 2003, 2005, 2007, Tikkinen ym. 2006, 2008, 2010).

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan jatkossa hoitojakson aikana kiinnittää enemmän huomiota tärkeisiin painopistealueisiin, jotta parannetaan inkontinenssista kärsivien ikääntyvien naisten elämänlaatua.

1 VIRTSAINKONTINENSSI

1.1 Määritelmä ja luokittelu

Virtsaamisen aikana rakon seinämän lihakset supistuvat ja virtsaputkea ympäröivät sulkijalihakset rentoutuvat, jolloin virtsa pääsee rakosta virtsaputken kautta pois elimistöstä (kuva 1). Inkontinenssin mahdollisuus lisääntyy, jos rakkolihakset supistuvat yhtäkkisesti tai sulkijalihakset eivät ole tarpeeksi vahvat pidättämään virtsaa (NIH 2007).



Kuva 1. Naisen virtsaelimistö edestä (www.kidney.niddk.nih.gov/)

Kansainvälinen kontinenssiyhdistys (ICS), DHHS (United States Department of Health and Human Services) ja IUGA (An International Urogynecological Association) määrittelevät virtsainkontinenssin (urinary incontinence, UI) minkä tahansa tahattoman virtsavuodon taudiksi, joka aiheuttaa ongelmia (Hunskaar ym. 2003, Peterson 2008, Haylen ym. 2010). Se on melko yleinen vaiva naisten keskuudessa ja vanhemmat naiset kokevat virtsainkontinenssin nuoria useammin. Inkontinenssi vaikuttaa muun muassa fyysiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin aiheuttaen häpeän tunnetta, itsearvostuksen vähenemistä, sosiaalista eristäytymistä sekä heikkenevää elämänlaatua (Hunskaar ym. 2004,

Aukee 2007, NIH 2007, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008, Aslan ym. 2009). Siitä ei kuitenkaan kovin paljoa keskustella.

ICD 10–luokittelun mukaan virtsainkontinenssi jaetaan yleisesti neljään pääryhmään: ponnistus-, pakko-, sekamuotoinen ja ylivuotoinkontinenssi (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Inkontinenssimuodon selville saamiseksi voidaan käyttää erottelupistelomaketta alustavaan erotusdiagnostiikkaan. Siinä vastataan kymmeneen kysymykseen ja saatujen pisteiden mukaan tehdään jaottelu: <7 pistettä viittaa ponnistusinkontinenssiin ja 7 pistettä tai enemmän viittaa pakko- tai sekamuotoiseen inkontinenssiin (Mäkinen ym. 1992).

Ponnistusinkontinenssi

Ponnistusinkontinenssin (stress (urinary) incontinence, SUI) taustalla voidaan erottaa kaksi rakenteellista heikkoutta; virtsaputken sulkiamekanismissa tai virtsaputkea ympäröivissä tukirakenteissa on heikkoutta (Aukee ym. 2006, Azuma ym. 2008, Stach-Lempinen 2008, Mayo Clinic 2009). Virtsa karkaa tahattomasti fyysisissä rasituksissa ja ponnisteluissa vatsaontelon paineen äkillisesti noustessa, koska vatsaontelon ja rakon yhteispaine on suurempi kuin sulkiapaine, vaikka rakkolihas ei supistu. Tällaisia rasittavia ja ponnistelua vaativia tapahtumia ovat mm. yskiminen, aivastaminen, nauraminen ja erilaiset urheiluharrastukset (Sand & Dmochowski 2002, Kiilholma & Päivärinta 2007, Haylen ym. 2010). Ponnistusinkontinenssin syynä voi useimmiten olla lantionpohjan lihasten heikkeneminen, vaihdevuodet sekä sidekudosten heikkous (rotu, ikääntyminen, raskaudet tai hormonaaliset syyt) tai elintavat (lihavuus, tupakointi) (Käypä hoito 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007, Stach-Lempinen 2008, Mayo Clinic 2009). Vaiva on yleisempää nuorempien naisten (<60-vuotiaiden) keskuudessa (Hunskaar ym. 2003).

Pakkoinkontinenssi

Pakkoinkontinenssissa (urgency (urinary) incontinence, UUI) ihmisellä on tunne voimakkaasta virtsaamisen tarpeesta, on ”pakko päästä vessaan” (Sand & Dmochowski 2002, Haylen ym. 2010). Vaiva voidaan jakaa neurologista alkuperää olevaksi tai yleisemmäksi, idiopaattiseksi muodoksi (Aukee ym. 2006, Käypä hoito 2006, Stach-Lempinen 2008). Tyypillistä on, että virtsarakon supistajalihakset ovat yliaktiivisia aiheuttaen rakon tahatonta

supistumista, jolloin virtsaamistarve tihenee ja virtsa karkaa. Rakkolihasten supistelusta vessaan ehtimiseksi voi olla aikaa vain muutamasta sekunnista minuuttiin (Aukee ym. 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007, Azuma ym. 2008, Mayo Clinic 2009). Tavallisimpia oireita ovat muun muassa virtsapakon tunne ennen virtsan karkaamista, tiheä virtsaaminen päivin ja öin, psyykkisen jännityksen aiheuttama virtsapakon tunne sekä suuret kerralla valuvat virtsamäärät. Synä pakkoinkontinenssiin voivat olla rakon ja synnytykselinten tulehdukset, interstitiaalinen kystiitti, rakon ja lähielinten kasvaimet, aiemmat gynekologiset leikkaukset sekä keskushermostoperäiset sairaudet kuten MS- ja Parkinsonin tauti tai aivoverenkierron häiriöt (Aukee ym. 2006, Käypä hoito 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007, Mayo Clinic 2009, Tiitinen 2009). Iäkkäämmät, >60 -vuotiaat naiset kärsivät enemmän tästä inkontinenssin muodosta (Hunskaar ym. 2003).

Sekamuotoinen inkontinenssi

Kansainvälinen kontinenssiyhdistys (ICS) ja IUGA ovat määritelleet sekamuotoisen inkontinenssin (mixed (urinary) incontinence, MUI) tahattoman vuodon vaivaksi, joka on yhteydessä pakonomaisuuteen ja myös rasiinukseen, ponnisteluun, aivasteluun tai yskimiseen. Näin ollen sekamuotoisessa inkontinenssissa ihmisellä on sekä pakko- että ponnistusinkontinenssin oireita (Sand & Dmochowski 2002, Dooley ym. 2008, Haylen ym. 2010). Hoitokeinot pyritään valitsemaan hallitsevamman tekijän mukaan (Aukee ym. 2006). Myös tämä inkontinenssimuoto on enemmän iäkkäämpien, >60-vuotiaiden naisten ongelmana (Hunskaar ym.2003).

Ylivuotoinkontinenssi

Ylivuotoinkontinenssissa on kyse kyvyttömyydestä kontrolloida virtsaamista. Vaikka ihminen koettaa virtsata, hän saattaa saada aikaan vain heikon virtsasuihkun. Siten hän ei pysty täydellisesti tyhjentämään rakkoaan, jolloin ylivenyttyneestä rakosta valuu virtsaa, kun paine ylittää virtsaputken sulkupaineen. Useimmiten taustalla on mekaaninen este (esim. kohdun laskeuma, virtsakivi), heikentynyt virtsaamisheijaste (esim. leikkauksen jälkitila), heikot rakkolihakset (esim. rakon tyhjäksi puristaminen vaikeaa) tai sairauksista (esim. DM, Parkinson, MS) aiheutuneet hermovauriot (Käypä hoito 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007,

NIH 2007, Stach-Lempinen 2008, Chang 2009, Mayo Clinic 2009). Tämä muoto on yleisempää miehillä kuin naisilla (Chang 2009).

Muita inkontinenssimuotoja

IUGA ja ICS ovat lisäksi määritelleet neljä muuta inkontinenssimuotoa, joista kolme viimeisintä ovat uusia: 1. yöllinen inkontinenssi (tahaton virtsan karkaaminen unen aikana), 2. asentoon liittyvä inkontinenssi (virtsa karkaa esim. istumasta tai makuulta ylös noustaessa), 3. huomaamaton inkontinenssi (nainen ei tiedä miten virtsan karkailu tapahtuu) ja 4. yhdyntään liittyvä inkontinenssi (Haylen ym. 2010).

Virtsainkontinenssin haitta-aste

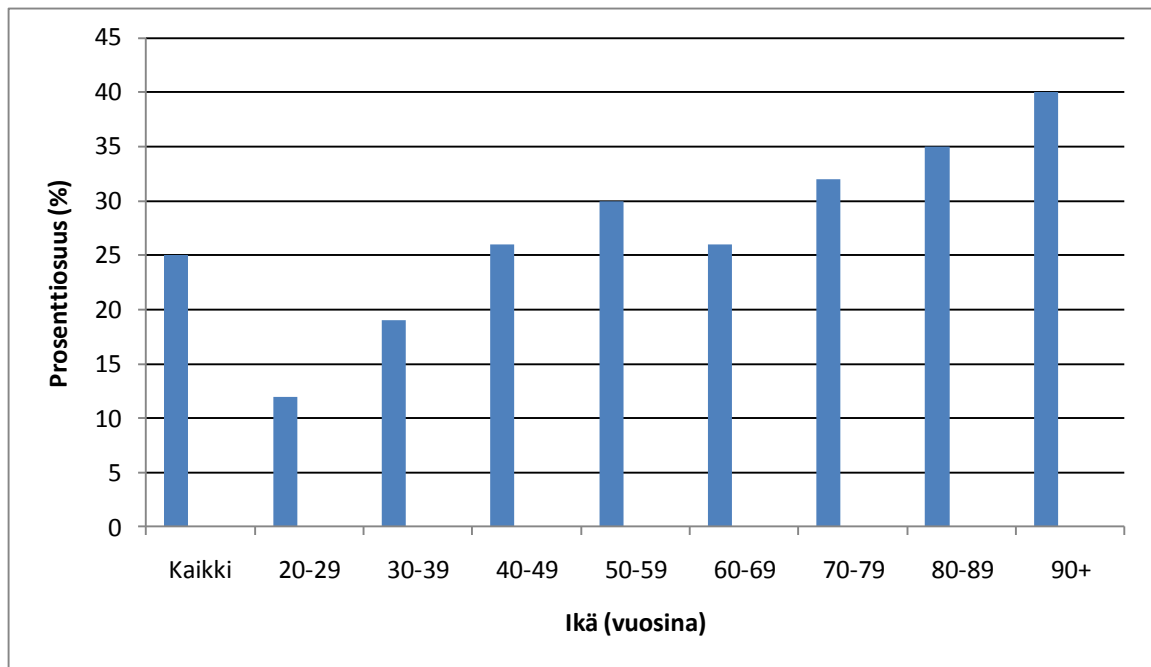
Virtsainkontinenssin muodon lisäksi määritellään myös haitta-aste. Sen avulla voidaan arvioida vaivan aiheuttamaa haittaa naisen elämään. Arvioinnissa käytetään usein Sandvik-indeksiä. Se tarkoittaa pistemäärää, joka saadaan kertomalla kahden kysymyksen (kuinka usein virtsa karkaa ja kuinka paljon virtsaa tulee kerralla) pisteet (0-4 ja 1-2) keskenään. Saadut yhteispisteet jaetaan neljään luokkaan (0 kuiva, 1-2 lievä, 3-4 kohtalainen ja 6-8 vaikea) ja ne kertovat inkontinenssin haitta-asteen (Sandvik ym. 2000, Javanainen 2007). Haitta-asteen arvioinnissa voidaan käyttää myös suomenkielisiä, validoituja kyselykaavakkeita sekä yksinkertaista jana-asteikkoa (Stach-Lempinen 2004). Melko yleisesti haitta-astetta arvioitaessa on käytössä kymmenen kysymystä sisältävä haitta-astelomake. Siinä vastausten yhteenlasketut pisteet jaetaan vastausten lukumäärällä ja kerrotaan 50:llä. Saatu tulos ilmoittaa haitta-asteen prosentteina (esim. 10 kysymyksen summa on 15 → $15/10 \times 50 = 75\%$) (Mäkinen ym. 1992).

1.2 Virtsainkontinenssin esiintyvyys ja riskitekijät

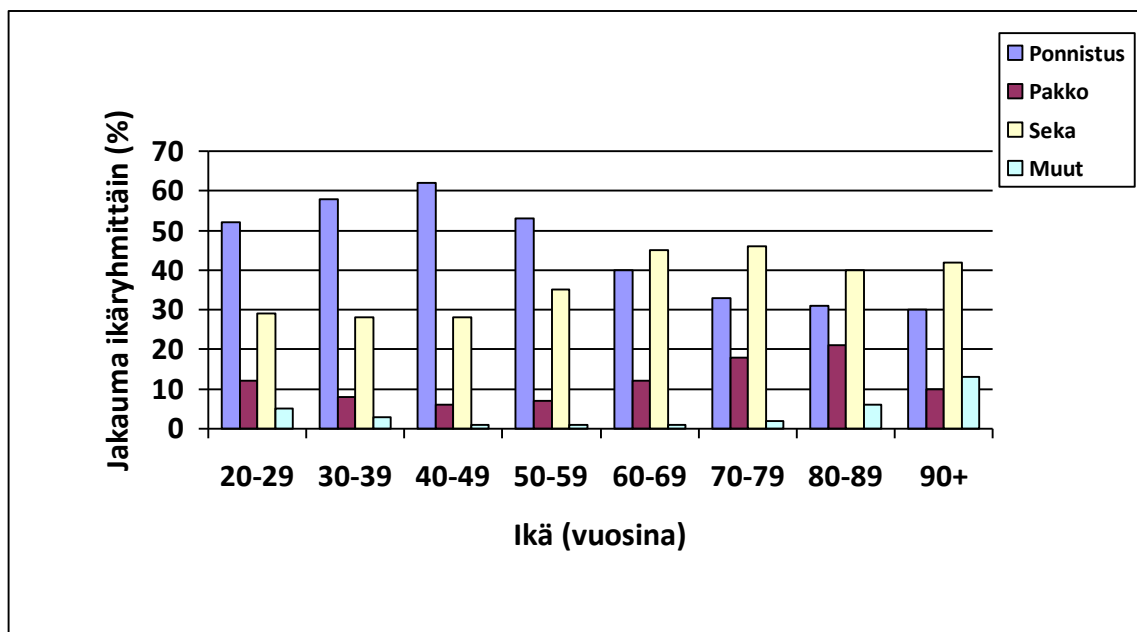
Esiintyvyys

Suomessa väestötasolla virtsainkontinenssista kärsii noin 5-8 % ja yli 40-vuotiaista jo 16 % ihmisistä. 25 – 60-vuotiaista suomalaisnaisista virtsainkontinenssista kärsii 20 % ja yli 70-vuotiaista 59–60 % (Kiilholma & Päivärinta 2007, Stach-Lempinen 2008, Tiitinen 2009). Useissa tutkimuksissa on ilmennyt, että virtsainkontinenssin esiintyvyys vaihtelee 25 – 45 % välillä ja lähes 10 % kaikista naisista kärsii siitä (Milsom 2009). Esiintyvyys lisääntyy asteittain iän mukaan (kuva 2), mutta eri tutkimusten välillä esiintyy pieniä vaihteluita; keskimäärin nuorilla aikuisilla se on noin 20–30 %, huippu (30–40 %) saavutetaan keski-ikänsä molemmin puolin ja sen jälkeen on tasainen tai jopa pieni vähenemisvaihe, kunnes noin 70-vuotiaana esiintyvyys lisääntyy tasaisesti (30–50 %) (Hunskaar ym. 2003, 2004). Samansuuntaisia tuloksia ilmeni Melvillen ym. (2005a) tutkimuksessa, jossa esiintymisprosentti alle 40-vuotiailla naisilla oli 28 ja yli 80-vuotiailla 55, kun taas Jamisonin ym. (2007) tutkimuksessa ikäryhmittäinen esiintymisprosentti lisääntyi selvästi kolmen alimman ikäluokan välillä seuraavasti: alle 40-vuotiailla naisilla esiintyvyysprosentti oli 13.3, 40–49-vuotiailla 24, 50–59-vuotiailla 32.7 ja 60–74-vuotiailla 32.8.

Inkontinenssin eri muodoista alle 60-vuotiailla tyypillisintä on ponnistusinkontinenssi, kun taas yli 60-vuotiailla pakko- ja sekamuotoisen inkontinenssin osuus lisääntyy (kuva 3) (Hunskaar ym. 2003, Lifford ym. 2008).



Kuva 2. Virtsainkontinenssin esiintyvyys yli 20-vuotiailla naisilla (mukailtu Hunskaar ym. 2003).



Kuva 3. Virtsainkontinenssin eri muotojen jakauma ikäryhmittäin (mukailtu Hunskaar ym. 2003).

Yleiset riskitekijät

Yksi merkittävimmistä virtsainkontinenssin riskitekijöistä on ylipaino. Painoindeksin (BMI) suurentuessa inkontinenssin riski ja haittaavuus vain lisääntyvät kaikissa inkontinenssimuodoissa kaikenikäisillä naisilla (Miller ym. 2003, Melville 2005a, Käypä hoito 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007, Azuma 2008). Rasvan kertyminen keskikehoon ja vyötärönympäryksen suureneminen lisäävät virtsainkontinenssin riskiä. Tähän lisääntyneeseen riskiin saattaa olla syynä vatsansisäinen paine ja sen vaikutus virtsaelimiin (Krause ym. 2010). Tutkimuksissa liikalihavuuden on havaittu olevan merkitsevästi yhteydessä ponnistusinkontinenssiin. Sekamuotoiseen inkontinenssiin on yhteydessä henkilön ylipaino tai liikalihavuus (Botlero ym. 2009, Subak ym. 2009). Minassianin ym. (2008) mukaan paino on merkittävä riskitekijä kaikille virtsainkontinenssin haitta-asteille ja keski-ikäisille naisille BMI on itsenäinen riskitekijä inkontinenssin lisääntyvälle haitalle (Miller ym. 2003). Ylipainosta johtuvia inkontinenssin oireita voidaan helpottaa jo vähäisellä 5-10 %:n painonpudotuksella. Kuuden kuukauden seurannassa 8 %:n painonpudotuksella on saatu viikoittaisia inkontinenssiepisodeja vähenemään 47 % (Auwad ym. 2008, Subak ym. 2009).

Raskaus ja synnytys ovat myös inkontinenssin riskitekijöitä. Varsinkin nuoremmissa ikäryhmissä ne lisäävät ponnistus- ja sekamuotoisen inkontinenssin riskiä, joskin keisarinleikkauksen jälkeen näitä muotoja esiintyy vähemmän kuin alatiesynnytyksen jälkeen (Käypä hoito 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007). Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa synnytys oli yksi kolmesta suurimmasta ponnistusinkontinenssin riskitekijästä (Zhu ym. 2009).

Kohdunpoiston on havaittu olevan riskitekijän kohtuulliselle ja vaikealle inkontinenssille, mutta ei lievälle inkontinenssille (Minassian ym. 2008). Yli 60-vuotiailla naisilla leikkaustavasta riippumaton kohdunpoisto saattaa lisätä pakkoinkontinenssin riskiä (Käypä hoito 2006). Botleron ym. (2009) tutkimuksessa 20 – 84-vuotiailla naisilla kohdunpoisto oli yhteydessä sekamuotoiseen inkontinenssiin, kun taas Byles ym. (2009) havaitsivat sillä olevan vähemmän vaikutusta iäkkäämpien naisten pitkäaikaisessa seurannassa. Kohdunpoisto saattaa olla itsenäinen riskitekijä lisääntyvälle inkontinenssin haitalle keski-ikäisillä naisilla (Miller ym. 2003).

Muita riskitekijöitä virtsainkontinenssiin voivat olla sairastuminen tyypin 2 diabetekseen (DM 2), runsas tupakointi sekä vaihdevuosisoireisiin käytettävä yhdistelmähormonihoito, joskin paikallisesti käytetty estrogeenihoito voi helpottaa tai parantaa pakkoinkontinenssin oireita vaihdevuosi-ien ylittäneillä naisilla (Käypä hoito 2006). Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan

hormonikorvaushoito joko estrogeenilla tai estrogeenin ja progesteronin yhdistelmänä lisää virtsankarkailun riskiä kaikissa muodoissa. Pelkällä estrogeenihoidolla riski oli jopa kaksinkertainen. Näin hormonikorvaushoito näyttäisi altistavan virtsankarkailulle ehkäisyn sijaan (Hendrix ym. 2005). Myös Townsendin ym. (2009) tutkimuksessa hormonihoidoa saavilla 37–54-vuotiailla naisilla todettiin olevan 1.39-kertainen riski saada virtsainkontinenssi. Jos koko elimistöön vaikuttavaa hormonihoidoa ei voida käyttää, niin paikallisesti vaikuttava estrogeenihoido voi auttaa tiheään virtsaamisen tarpeeseen tai virtsankarkailuun (Javanainen 2007). Millerin ym. (2003) tutkimuksessa vanhoilla naisilla aiemmin käytetty tai meneillään oleva hormonikorvaushoito ja nuorilla naisilla runsas tupakointi oli itsenäinen riskitekijä lisääntyvälle inkontinenssin haitalle. Tupakointiin liittyvä krooninen yskä voi aiheuttaa inkontinenssiepisodeja tai pahentaa muista syistä johtuvaa inkontinenssia (Mayo Clinic 2009).

Diabeteksella on osoitettu olevan jopa 2.5-kertainen riski virtsainkontinenssin kehittymiseen ja diabeetikon naisilla inkontinenssi on merkitsevästi yleisempää kuin ei-diabeetikoilla (Izci ym. 2009, Tozun ym. 2009). Kummassakaan tutkimuksessa ei selvästi tullut ilmi, oliko kyseessä tyyppi 1 vai 2 diabetes. Sen sijaan Sarma ym. (2009) tuovat esiin, että virtsainkontinenssi on yleistä DM 1 tyyppin naisilla ja riskitekijöistä iän ja painon lisääntyminen sekä aiemmat virtsaelinten tulehdukset ovat tärkeitä. Danforth ym. (2009) taas havaitsivat, että DM 2 tyyppi saattaa vaikuttaa erityisesti pakkoinkontinenssiin.

Ikääntymiseen liittyvät riskitekijät

Monissa epidemiologisissa tutkimuksissa virtsainkontinenssilla on todettu olevan useita riskitekijöitä ja ikä on niistä merkittävin. Ikääntyvät naiset saattavatkin ajatella virtsainkontinenssin kuuluvan osana vanhenemiseen, eivätkä siksi edes lähde hakemaan apua vaivaansa. Tutkimuksissa on todettu, että lääketieteellistä apua vaivaansa on hakenut vain 25–40 % naisista (Hunskaar ym. 2004, Peterson 2008, Zhu ym. 2009, Lasserre ym. 2009).

Virtsateissä ja lantion alueen rakenteissa tapahtuu muutoksia ikääntyessä, jotka edesauttavat inkontinenssin ilmaantumista. Tällaisia muutoksia tapahtuu esimerkiksi side- ja lihaskudoksissa, jolloin virtsarakon seinämän venymiskyky heikkenee ja rakkotilavuus pienenee. Lisäksi naisilla luontaisen estrogeenierityksen vähenemisestä johtuvat limakalvo- ja kudosuutokset aiheuttavat ongelmia. Näistä muutoksista huolimatta inkontinenssia ei pidä

pitää normaalina ikään liittyvänä ilmiönä, vaikka kaikkien muotojen vallitsevuus lisääntyy iän myötä. Vanheneminen ei siis välttämättä tarkoita, että naisella olisi inkontinenssi (Käypä hoito 2006, Kiilholma & Päivärinta 2007, Azuma 2008, Mayo Clinic 2009). Tutkimuksissa on todettu pakko- ja sekamuotoisen inkontinenssin olevan yhteydessä ikääntymiseen, sekä ikä on merkittävä riskitekijä kaikilla inkontinenssin haittatasoilla. Lisäksi ponnistusinkontinenssin huippu on keskimäärin 50-vuotiaana ja pakkoninkontinenssin 70-vuotiaana (Hunskaar 2003, Minassian ym. 2008, Botlero ym. 2009, Zhu ym. 2009, Tozun ym. 2009).

Iäkkäillä virtsainkontinenssi voi olla yhteydessä sydän- ja verisuonisairauksiin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, neurologisiin sairauksiin, suolisto- ja keuhkosairauksiin, depression, heikentyneeseen liikunta- ja toimintakykyyn sekä näkö- ja kuulo-ongelmiin (Käypä hoito 2006). Byles ym. (2009) seurasi yli yhdeksän vuotta iäkkäitä naisia (70–75 vuotta vuonna 1996). He havaitsivat näillä naisilla inkontinenssin olevan yhteydessä dementiaan, kaatumisiin ja tyytymättömyyteen fyysisestä toimintakyvystä. Aivohalvauksella oli hieman vähäisempi vaikutus inkontinenssiin kuin edellä mainituilla ongelmilla. Tutkittaessa voimakasta depressiota 30–90-vuotiailla inkontinenssin naisilla, on havaittu, että depression esiintyvyys vaihtelee inkontinenssin muodon (pakko- ja sekamuotoinen) sekä haitta-asteen (kohtuullinen tai hankala) mukaan. Toisessa tutkimuksessa naisia (keski-ikä 59,3 vuotta) seurattiin kuusi vuotta ja siinä todettiin voimakkaan depression ennustavan inkontinenssin ilmaantumisen todennäköisyyttä verrattuna naisiin, joilla voimakasta depressiota ei alkutilanteessa ollut. Mutta päinvastoin inkontinenssi ei ollut yhteydessä depression ilmaantumiseen (Melville ym. 2005b, Melville ym. 2009). Myös keuhkoastmaudilla (COPD) on todettu olevan yhteyttä virtsainkontinenssiin (Tozun 2009).

1.3 Virtsainkontinenssin hoitokeinoja

Jotta virtsainkontinenssista kärsivän naisen vaivoja voidaan helpottaa, tulisi ensimmäiseksi selvittää inkontinenssin syy. Sen jälkeen voidaan valita sopiva hoitomuoto virtsainkontinenssin tyypin mukaan. On kuitenkin huomioitava, että kaikki eivät saa riittävää apua hoidoista, mutta jokaiselle pyritään silti löytämään elämää helpottavia ja normalisoivia ratkaisuja (Kiilholma & Päivärinta 2007).

Virtsainkontinenssin hoitomuodot voidaan karkeasti jaotella konservatiivisiin ja operatiivisiin hoitoihin. Yleensä alkuun lähdetään helpoimmista vaihtoehdoista, kuten elintapamuutoksista ja fysioterapiasta. Näiden lisäksi mukaan voidaan ottaa lääkehoito ja vaikeimmissa tapauksissa myös kirurginen hoito. Hoidon tulosten perusteella hoitokeinoja muutetaan yksilöllisesti tilanteen mukaan.

Konservatiivinen hoito

Kun virtsa karkailee, voidaan ihan ensimmäisenä hoitokeinona käyttää virtsankarkailuun kehitettyjä inkontinenssisuojia. Ne antavat hygieenistä suojaa ja samalla ne voivat helpottaa osallistumista fyysisiin ja sosiaalisiin aktiviteetteihin.

Yksi tärkeimmistä konservatiivisista hoitomuodoista virtsainkontinenssin hoidossa on elintapamuutokset, joihin asiakas itse voi vaikuttaa. Tupakoinnin lopettamisella saatetaan helpottaa siitä aiheutuvaa kroonista yskää ja siten lievittää ponnistusinkontinenssia. Painon 5-10 % vähentämisellä voidaan lievittää inkontinenssin oireita ja parantaa elämänlaatua ylipainoisilla naisilla. Myös lantionpohjan lihasharjoittelulla (voima, nopeus, kestävyys) voidaan ehkäistä ja helpottaa virtsanpidätysongelmia (Kiilholma & Päivärinta 2007, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008, Auwad ym. 2008, Sar & Khorshid 2009).

Ponnistusinkontinenssissa ensisijainen hoito on lantionpohjan lihasharjoittelu. Lantionpohjan lihasten kunnosta huolehtiminen on tärkeää kaikille naisille, sillä synnytykset ja vaihdevuosien jälkeinen estrogeenin puute voivat korostaa lantionpohjan kudosten veltostumista. Jotta lihasharjoittelusta saadaan riittävä hyöty, tulee harjoittelun olla jatkuvaa ja pitkäjänteistä ja sitä on syytä jatkaa omatoimisesti ohjausten jälkeen saavutetun tuloksen ylläpitämiseksi. Vähintään kolme kuukautta kestäneellä lihasharjoittelulla on saatu paras hyöty alle 50-vuotiailla naisilla (Käypä hoito 2006, Airaksinen 2007, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Myös kahden kuukauden päivittäisellä harjoittelulla ja kerran viikossa tapahtuneella motivoivalla puhelinkontaktilla on saatu hyviä tuloksia; lantionpohjan lihasten voima lisääntyi, elämänlaatu parani ja virtsankarkailukerrat vähenivät merkittävästi hieman yli 40-vuotiailla naisilla (Sar & Khorshid 2009). Suomessa 70–71-vuotiaille, kotona asuville ja virtsainkontinenssista kärsiville naisille tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että omatoiminen lantionpohjanlihasten harjoittelu koettiin hyväksyttävänä, toteutettavana ja sen noudattaminen päivittäisessä elämässä koettiin melko helpoksi (Rosqvist ym. 2008, 2009). Lantionpohjan

lihasharjoitusten lisäksi kannattaa harjoituttaa myös reisien, pakaroiden, selän ja vatsan lihaksia lantion seudun lihasaktiviteetin parantamiseksi. Harjoitukset kannattaa yhdistää päivittäisiin toimintoihin ja kaikissa liikuntaohjelmissa tulee huomioida lantionpohjan lihasten aktiivinen käyttö (Airaksinen 2007).

Pakkoinkontinenssin hoitona voidaan käyttää omatoimista virtsarakon kouluttamista, jolla pyritään vähentämään tiheän virtsaamisen tarvetta ja parantamaan virtsanpidätyskykyä. Hyvänä apuna tässä on virtsaamispäiväkirja, joka kertoo käyntikerroista ja kertavirtsamääristä. Lisäksi aikataulutettu wc-käyminen saattaa helpottaa laitoksissa olevien iäkkäiden rakon hallintaa. Lantionpohjan lihasten harjoittelu yhdistettynä rakkoa rauhoittavaan sähköstimulaatioon sopii myös näille asiakkaille (Käypä hoito 2006, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008).

Lääkehoidolla pystytään paremmin vaikuttamaan pakko- kuin ponnistusinkontinenssiin. Asiakkaan oireisiin voidaan pakkoinkontinenssissa vaikuttaa antikolinergisellä eli rakon muskariinireseptoreita salpaavalla lääkehoidolla, jolloin rakon supisteluherkkyys vähenee ja tilavuus lisääntyy. Tämä harventaa virtsaamistarvetta ja lievittää pakko-oiretta. Sivuvaikutuksina voi esiintyä suun ja silmien kuivumista, näköhäiriöitä, ummetusta ja varsinkin iäkkäillä ihmisillä (>75-vuotiailla) muistitoimintojen heikkenemistä. Iäkkäiden ihmisten suhteen on myös huomioitava muiden lääkkeiden yhteisvaikutukset. Yhtenä hoitovaihtoehtona on myös estrogeenihoito, jonka on havaittu helpottavan vaihdevuosi-ikä ohittaneiden naisten ongelmia. Vaikeimmissa pakkoinkontinenssitapauksissa virtsarakon seinämään voidaan ruiskuttaa botuliini A:ta, joka lamaa rakon supistuksia (Käypä hoito 2006, Tammela 2007, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008).

Ponnistusinkontinenssissa lääkkeillä on vähäinen vaikutus. Käytössä on vain yksi lääke, joka vaikuttaa virtsaputken poikkijuovaisen sulkijalihaksen kireyteen rakon varastoimisvaiheen aikana. Lääkettä käytetään lähinnä keskivaikean tai vaikean ponnistusinkontinenssin hoidossa ja hoitovaste saavutetaan parissa viikossa. Estrogeenihoidolla ei ole havaittu olevan kunnollista hoitovaikutusta, mutta osa asiakkaista voi saada siitä subjektiivista hyötyä (Käypä hoito 2006, Tammela 2007, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008)

Operatiivinen hoito

Virtsainkontinenssin leikkaushoito tulee kyseeseen ponnistusinkontinenssin yhteydessä. Myös sekamuotoisessa inkontinenssissa voidaan harkita leikkausta, jos vallitsevana oireena on ponnistusinkontinenssi ja se voidaan selvästi osoittaa. Joskus myös vaikeassa pakkoinkontinenssissa voidaan kokeilla kirurgista hoitoa. Leikkaushoitoon päädytään, jos lantionpohjan lihasten kuntouttaminen ohjattuna tai omatoimisesti ei ole auttanut. Yleensä tehokas ja riittävän pitkäkestoinen kuntoutus auttaa lievissä ja keskivaikeissa muodoissa, mutta vaikeassa muodossa ainoa tehokas hoitokeino on leikkaus (Käypä hoito 2006, Kiilholma 2007).

Nykyisin leikkausmuotoina käytetään mini-invasiivisia eli vähän kajoavia nauhaleikkauksia. Tällaisia leikkauksia ovat TVT (tension-free vaginal tape) ja TOT (trasnsobturatoric tape). TVT-leikkauksessa prolenuauha laitetaan virtsaputken keskiosan alle häpyluun takaa vatsanpeitteiden päälle tukemaan virtsaputkea. Tämä verkkonauha korvaa heikentyneitä kudoksia, jolloin virtsaputken pitokyky ponnistustilanteissa paranee. TOT-leikkauksessa prolenuauha kulkee obturator-aukkojen kautta. Leikkaustulokset ovat olleet hyviä molemmilla tavoilla, mutta TOT-tekniikka on lisääntynyt pienemmän leikkaustekniikkaan liittyvän riskin takia (Kiilholma 2007, Ala-Nissilä & Kiilholma 2008).

2 ELÄMÄNLAATU

2.1 Mitä elämänlaadulla tarkoitetaan?

Elämänlaatu (quality of life, QOL) käsitteenä on laaja, eikä sille ole olemassa selkeää määritelmää. Elämänlaatua voidaan ajatella objektiivisesti tai subjektiivisesti sen mukaan, kuka asioita tarkkailee. Esimerkiksi ulkopuolinen henkilö voi ajatella toisen henkilön elämän hyväksi, vaikka tämä kokee tilanteensa huonoksi. Tai päinvastoin henkilö kokee elämänsä hyväksi, vaikka se ulkopuolisen silmissä vaikuttaa ala-arvoiselta. Eli eri ihmisille elämänlaatu merkitsee erilaisia asioita. Nykyään ollaan sitä mieltä, että elämänlaatu koostuu sekä objektiivisesti mitattavista hyvän elämän ehdoista että subjektiivisesta ulottuvuudesta. Eri tilanteissa elämänlaadulla tarkoitetaan muun muassa yleistä tyytyväisyyttä, turvallisuutta, hyvinvointia sekä sosiaalisia ja yhteisöllisiä suhteita kuin myös terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä ulottuvuuksia (Aalto ym. 1999, Huusko & Pitkälä 2006a, 9-11).

Terveyteen liittyvän elämänlaadun (HRQoL) voidaan ajatella olevan osa elämänlaatua, mutta täsmällistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää sille ei ole (Savikko ym. 2006, 24–26, Halvorsrud & Kalfoss 2007). Usein sillä kuitenkin kuvataan yksilön kokemuksia omasta terveydentilastaan sekä terveyteen liittyvästä hyvinvoinnistaan. Tämän taustalla on muun muassa WHO:n laaja-alainen määritelmä siitä, että terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan täydellinen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila (Uutela & Aro 1993, Aallon ym. 1999, 1 mukaan). Nämä WHO:n kolme pääulottuvuutta (fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen) voidaan jakaa vielä osalottuvuuksiin (fyysiset oireet ja fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi ja kognitiivinen toimintakyky sekä rooleista suoriutuminen, ihmissuhteet, yhteisölliset suhteet ja vapaa-aika), jolloin terveyteen liittyvää elämänlaatua voidaan tarkastella perusteellisemmin (Aalto ym. 1999). Terveyteen liittyvä elämänlaatu on lisäksi dynaaminen käsite, sillä se voi vaihdella muun muassa toimintakyvyn, olosuhteiden muutosten sekä sairauden eri vaiheissa ja eri tavoin eri ulottuvuuksilla. Samassa tilanteessa olevien ihmisten käsitykset elämänlaadustaan voivatkin vaihdella huomattavasti (Hyland 1997, Halvorsrud & Kalfoss 2007).

2.2 Elämänlaadun mittareita

Elämänlaatua voidaan arvioida useilla erilaisilla mittareilla. Mittaamisessa on kuitenkin ongelmia, sillä mittarit eivät toimi kunnolla tai samalla tavoin kaikissa tilanteissa (esim. työikäisten ja ikääntyneiden kohdalla). Käytössä olevien mittareiden validiteettia ikäihmisten mittaamiseen ei ole kunnolla selvitetty (Huusko ym. 2006b, 62).

Suomessa käytetään yleisemmin 15D, RAND-36 sekä WHOQOL-BREF elämänlaatumittareita. Pitkälä ym. (2006, 113–15) ja Huusko ym. (2006b, 72–73) selvittivät näiden mittareiden toimivuutta ikääntyvien ihmisten keskuudessa. Heidän mukaansa näillä mittareilla ei voida kattavasti mitata ikääntyville keskeisiä elämänlaadun ulottuvuuksia. Kaikilla mittareilla on sekä vahvuuksia että heikkouksia, jotka olisi tiedettävä ennen niiden käyttämistä.

15D on Suomessa kehitelty ja käytetyin 15-ulotteinen, geneerinen ja yhden indeksiluvun tuottava mittari, joka on myös muualla laajalti käytössä. Mittarin ulottuvuuksina ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Joka ulottuvuus jaetaan 5 tasoon, joilla kukin mitattava ominaisuus erotellaan (Sintonen 2009). 15D-mittari on herkkä osoittamaan intervention aiheuttaman muutoksen, mutta se ottaa heikosti huomioon muun muassa ympäristön vaikutuksen ikääntyneiden hyvinvointiin ja toimintakykyyn tai sosiaalisen verkoston merkityksen. Sen sijaan WHOQOL-BREF mittaa elämänlaatua 15D-mittaria laajalaisemmin ja sen on osoitettu mittaavan hyvin myös psyykkistä hyvinvointia ja ympäristön vaikutusta elämänlaatuun.

RAND-36 on yleismaailmallinen mittari, jota käytetään väestökyselyinä, aikuisten potilasryhmien seuraamiseen ja yleisesti myös iäkkäillä tehtäviin tutkimuksiin (Halvorsrud & Kalfoss 2007, Nupponen & Karinkanta 2009) ja jonka avulla on mahdollisuus verrata väestöjä kansainvälisiin tutkimuksiin. RAND-36 on myös sovitettu, vakioitu ja validoitu Suomen oloihin (Aalto ym. 1999). RAND-36 ottaa 15D-mittarin tavoin heikosti huomioon ympäristön vaikutuksen ja sosiaalisen verkoston merkityksen ikääntyvän hyvinvointiin. Yksinäisyyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvissä osioissa RAND-36 kuitenkin huomioi henkilön omaa käsitystä terveydentilastaan ja siihen liittyvästä elämänlaadustaan paremmin kuin 15D. Savikon ym. (2006, 36) mukaan RAND-36 ei kuitenkaan ulotu iäkkäille tärkeisiin

itseään arvioimis- ja hallintokokemuksiin, mutta mittarin käyttökelpoisuudesta iäkkäillä henkilöillä sanotaan olevan näyttöä (Halvorsrud & Kalfoss 2007).

Ikääntyvien ihmisten elämänlaadun mittaamisessa voidaan käyttää myös muita mittareita. Usein käytettyjä ovat GDS (Geriatric Depression Scale) ja CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) mittarit. GDS-mittarilla mitataan ikääntyvän masennusta vastaamalla 30 kysymykseen joko kyllä tai ei. Vastauksista saa 0-1 pistettä ja yhteenlasketut pisteet kertovat masennuksen tilan: 0-9 normaali, 10–19 lievä masennus ja 20–30 vaikea masennus. Mittarista on kehitelty myös lyhyempi versio, jossa vastataan 15 kysymykseen (Wikipedia 2010).

CIRS-mittarilla selvitetään ikääntyvien elämänlaatua sairauksien kautta. Alkujaan mittarin ovat kehittäneet Linn ym., jotka määrittivät toimintahäiriöitä kuudella elimistön osa-alueella (verenkierto-hengitys, ruoansulatuselimistö, virtsaelimistö, luusto-lihassysteemi, psykoneurologinen ja hormonaalinen) ja häiriön vaikeus pisteytettiin 0-4 (Xavier ym. 2003). Myöhemmin Miller ym. ovat kehittäneet mittaria paremmin ikääntyville sopivaksi. Siinä on neljätoista osa-alueita (sydän, verenkierto, veri, hengitys, silmä/korva/nenä, ylempi ja alempi ruoansulatuselimistö, maksa ja haima, munuaiset, virtsaelimistö, luusto-lihassysteemi, neurologinen osa-alue, hormonitoiminta/aineenvaihdunta/rinta, psykiatrinen), jotka myös pisteytetään 0-4. Maksimipistemäärä on 56, joka kuitenkin käytännössä on mahdoton, koska silloin joka alueella pitäisi olla vaikein mahdollinen tilanne (Hudon ym. 2007).

2.3 Ikääntyvien yleinen elämänlaatu

Brasiliassa yli 80-vuotiailla naisilla ja miehillä tehdyn tutkimuksen mukaan yleinen huono elämänlaatu oli yhteydessä terveyden heikentymiseen, kun taas hyvä elämänlaatu oli yhteydessä aktiivisuuteen, sosiaaliseen elämään ja hyviin perhesuhteisiin. Tutkimuksessa käytettiin CIRS-indexiä (Cumulative Illness Rating Scale) ja GDS-mittaristoa (Geriatric Depressive Scale) (Xavier ym. 2003).

Englannissa yli 50-vuotiaille tehdystä tutkimuksesta lähtötilanteessa iäkkäämmillä ihmisillä oli nuorempia huonompi elämänlaatu ja erot lisääntyivät iän myötä. Lisäksi elämänlaatu heikkeni nopeammin iäkkäillä ihmisillä. Elämänlaatuun negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä

olivat muun muassa miessukupuoli, alempi koulutus tai koulutuksen puute, depressio, pitkäaikaissairaudet, päivittäistoimintojen vaikeus, vähäinen ystävien määrä ja heikko positiivinen tuki. Puolison kanssa asumisella oli positiivinen vaikutus miesten elämänlaatuun, mutta ei naisten (Zaninotto ym. 2009). Viimeaikaiset tutkimukset ikääntyneiden elämänlaadusta osoittavat, että iäkkäät kokevat hyvään elämänlaatuun vaikuttaviksi tekijöiksi muun muassa päivittäisiin toimiin osallistumisen, liikkumiskykyisyyden niin kotona kuin ympäristössä, kivuttomuuden ja terveyden sekä hyvin toimivat aistit (Kalfoss & Halvorsrud 2009, Molzahn ym. 2010).

2.4 Iän, virtsainkontinenssin muodon ja haitta-asteen yhteys elämänlaatuun

Useimmissa tutkimuksissa mainitaan yleisesti, että ikääntyessä inkontinenssin ilmaantuvuus lisääntyy ja se aiheuttaa elämänlaadun huononemista. Kuitenkaan pelkän iän vaikutuksesta inkontinenssista kärsivien ihmisten elämänlaatuun löytyi vain muutamia tutkimuksia. Ja näissäkin tutkimuksissa tulokset olivat vaihtelevia.

Esimerkiksi Hägglund ym. (2001) vertasivat tutkimuksessaan virtsainkontinenssista kärsiviä ja oireettomia naisia suhteessa ikään. Kummallakin ryhmällä iän ja elämänlaatupisteiden välillä oli matala korrelaatio eli ikä ei tämän tutkimuksen mukaan vaikuttaisi elämänlaatuun. Myös Turkissa 17-65-vuotiaille naisille tehdyssä tutkimuksessa tutkijoiden mukaan ikä ei selittäisi elämänlaadun muutoksia (Filiz ym. 2007).

Sen sijaan ponnistusinkontinenssista kärsivien naisten oireiden vaikeuden ja toiminnallisen heikkouden on havaittu olevan yhteydessä muun muassa vanhempaan ikään ja muuttuneeseen elämänlaatuun. Tämän inkontinenssimuodon hoidoista naisilla on realistisia odotuksia ja hoitojen valintaan vaikuttaa naisten ikä, inkontinenssin haitta-aste ja elämänlaatu (Langford ym. 2008). Kun hoitona käytetään kirurgiaa, on se parantanut sekä nuorten että vanhempien naisten elämänlaatua (Sung ym. 2007).

Tutkimuksia virtsainkontinenssin muodon vaikutuksesta elämänlaatuun on tehty monia. Toisissa tutkimuksissa on tarkasteltu vain yhden inkontinenssimuodon vaikutuksia, kun taas toisissa tutkimuksissa vertailua on tehty eri muotojen ja haitta-asteiden välillä.

Tutkimusryhmien koossa ja ikäjakaumissa on suuriakin vaihteluita, mutta yleisimmin keski-ikä tutkimuksissa vaihtelee 50–60-vuoden välillä. Lisäksi tutkimuksissa on käytetty erilaisia elämänlaatumittareita. Tutkimusten tuloksissa on havaittavissa pieniä ristiriitaisuuksia eri virtsainkontinenssimuotojen vaikutuksista elämänlaatuun. Mutta yhteistä kaikille on se, että virtsainkontinenssin todetaan haittaavan normaalia elämää ja sosiaalisia suhteita ja siten heikentävän siitä kärsivien elämänlaatua. Liitteessä 4 on yhteenvedo seuraavassa esitellyistä tutkimuksista.

Ruotsalaisissa tutkimuksissa inkontinenssin on todettu heikentävän eniten ihmisten vapaa-aikaa ja lomaviettoa sekä kodinhoitoa ja harrastuksia. Lisäksi inkontinenssista kärsivät ihmiset olivat sosiaalisesti eristäytyneempiä, sekä seka- ja pakkoinkontinenssipotilaat kokivat enemmän henkisiä vaivoja kuin ponnistusinkontinenssista kärsivät. Tutkijoiden mukaan inkontinenssi vaikuttaa ihmisten elämänlaadun heikkenemiseen jopa enemmän kuin syöpä tai halvaus (Grimby ym. 1993, Grimby & Svanborg 1997).

Inkontinenssiongelmat vaikuttavat usein negatiivisesti fyysiseen aktiivisuuteen, parisuhteeseen ja sosiaaliseen elämään. Ruotsalaisessa tutkimuksessa 18 – 74-vuotiaista naisista ja heidän kumppaneistaan Nilsson ym. (2009) totesivat, että kolmannes naisista ja miehistä kokivat inkontinenssilla olevan negatiivisia vaikutuksia heidän parisuhteeseensa ja noin joka viides koki sillä olevan haittaa fyysiseen läheisyyteen, intiimisyteen ja kiintymykseen. Enemmistö naisista oli sitä mieltä, että virtsaongelmilla oli negatiivisia vaikutuksia heidän fyysiseen aktiivisuuteensa ja lähes puolet mainitsi negatiivisista vaikutuksista sosiaaliseen elämään. Lisäksi nuoremmat naiset olivat vanhempia naisia tyytymättömämpiä henkiseen terveyteensä, seksuaalielämäänsä, vapaa-aikaansa ja taloudelliseen tilanteeseensa. Tutkijoiden mukaan inkontinenssi heikentää sekä nuorten että vanhempien naisten elämänlaatua ja parisuhdetta verrattuna ikävakioituun väestöön.

Kirjallisuudessa on tuotu esiin, että eri inkontinenssimuodot ja niiden haitta-aste vaikuttavat eri tavoin naisten koettuun elämänlaatuun. Inkontinenssin ollessa lievä, se ei juuri haittaa jokapäiväistä elämää, mutta haitta-asteen lisääntyessä inkontinenssi vaikuttaa voimakkaasti naisten elämänlaatuun. Schimpf ym. (2009) vertailivat pakkoinkontinenssista kärsivien, keski-ikästään 62-vuotiaiden naisten elämänlaatua muihin inkontinenssimuotoihin. He toivat tuloksissa esiin, että pakko- ja sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivillä naisilla elämänlaatu oli huonompi kuin oireettomilla tai pelkästään ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla. Samantapaisia tuloksia saatiin myös Turkissa, jossa yli 60-vuotiaille naisille ja miehille

tehdyssä tutkimuksessa pakkoinkontinenssi vaikutti elämänlaatuun enemmän kuin toiminnallinen, sekamuotoinen- tai ponnistusinkontinenssi (Aslan ym. 2009).

Verrattaessa pakko- tai ponnistusinkontinenssista kärsiviä 18–72-vuotiaita naisia oireettomiin naisiin havaittiin, että käytettäessä SF-36 elämänlaatumittaristoa, kaikilla kahdeksalla osa-alueella oireettomat saivat paremmat elämänlaaturasteet. Kuitenkin absoluuttinen ero oli pienempi ponnistusinkontinenssista kärsivillä. Pakko-oireiset naiset olivat yhteydessä terveydenhuoltoon ponnistusoireisia useammin. Lisäksi yhteydenottaneilla naisilla oli merkitsevästi huonommat elämänlaaturasteet lähes kaikilla osa-alueilla kuin ilman apua pärjäävillä naisilla (Hägglund ym. 2001).

Ponnistusinkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatua selvittävässä tutkimuksessa on myös saatu selville, että heikompi elämänlaatu oli yhteydessä oireiden suurempaan määrään, lisääntyvään haittaan ja seksuaalisuuden vähenemiseen (jos nainen on seksuaalisesti aktiivinen) sekä itse ilmaistu sairauden haitta-aste oli yhteydessä vuotoepisodien ja virtsan menetyksen määrään (Oh ym. 2005, Tennstedt ym. 2007). Oireiden vaikeus ja toiminnallinen heikkeneminen olivat yhteydessä vanhempaan ikään, oireiden pidempään keston, suurempaan määrään virtsaoireita aiheuttaviin lisäsairauksiin ja muuttuneeseen elämänlaatuun (Gasquet ym. 2006, Martinez Corcoles ym. 2008).

Verrattuna edellisiin tuloksiin, sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivät naiset raportoivat suurempaa haittaa kuin pelkästä ponnistus- tai pakkoinkontinenssista kärsivät naiset. Lisäksi heillä oli enemmän oireiden pidempää kestoja, liitännäissairauksien lisäämää virtsatieoireiden esiintymistä ja elämänlaadun muuttumista (Dooley ym. 2008, Lasserre ym. 2009). Myös Frick ym. (2009) vertasivat sekamuotoista inkontinenssia pakko- ja ponnistusinkontinenssiin keski-ikäisillä ja vanhoilla naisilla. Heidän tulosten mukaan sekamuotoisella inkontinenssilla oli suurempi vaikutus elämänlaatuun kuin ponnistusinkontinenssilla riippuen iästä, rodusta ja terveydestä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää 50-vuotiaiden ja sitä vanhempien virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatua.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1 Millainen on virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatu?
- 2 Miten ikä on yhteydessä virtsainkontinenssista kärsivien naisten koettuun elämänlaatuun?
- 3 Millainen yhteys virtsainkontinenssin eri muodoilla on koettuun elämänlaatuun?
- 4 Millainen yhteys virtsainkontinenssin haitta-asteella on koettuun elämänlaatuun?

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimusaineisto muodostui vuosina 2004 - 2009 Keski-Suomen keskussairaalassa lantionpohjan tutkimus- ja hoitoyksikössä hoidetuista naisasiakkaista. Aineisto oli jo valmiiksi kerätty, joten tätä tutkimusta varten rekisteriaineistosta poimittiin vain tarvittavat tiedot. Koko aineiston asiakasmäärä oli 172 ja asiakkaiden ikä vaihteli 18-87 vuoden välillä. Koska tutkimuksessa haluttiin selvittää ikääntyvien virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatua, mukaanottokriteeri tutkimukseen oli 50-vuotias tai sitä vanhempi nainen. Näin lopulliseksi otosmääräksi tuli 110 naista. Tutkimuksessa tarkasteltiin naisten elämänlaatua ennen hoitojen aloittamista.

4.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aineistona oli valmis rekisteriaineisto, joten tutkittavilta ei etukäteen kysytty lupaa tietojen käyttämiseen tutkimustarkoitukseen. Tutkittavien anonymiteetti ei kuitenkaan vaarannu, sillä pro gradu tutkielman tekijä sai tutkimusaineiston käyttöönsä Excel-tiedostona, josta asiakkaiden henkilötiedot oli poistettu. Tutkimussuunnitelma sai puoltavan lausunnon Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta tutkimuksen toteuttamiseksi joulukuussa 2009.

4.3 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Asiakkaiden virtsainkontinenssia selvitettiin tutkimusyksikön omalla kyselylomakkeella, jota on mukailtu Mäkisen ym. (1992) mukaan. Siinä selviteltiin asiakkaan inkontinenssin muotoa (liite 2) ja kuinka suuri haitta-aste siitä hänelle on (liite 3). Lisäksi lomakkeella oli VAS-jana,

jolle asiakas merkitsi virtsan karkailun haitan (ei lainkaan, 0 – erittäin paljon, 10). Lomakkeella selviteltiin myös ulostamiseen, ummetukseen ja sukupuolielämään liittyviä asioita. Kyselylomakkeen kysymykset ovat vakioituja, mutta mittarin luotettavuudesta ei löytynyt tarkempaa tietoa (Käypä hoito 2006).

Asiakkaiden tiedot koetusta elämänlaadusta kerättiin RAND-36 mittarilla, joka on suomenkielinen versio yhdysvaltalaisesta elämänlaadun kyselystä (RAND 36-item Health Survey) (liite 1). Mittarilla kartoitetaan hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla osa-alueella: fyysinen toimintakyky (fyysinen kunto, selviäminen erilaisista fyysisistä ponnistuksista), roolitoiminta/fyysinen (fyysisten terveysongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumisessa viimeksi kuluneiden 4 viikon aikana), kivuttomuus (kivun voimakkuus ja häiritsevyys), koettu terveys (subjektiivinen käsitys nykyisestä terveydentilasta, oman terveyden kehittymisestä, alttiudesta sairauksille), roolitoiminta/psykkinen (tunneperäisten ongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumisessa viimeksi kuluneiden 4 viikon aikana), tarmokkuus (vireystila, energian taso), psykkinen hyvinvointi (ahdistuneisuus, masentuneisuus, positiivinen mieliala) ja sosiaalinen toimintakyky (terveydentilan (fyysisen tai psykkinen) aiheuttamat rajoitukset tavanomaiselle sosiaaliselle kanssakäymiselle perheen, ystävien, naapureiden ym. kanssa). Mittari sisältää myös osa-alueiden ulkopuolisen, terveydentilassa tapahtunutta muutosta kartoittavan kysymyksen. Lisäksi mittari jakautuu kahteen summalukuun, fyysiseen (PCS = physical component summary, neljä ensimmäistä osa-alueetta) ja psykkineseen (MCS = mental component summary, neljä viimeistä osa-alueetta) terveydentilaan (Aalto ym. 1999). Mittarin on todettu olevan luotettavan useissa eri tutkimuksissa (Aalto ym. 1999, Ware 2000, Huusko ym. 2006b, 62–63), mutta se ei täydellisesti huomioi ikääntyvien tarpeita (Huusko ym. 2006b, 72–73). Jos osa-alueiden pisteet kasaantuvat hyvää elämänlaatua kuvaavaan ääripäähän, saadaan esille voimakas kattoefekti. Toisin sanoen kysely määrittelee ”riittävän hyvän” elämänlaadun, mutta samalla elämänlaadun kuvaaminen pisteiden profiilin avulla heikkenee. Lisäksi tällaisessa tilanteessa ei pystytä toteamaan esimerkiksi sitä, millä elämänlaadun osa-alueella on tapahtunut paranemista verrattuna muihin osa-alueisiin (Nupponen & Karinkanta 2009).

Asiakkaille lähetettiin kysely- ja elämänlaatukaavakkeen mukana tiedote, jossa kerrottiin kyselykaavakkeiden merkityksestä jatkotutkimuksia ja hoitoja ajatellen.

4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysia varten asiakkaiden ikä jaoteltiin kahteen luokkaan siten, että nuorimman ryhmän muodostivat 50–63-vuotiaat naiset, jotka oletettavasti ovat vielä työelämässä mukana. Toiseen ryhmään kuuluivat yli 64-vuotiaat naiset, jotka yleensä ovat eläkkeelle siirtyneitä ja osittain vielä aktiivisia. Naisten taustatietoja ja yleistä elämänlaatua tarkasteltiin myös kolmessa ikäluokassa, jolloin ensimmäisen ryhmän muodostivat 50-63-vuotiaat naiset, toisen 64–74-vuotiaat ja kolmannen yli 75-vuotiaat naiset.

Inkontinenssin muoto ja haitta-aste jaettiin kahteen osaan Mäkisen ym. (1992) määritelmän perusteella. Ponnistusinkontinenssissa asiakkaan erottelupistemäärä oli < 7 ja pakko- tai sekamuotoisessa inkontinenssissa pistemäärä oli ≥ 7 . Inkontinenssin haitta-aste oli kohtalainen, jos pistemäärä oli ≤ 10 ja huomattava, jos pistemäärä oli ≥ 11 . VAS-janan avulla arvioitu inkontinenssin haitta jaettiin kolmeen luokkaan: 1 lievä (0-3), 2 kohtalainen (4-7) ja 3 huomattava haitta (8-10).

RAND-36 elämänlaatumittarilla asiakkaiden antamat vastaukset on ensiksi koodattu uudelleen siten, että matalin vastusvaihtoehto saa arvon 0 ja korkein arvon 100. Näin korkea pistemäärä ilmaisee hyvää terveyttä ja elämänlaatua. Sen jälkeen kullakin osa-alueella kysymyksistä saadut pisteet lasketaan yhteen ja jaetaan vastattujen kysymysten lukumäärällä, jolloin asiakkaalle saadaan kyseisen osa-alueen indeksiluku (Aalto ym. 1999). Näistä asiakkaiden eri elämänlaatuosioista saaduista indeksiluvuista laskettiin keskiarvot ja niitä tarkasteltiin iän, inkontinenssin muodon ja haitan suhteen. Myös fyysisen ja psyykkisen terveydentilan summapistettä tarkasteltiin iän, inkontinenssin muodon ja haitan suhteen. Lisäksi jokaiselle asiakkaalle laskettiin indeksiarvo yleisestä elämänlaadusta (eri osa-alueiden yhteenlasketut pisteet jaettiin kahdeksalla).

Aineiston tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin SPSS 17 for Windows ohjelman ristiintaulukointia, χ^2 -testiä, Mann-Whitney U-testiä, Kruskal-Wallis -testiä sekä kaksisuuntaista varianssianalyysiä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Naisten ikä vaihteli 50–87 vuoden välillä (keski-ikä 65.2 vuotta). Kaikilla naisilla oli diagnosoitu virtsankarkailua. Noin kolmasosa naisista kärsi ponnistusinkontinenssista ja loput joko pakko- tai sekamuotoisesta inkontinenssista. Huomattavasta haitasta kärsi yli kolmannes naisista, kun VAS-janalla arvioiden vaikea haitta oli puolella vastanneista naisista (taulukko 1). Ponnistusinkontinenssi oli yleisintä nuorimmilla naisilla ja pakkoinkontinenssi yli 64-vuotiailla naisilla.

5.1 Virtsainkontinenssista kärsivien naisten iän yhteys koettuun elämänlaatuun

Tässä tutkimuksessa kaikissa ikäluokissa (50-63v, 64-74v, 75+v) yleinen elämänlaatu oli kohtuullinen keskiarvoindeksin ollessa hieman keskitason yläpuolella (taulukko 2). Sen sijaan elämänlaadun eri osa-alueilla naisten saamien indeksiarvojen keskiarvot vaihtelivat keskitason molemmin puolin. Heikoimman indeksiarvon naiset saivat roolitoiminnasta/fyysinen (42.8), kun paras osa-alue oli psyykinen hyvinvointi (72.0). Loput osa-alueet olivat keskitason paremmalla puolella (taulukko 3).

Kun elämänlaadun osa-alueita tarkasteltiin yksittäin kahdessa ikäluokassa (50–63-vuotiaat ja yli 64-vuotiaat), osittain melko suuriakin eroja oli havaittavissa ryhmien välillä. Nuoremmilla naisilla keskiarvot fyysisessä toimintakyvyssä, fyysisessä ja psyykkisessä roolitoiminnassa sekä koetussa terveydessä olivat selvästi paremmat kuin vanhemmilla naisilla, joilla taas tarmokkuus ja psyykinen hyvinvointi olivat nuorempia naisia paremmat. Sosiaalinen toimintakyky oli nuoremmilla naisilla hieman vanhempia naisia parempi ja kivottomuuden keskiarvo oli molemmilla ryhmillä lähes sama (taulukko 4). Roolitoiminta/fyysinen oli suuntaa antavasti yhteydessä ikään ($p=0.059$), eli alle 64-vuotiaat naiset näyttäisivät selviytyvän vanhempia naisia paremmin fyysisiin roolitoimintoihin liittyvissä tehtävissä. Tilastollisesti merkitsevä ero ikäryhmissä oli fyysisessä toimintakyvyssä ($p=0.007$), joka oli nuoremmilla naisilla vanhempia parempi, sekä psyykkisessä hyvinvoinnissa ($p=0.012$), joka oli parempi vanhemmilla naisilla. Vaikuttaisi siltä, että nuoremmat naiset selviytyvät fyysisesti vanhempia naisia paremmin, mutta inkontinenssi aiheuttaa heille psyykkisiä

ongelmia enemmän kuin vanhemmille naisille. Muiden osa-alueiden tuloksissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ikäryhmien välillä.

Tarkasteltaessa erikseen fyysisen (PCS) ja psyykkisen (MCS) terveydentilan summapistettä havaittiin, että nuoremmilla (50-63v) naisilla fyysisen terveydentilan indeksiarvot olivat hieman suuremmat verrattuna vanhempiin (64+v) naisiin, mutta tilastollisesti ero ei ollut merkitsevä. Psyykkisessä terveydentilassa ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ikäryhmien välillä, vaikka tällä alueella vanhemmat (64+v) naiset saivat hieman nuorempia naisia paremmat indeksiarvot.

Taulukko 1. Naisten ikäryhmittäiset taustatiedot

Taustatiedot	50-63v	64-74v	75+v	Yhteensä
	n (%)	n (%)	n (%)	n
Ikä	54 (49)	32 (29)	24 (22)	110
Inkontinenssin muoto:				
– ponnistus	21 (68)	5 (16)	5 (16)	31
– pakko / seka	32 (41)	27 (35)	19 (24)	78
Haitta-aste:				
– kohtalainen	37 (54)	16 (23)	16 (23)	69
– huomattava	16 (41)	15 (39)	8 (20)	39
Haitta-aste VAS:				
– lievä	8 (50)	4 (25)	4 (25)	16
– kohtalainen	22 (60)	10 (27)	5 (13)	37
– vaikea	20 (39)	18 (35)	14 (27)	52

Taulukko 2. Naisten yleinen elämänlaatu ikäluokittain.

Ikäluokka	N	Ka	Kh	Min	Max
50-63v	54	58.8	22.5	10	98
64-74v	32	58.0	21.9	19	96
75+v	24	55.1	19.5	17	86

Ka= keskiarvo, Kh= keskihajonta

Taulukko 3. Elämänlaadun osa-alueiden keskiarvoindeksit ja keskihajonnat.

Elämänlaadun osa-alue	N	Ka	Kh	Min	Max
FyTo	107	54.2	27.5	0	100
RoFy	106	42.8	40.5	0	100
RoPs	108	60.7	42.4	0	100
Tarm	108	55.4	22.1	0	100
PsHy	108	72.0	20.2	4	100
SoTo	108	69.4	29.8	0	100
Kivu	109	55.0	27.4	0	100
Kote	107	50.2	19.8	5	95
Yleinen elämänlaatu	103	57.8	21.6	10	98

FyTo= fyysinen toimintakyky, RoFy= roolitoiminta/fyysinen, RoPs= roolitoiminta/psykykinen, Tarm= tarmokkuus, PsHy= psyykinen hyvinvointi, SoTo= sosiaalinen toimintakyky, Kivu= kivuttomuus, KoTe= koettu terveys
Ka= keskiarvo, Kh= keskihajonta

Taulukko 4. Elämänlaadun osa-alueiden keskiarvoindeksit ja keskihajonnat ikäryhmittäin

Elämänlaadun osa-alue	50-63v		64+v		p-arvo*
	Ka	Kh	Ka	Kh	
FyTo	61.3	29.3	47.2	23.9	0.007
RoFy	50.0	40.7	35.7	39.3	0.059
RoPs	64.2	41.3	57.3	43.6	0.475
Tarm	52.1	22.1	58.7	21.7	0.133
PsHy	67.2	20.7	76.7	18.7	0.012
SoTo	71.2	27.7	67.8	31.9	0.757
Kivu	55.2	27.6	54.7	27.5	0.881
KoTe	52.6	20.6	47.8	19.0	0.235
Yleinen elämänlaatu	58.8	22.5	56.8	20.8	0.618

FyTo= fyysinen toimintakyky, RoFy= roolitoiminta/fyysinen, RoPs= roolitoiminta/psykkinen, Tarm= tarmokkuus, PsHy= psykkinen hyvinvointi, SoTo= sosiaalinen toimintakyky, Kivu= kivuttomuus, KoTe= koettu terveys

*=ikäryhmien väliset erot testattu Mann-Whitney U-testillä

Ka= keskiarvo, Kh= keskihajonta

5.2 Virtsainkontinenssin muodon yhteys elämänlaatuun

Asiakkaiden antamien vastausten perusteella inkontinenssin muodolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys naisten elämänlaatuun ($p=0.004$), eli ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla yleinen elämänlaatu oli parempaa kuin muista inkontinenssin muodoista kärsivillä naisilla. Verrattaessa inkontinenssimuotojen yhteyttä elämänlaadun osa-alueisiin havaittiin, että psykkinen hyvinvoinnin keskiarvoindeksit olivat lähes samanlaiset molemmilla inkontinenssin muodoilla. Kaikilla muilla osa-alueilla ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla keskiarvoindeksit olivat selvästi paremmat kuin pakko- tai sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivillä naisilla ja tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (taulukko 5). Yksittäisistä osa-alueista heikoin keskiarvoindeksi oli pakko- tai sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivillä naisilla roolitoiminnassa/fyysinen (38.2). Parhaimmat keskiarvoindeksit olivat ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla roolitoiminnassa/psykkinen (77.6) ja sosiaalisessa toimintakyvyssä (81.4).

Taulukko 5. Elämänlaadun osa-alueiden keskiarvoindeksit ja keskihajonnat inkontinenssin eri muodoissa.

Elämänlaadun osa-alue	Ponnistusinkontinenssi		Pakko- /sekamuotoinen inkontinenssi		p-arvo*
	Ka	Kh	Ka	Kh	
FyTo	67.4	25.9	49.1	27.1	0.001
RoFy	56.5	36.5	38.2	41.0	0.020
RoPs	77.6	30.2	54.5	44.7	0.040
Tarm	61.8	22.6	53.1	21.6	0.051
PsHy	73.7	20.9	71.6	20.0	0.444
SoTo	81.4	23.5	65.2	30.9	0.014
Kivu	68.3	21.4	50.0	27.8	0.001
KoTe	59.3	19.6	46.7	18.8	0.009
Yleinen elämänlaatu	67.5	16.6	54.1	22.2	0.004

FyTo= fyysinen toimintakyky, RoFy= roolitoiminta/fyysinen, RoPs= roolitoiminta/psykykinen, Tarm= tarmokkuus, PsHy= psykykinen hyvinvointi, SoTo= sosiaalinen toimintakyky, Kivu= kivuttomuus, KoTe= koettu terveys
 *=inkontinenssimuotojen väliset erot testattu Mann-Whitney U – testillä
 Ka= keskiarvo, Kh= keskihajonta

Iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys inkontinenssin muotoon ($p=0.012$) ja siten myös elämänlaatuun. Nuoremmilla (50-63-vuotiailla) naisilla oli enemmän ponnistusinkontinenssia ja yli 64-vuotiaat naiset kärsivät eniten pakko-/sekamuotoisesta inkontinenssista, joten nuoremmilla naisilla elämänlaatu oli hieman vanhempia naisia parempaa.

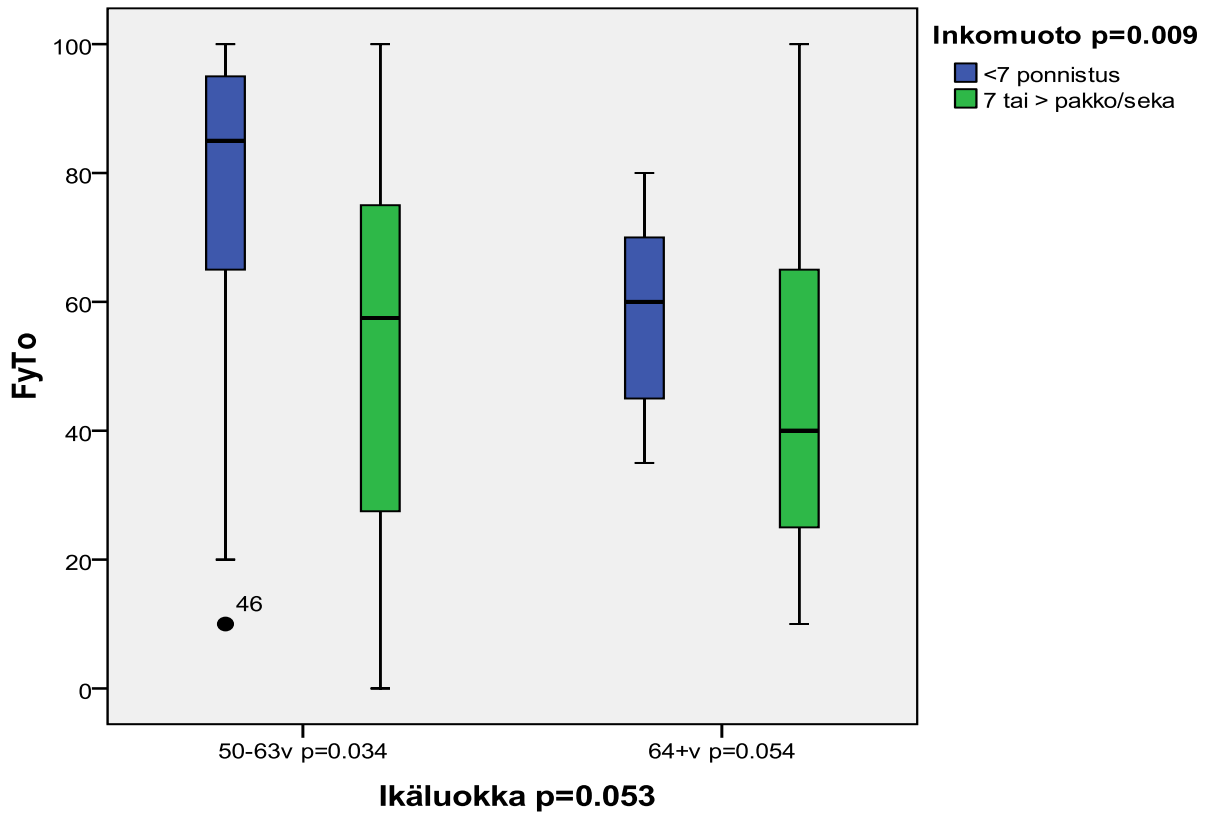
Fyysisessä toimintakyvyssä 50-63-vuotiailla naisilla elämänlaatu näyttäisi olevan vanhempia naisia parempi (kuva 5). Kuitenkin tulokset osoittivat, että iällä oli vain suuntaa antava yhteys ($p=0.053$) fyysiseen toimintakykyyn. Sen sijaan inkontinenssin muodolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.009$) fyysiseen toimintakykyyn. Eli tämän tutkimuksen mukaan

ponnistusinkontinenssista kärsivät naiset selviytyisivät paremmin fyysisistä toiminnoista kuin pakko-/sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivät naiset.

Iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys psyykkiseen hyvinvointiin ($p=0.034$), eli yli 64-vuotiaat eivät kokeneet inkontinenssia niin stressaavana kuin nuoremmat naiset. Sen sijaan inkontinenssin muodolla ei ollut yhteyttä psyykkiseen hyvinvointiin ($p=0.314$) (kuva 6).

Inkontinenssin eri muotojen yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin tarkasteltiin myös kummassakin ikäluokassa erikseen (kuvat 5 ja 6). Iällä ja inkontinenssin muodolla ei ollut yhdysvaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ($p=0.776$) eikä psyykkiseen hyvinvointiin ($p=0.756$). 50-63-vuotiailla ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla fyysinen toimintakyky oli parempi kuin pakko-/sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivillä ($p=0.034$), mutta psyykkiseen hyvinvointiin inkontinenssin eri muodoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p=0.281$). Yli 64-vuotiailla naisilla inkontinenssin eri muodoilla oli suuntaa antava yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=0.054$), eli ponnistusinkontinenssista kärsivät vanhemmat naiset saattavat kokea fyysisen toimintakykynsä hieman pakko-/sekamuotoisesta inkontinenssista kärsiviä parempana. Vanhempien naisten psyykkiseen hyvinvointiin inkontinenssin eri muodoilla ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p=0.191$).

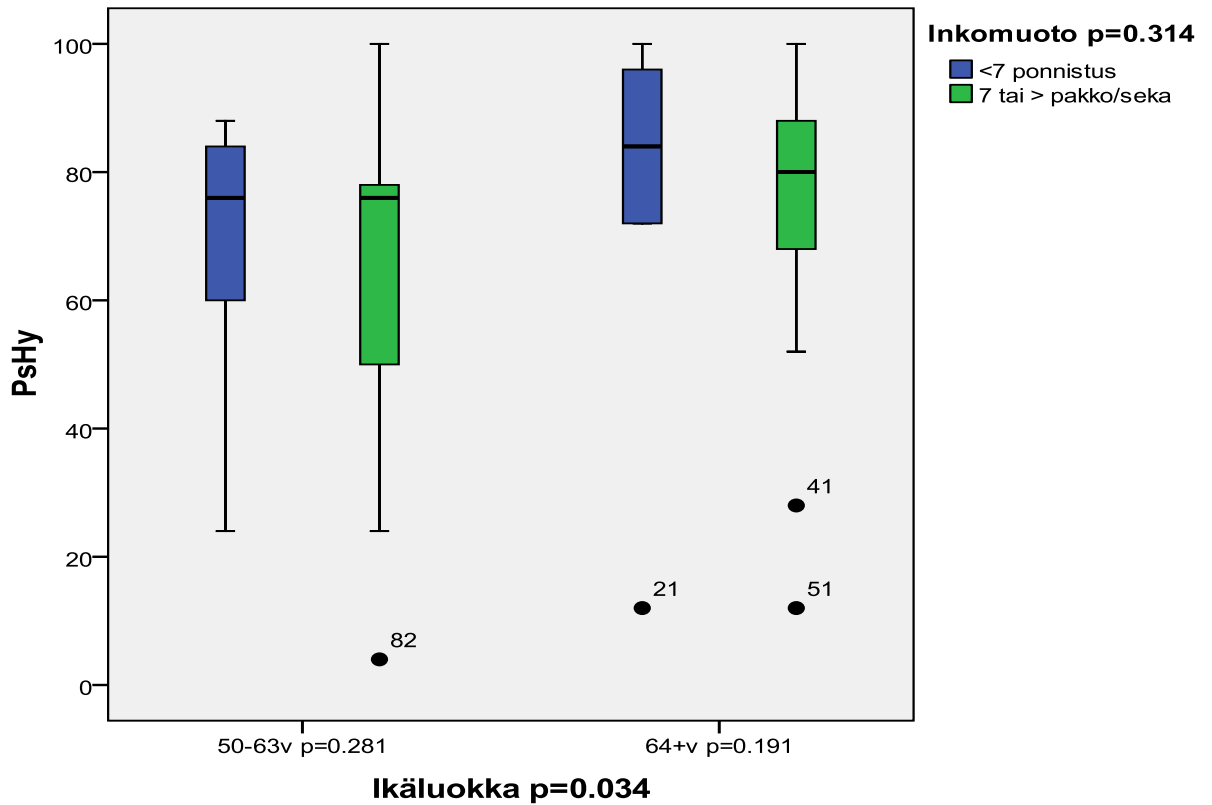
Verrattaessa fyysisen (PCS) ja psyykkisen (MCS) terveydentilan summapistettä inkontinenssin muotoon havaittiin, että molemmilla inkontinenssin muodoilla (ponnistus ja pakko/seka) fyysisen terveydentilan indeksiarvot (62.6-46.6 vastaavasti) olivat heikommat kuin psyykkisessä terveydentilassa (73.3-61.3 vastaavasti). Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (PCS, $p=0.001$, MCS, $p=0.011$).



Kuva 5. Iän ja inkontinenssin muodon yhteys fyysiseen toimintakykyyn.

-ikäluokkien ja inkontinenssin eri muotojen väliset yhteydet fyysiseen toimintakykyyn testattu kaksisuuntaisella varianssianalyysillä.

-inkontinenssin eri muotojen väliset yhteydet fyysiseen toimintakykyyn molemmissa ikäluokissa testattu Mann-Whitney U-testillä.



Kuva 6. Iän ja inkontinenssin muodon yhteys psyykkiseen hyvinvointiin.

-ikäluokkien ja inkontinenssin eri muotojen väliset yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin testattu kaksisuuntaisella varianssianalyysillä.

-inkontinenssin eri muotojen väliset yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin molemmissa ikäluokissa testattu Mann-Whitney U-testillä.

5.3 Virtsainkontinenssin haitta-asteen yhteys elämänlaatuun

Virtsainkontinenssin haitan voimakkuudella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys naisten elämänlaatuun ($p < 0.001$). Katsottaessa pelkästään haitan yhteyttä elämänlaadun osa-alueisiin havaittiin, että kohtalaisesta haitasta kärsivillä naisilla kaikkien elämänlaadun osa-alueiden keskiarvoindeksit olivat selvästi paremmat kuin huomattavasta haitasta kärsivillä naisilla (taulukko 6). Tilastollisesti merkitsevä ero oli kaikilla muilla osa-alueilla paitsi

roolitoiminnassa/psykykinen ja koetussa terveydessä. Ikä huomioiden näyttäisi kuitenkin siltä, että iällä ei olisi yhteyttä inkontinenssin haittaan ($p=0.233$).

Kun inkontinenssin haittaa arvioitiin VAS-janan avulla, elämänlaadun osa-alueista fyysinen toimintakyky, tarmokkuus, psykykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja koettu terveys näyttäisivät heikkenevän inkontinenssin haitan lisääntyessä. Kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ero inkontinenssin haitta-asteiden yhteydestä elämänlaatuun oli vain fyysisessä toimintakyvyssä ($p=0.006$) ja tarmokkuudessa ($p=0.005$). Roolitoiminnan/fyysinen osa-alueella naiset kokivat elämänlaatunsa keskitasoiseksi tai heikommaksi kaikilla inkontinenssin haitta-asteilla. Myös fyysisen toimintakyvyn, tarmokkuuden ja koetun terveyden vaikeimmalla haitta-asteella naiset kokivat elämänlaatunsa keskitasoa heikommaksi. Sen sijaan psykykisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueilla elämänlaatu koettiin selvästi keskitasoa paremmaksi kaikilla haitta-asteilla (taulukko 7). Iällä ei näyttäisi olevan yhteyttä myöskään VAS-janan avulla arvioituun inkontinenssin haittaan ($p=0.345$).

Fyysisen (PCS) ja psykykisen (MCS) terveydentilan summapisteet osoittivat inkontinenssin haitan (kohtalainen-huomattava) olevan enemmän yhteydessä fyysiseen kuin psykykiseen terveydentilaan (fyysinen 56.5–41.8 vs. psykykinen 71.0–53.8 vastaavasti). Erot olivat tilastollisesti merkitseviä (PCS, $p=0.003$, MCS, $p=0.002$). VAS-janalla arvioitu inkontinenssin haitta antoi samansuuntaisia tuloksia, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (PCS, $p=0.082$, MCS, $p=0.085$). Fyysinen terveydentila lievästä vaikeaan haittaan vaihteli keskitason molemmin puolin (60.4–54.3–45.7 vastaavasti), kun psykykinen terveydentila lievästä vaikeaan haittaan oli keskitason yläpuolella (72.8–70.1–58.2 vastaavasti).

Taulukko 6. Elämänlaadun osa-alueiden keskiarvoindeksit ja keskihajonnat inkontinenssin eri haitta-asteilla.

Elämänlaadun osa-alue	Haitta: kohtalainen		Haitta: huomattava		p-arvo*
	Ka	Kh	Ka	Kh	
FyTo	59.5	27.1	44.2	26.5	0.007
RoFy	50.8	40.8	29.6	37.2	0,011
RoPs	66.7	39.3	50.9	45.7	0.104
Tarm	61.4	18.4	44.2	23.7	< 0.001
PsHy	77.3	13.7	63.2	26.3	0.008
SoTo	76.6	26.2	56.9	32.2	0.002
Kivu	59.2	24.7	47.5	30.7	0.035
KoTe	52.5	20.3	46.7	18.9	0.159
Yleinen elämänlaatu	64.0	18.7	47.9	22.4	< 0.001

FyTo= fyysinen toimintakyky, RoFy= roolitoiminta/fyysinen, RoPs= roolitoiminta/psykykinen, Tarm= tarmokkuus, PsHy= psykykinen hyvinvointi, SoTo= sosiaalinen toimintakyky, Kivu= kivuttomuus, KoTe= koettu terveys

*=inkontinenssin haitan erot testattu Mann-Whitney U-testillä

Ka= keskiarvo, Kh= keskihajonta

Taulukko 7. Elämänlaadun osa-alueiden keskiarvoindeksit ja keskihajonnat VAS-janalla arvioidun haitan mukaan.

Elämänlaadun osa-alue	Haitta: lievä		Haitta: kohtalainen		Haitta: vaikea		p-arvo*
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh	
	FyTo	66.9	25.7	59.1	28.0	45.3	
RoFy	48.4	45.2	50.0	41.0	35.7	38.5	0.232
RoPs	58.4	39.5	66.7	41.4	55.8	44.3	0.472
Tarm	67.5	17.2	60.0	21.3	47.9	22.8	0.005
PsHy	79.5	10.1	74.6	15.8	67.3	24.7	0.249
SoTo	78.3	27.9	76.6	23.0	62.2	33.5	0.124
Kivu	62.8	21.7	52.9	26.0	52.9	29.6	0.289
KoTe	57.7	23.1	51.9	18.8	47.0	19.9	0.315
Yleinen elämänlaatu	66.6	17.2	61.7	20.8	52.0	22.6	0.037

FyTo= fyysinen toimintakyky, RoFy= roolitoiminta/fyysinen, RoPs= roolitoiminta/psykykinen, Tarm= tarmokkuus, PsHy= psykykinen hyvinvointi, SoTo= sosiaalinen toimintakyky, Kivu= kivuttomuus, KoTe= koettu terveys
SD= standard deviation

*=inkontinenssin haitan erot testattu Kruskal-Wallis -testillä
Ka= keskiarvo, Kh= keskihajonta

6 POHDINTA

Inkontinenssi on elämänlaatua heikentävä vaiva varsinkin naisten keskuudessa. Eliniän lisääntyessä yhä useampi ikääntyvä nainen saattaa kokea sen jossakin vaiheessa elämäänsä. Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään virtsainkontinenssista kärsivien ikääntyvien naisten elämänlaatua ja sitä, miten naisten ikä, inkontinenssin muoto ja haitta-aste olivat yhteydessä siihen.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

RAND-36 mittarilla tarkastellaan yleensä elämänlaadun eri osa-alueiden tuloksia, mutta tässä tutkimuksessa haluttiin myös katsoa, millainen oli näiden virtsainkontinenssista kärsivien naisten yleinen elämänlaatu. Tulokset osoittivat, että tutkimusryhmän naisten yleinen elämänlaatu (kaikkien osa-alueiden keskiarvo) oli hieman keskitason yläpuolella. Kuitenkin eri elämänlaadun osa-alueilta saadut keskiarvoindeksit vaihtelivat melko paljon ikäryhmittäin tarkasteltuna. 50-63-vuotiaat virtsainkontinenssista kärsivät naiset kokivat fyysisen terveydentilansa sen eri osa-alueilla paremmaksi kuin yli 64-vuotiaat naiset. Psykkisen terveydentilan osa-alueilla yli 64-vuotiailla naisilla oli nuorempia naisia parempia tuloksia. Näistä tuloksista voisi ajatella, että inkontinenssi aiheuttaa nuoremmille, vielä työelämässä mukana oleville naisille henkisiä paineita, mutta kuitenkin he pystyvät toimimaan kohtuullisesti vaivasta huolimatta. Elimistössä tapahtuvat ikämuutokset eivät ehkä vielä haittaa näiden naisten normaalia toimintaa. Vanhemmat, työelämästä poissa olevat naiset ehkä hyväksyvät inkontinenssin helpommin ikään kuuluvaksi, joten se ei haittaa heitä psyykkisesti niin paljoa kuin nuorempia naisia. Kuitenkin ikääntymisestä aiheutuvat muut elintoimintojen heikkenemiset saattavat vaikuttaa heidän fyysisen elämänlaadun osa-alueiden heikompaan tulokseen mahdollisesta aktiivisesta harjoittelusta ja yleiskunnon ylläpidosta huolimatta. On myös mahdollista, että passiivinen elämäntapa voi edesauttaa elimistön ikämuutoksia ja samaan aikaan ilmaantuva inkontinenssi saattaa vielä nopeuttaa näiden muutosten vaikutuksia ikääntyvien naisten toimintakykyyn. Aiemmat tutkimustulokset osoittavat virtsainkontinenssin olevan yhteydessä toimintakyvyn heikkenemiseen (Gasquet ym. 2006,

Martinez Corcoles ym. 2008) eli inkontinenssi on merkittävä ongelma ikääntyvillä naisilla sekä yksilötasolla että kansantaloudellisesti.

Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia suomalaisten naisten väestöarvoihin 10-vuotisikäryhmissä (Aalto ym. 1999) havaittiin, että 50-63-vuotiailla virtsainkontinenssista kärsivillä naisilla kaikkien elämänlaadun osa-alueiden indeksiarvot olivat selvästi heikommät kuin väestöarvot. Sen sijaan yli 64-vuotiailla virtsainkontinenssista kärsivillä naisilla psyykkisen hyvinvoinnin indeksiarvo oli jopa hieman väestöarvoja parempi sekä roolitoiminnan/psyykkinen, tarmokkuuden ja koetun terveyden indeksiarvot olivat lähellä väestöarvoja. Muiden osa-alueiden indeksiarvot olivat väestöarvoja heikompia. Tutkimuksen naisten väestöarvoja heikompiin tuloksiin voi vaikuttaa se, että inkontinenssia pidetään arkaluonteisena ja hävettävänä vaivana, jota ei helpolla tuoda esille (Aukee ym. 2007, Porten ym. 2009). Tutkimuksessa olleilla yli 64-vuotiailla naisilla inkontinenssi ei näyttäisi vaikuttavan paljoakaan heidän psyykkiseen hyvinvointiin verrattuna samanikäiseen suomalaiseen naisväestöön. Vanhemmat naiset saattavat helpommin hyväksyä inkontinenssin ikään kuuluvaksi, jolloin se ei aiheuta heille niin voimakkaita henkisiä paineita. Mutta on kuitenkin huomioitava, että hyvästä tuloksesta riippumatta inkontinenssi tuskin parantaa elämänlaatua, mutta sen kanssa tullaan toimeen. Huolimatta inkontinenssin esiintyvyyden lisääntymisestä tai oireiden pahenemisesta iän myötä, se ei välttämättä kuulu normaaliin ikääntymisprosessiin (Melville ym. 2005b).

Inkontinenssin eri muodoilla oli yhteyttä tutkimusaineiston naisten koettuun elämänlaatuun. Tulokset osoittivat, että ponnistusinkontinenssista kärsivillä naisilla elämänlaatu oli parempi kuin pakko- tai sekamuodosta kärsivillä naisilla. Ainoastaan psyykkisen hyvinvoinnin indeksit olivat lähes samanlaiset molemmilla inkontinenssin muodoilla. Elämänlaadun eri osa-alueita tarkasteltaessa inkontinenssin muodolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys esimerkiksi fyysiseen toimintakykyyn, mutta ei psyykkiseen hyvinvointiin. Tästä voisi ajatella, että pakko-/sekamuotoinen inkontinenssi vaikeuttaisi naisten fyysistä toimintakykyä enemmän kuin ponnistusinkontinenssi, mutta henkiseen puoleen eri muodoilla ei olisi vaikutusta.

Vaikka iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys inkontinenssin muotoon, niin elämänlaadun eri osa-alueilla oli kuitenkin havaittavissa iän vaikutuksen vaihtelua. Esimerkiksi fyysiseen toimintakykyyn iällä oli suuntaa antavasti yhteyttä, kun taas psyykkiseen hyvinvointiin iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Tässä aineistossa ikä ei näyttäisi kovin paljoa vaikuttavan

naisten fyysiseen toimintakykyyn inkontinenssin eri muodoilla, mutta henkisesti vanhemmat naiset olisivat nuorempia naisia vahvempia kaikilla inkontinenssin muodoilla. Näihin tuloksiin saattaa vaikuttaa se, että ihmiset arvioivat ongelmaansa sen hetkisen tilanteen mukaan. Aiemmissa tutkimuksissa saadut tulokset tukevat myös tämän tutkimuksen tuloksia (Dooley ym. 2008, Aslan ym. 2009, Frick ym. 2009, Schimpf ym. 2009).

Verrattaessa näitä tuloksia suomalaisten naisten väestöarvoihin 10-vuotisikäryhmissä (Aalto ym. 1999) havaittiin, että ponnistusinkontinenssissa roolitoiminta/psykkinen oli hieman väestöarvoja parempi sekä tarmokkuus, psykkinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky olivat lähes väestöarvojen tasolla. Muut osa-alueet sekä kaikki pakko-/sekamuotoisen inkontinenssin osa-alueet olivat selvästi väestöarvoja heikommalla tasolla. Tutkimusaineiston naisilla pakko-/sekamuotoinen inkontinenssi oli selvästi elämänlaatua heikentävä vaiva, mutta myös ponnistusinkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatu ei ole paras mahdollinen. Inkontinenssista kärsivät naiset saattavatkin vähentää osallistumistaan erilaisiin toimintoihin pelätessään vaivan ilmaantuvan paikoissa, joissa nopea pääsy wc:hen voi olla hankalaa. Ponnistusinkontinenssin aiheuttama vaiva tutkimusryhmän naisille näyttäisi tulevan esiin erilaisissa fyysisissä toiminnoissa, mutta psykkinen tasolla sillä ei juuri ole merkitystä verrattuna suomalaisten naisten väestöarvoihin. Koska ponnistusinkontinenssi on yleisempää alle 60-vuotiailla naisilla ja tässä tutkimuksessa tällä ikäryhmällä fyysinen toimintakyky oli vanhempia naisia parempaa, voisi ajatella, että heillä ikä ei vielä vaikuttaisi kovin paljoa elimistön rakenteisiin, vaan he suoriutuvat erilaisista toiminnoista kohtuullisesti verrattuna yli 64-vuotiaisiin ponnistusinkontinenssista kärsiviin naisiin. Kuitenkin väestötasoon verrattuna fyysisen terveydentilan osa-alueet olivat huonompia, joten ponnistusinkontinenssilla saattaa olla merkitystä ikääntyvien naisten fyysiseen elämänlaatuun.

Aiemmissa tutkimuksissa muun muassa Tennstedt ym. (2007) havaitsivat elämänlaadun heikkenemisen olevan yhteydessä virtsainkontinenssista aiheutuvan haitan lisääntymiseen. Myös tämän tutkimuksen tulosten mukaan inkontinenssin haitta-asteella oli yhteyttä naisten elämänlaatuun. Mitä haittaavampana naiset inkontinenssinsa kokivat, sitä heikompi oli koettu elämänlaatu. Tutkimuksen tuloksista havaittiin, että kohtalaisesta haitasta kärsivillä naisilla kaikki elämänlaadun osa-alueet olivat keskitason yläpuolella ja selvästi parempia kuin huomattavasta haitasta kärsivillä naisilla. Myös VAS-janalla arvioituna tulokset olivat samansuuntaisia, joskin molemmissa roolitoiminnoissa kohtalaisesta haitasta kärsivillä naisilla oli paremmat indeksiarvot kuin lievästä tai vaikeasta haitasta kärsivillä.

Verrattaessa inkontinenssista kärsivien naisten haitta-asteen tuloksia suomalaisten naisten väestöarvoihin 10-vuotiskäryhmissä (Aalto ym.1999) havaittiin, että tutkimuksen naiset saivat ainoastaan kahdella psyykkisen terveydentilan osa-alueella (tarmokkuus ja psyykkinen hyvinvointi) hieman väestötasoa paremmat arvot. Toisin sanoen näyttäisi siltä, että inkontinenssin lievällä tai kohtalaisella haitta-asteella ei olisi kovin voimakasta vaikutusta naisten psyykkiseen hyvinvointiin, mutta haitta-asteen lisääntyessä myös psyykkinen hyvinvointi heikkenee. Eli lievästä tai kohtalaisesta haitasta kärsivät naiset saattavat tulla toimeen jokapäiväisessä elämässä ilman suurempia henkisiä paineita, mutta haitan lisääntyessä henkiset paineet voivat käydyä ylivoimaisiksi ja vaikeuttaa päivittäisiä toimia. Vaikka tämän tutkimuksen naisilla elämänlaadun osa-alueet kohtalaisella haitalla olivat keskitason yläpuolella, jäivät he fyysisissä elämänlaadun osioissa selvästi väestötasolta. Voisi ajatella, että omana ryhmänään naisten elämänlaatu ja päivittäisistä toimista selviytyminen on kohtuullista, mutta väestötasolle suhteutettuna inkontinenssin kohtalainenkin haitta heikentää elämänlaatua.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksella on rajoitteita, jotka heikentävät tutkimuksen tulosten luotettavuutta. Ensiksi, asiakkaat täyttivät ennen ensimmäiselle käynnille tuloaan elämänlaatukyselyn (RAND-36) sekä hoitolaitoksen oman kyselylomakkeen. Heillä ei siten ollut vastaustilanteessa mahdollisuutta tarkentaa kysymyksen aiheuttamaa epätietoisuutta asiantuntevalta henkilökunnalta. Lisäksi tässä aineistossa naisten elämänlaatukyselyn vastaukset oli jo muutettu indeksiarvoiksi, joten tutkijalla ei ollut tietoa siitä, miten naiset olivat kysymyksiin vastanneet. Jonkin verran puuttuvia vastauksia on ollut, sillä muutamilta naisilta puuttui indeksiarvo joltakin elämänlaadun osa-alueelta. Vastaamatta jättämiseen saattoi vaikuttaa sopivan vastausvaihtoehdon puuttuminen tai kysymystä ei ymmärretty kunnolla. On myös mahdollista, että vastaaminen ei tuntunut kiinnostavalta, vaikka aikaa siihen ei paljoa kulukaan. Tällaisissa tutkimuksissa, missä vastaajilta kysytään erilaisia asioita useassa eri kysymyksessä, saattaa tulla tilanne, että vastaaja ei löydä mielestään sopivaa vastausta tai ei halua antaa vastausta kysymykseen. Se johtaa helposti kysymyksen huomiotta jättämiseen ja siten vaikuttaa lopputulokseen. Eli vastaukset eivät välttämättä kuvaa oikein vastaajan sen

hetkistä tilannetta ja siten tutkimuksen tuloksista ei voi tehdä kunnollisia johtopäätelmiä, vaan tulokset ovat suuntaa antavia. Useissa tutkimuksissa RAND-36-mittarin on todettu olevan luotettavan (Aalto ym. 1999, Ware 2000, Huusko ym. 2006b, 62–63), mutta se ei täydellisesti huomioi ikääntyvien tarpeita (Huusko ym. 2006b, 72–73). Täytyy kuitenkin huomioida, että tiedot on kerätty naisten tullessa tutkimusyksikköön ensimmäisen kerran, jolloin saadaan tietoon lähtötilanteen elämänlaatu. Jos sama kysely tehdään myöhemmin hoitojakson aikana, voidaan tarkemmin havainnoida, ovatko naiset vastanneet paremmin kuin alkutilanteessa. Lisäksi voidaan havainnoida tulosten mahdollista samansuuntaisuutta alkutilanteen kanssa ja miten mahdolliset hoidot ovat vaikuttaneet elämänlaatuun.

Tutkimuksessa käytetty hoitolaitoksen oma kyselykaavake sisälsi inkontinenssin muotoon ja haitta-asteeseen liittyviä kysymyksiä sekä VAS-janalla ilmoitettavan oman arvion inkontinenssin haitasta. Mutta kuinka luotettava VAS-jana on haitta-asteen arvioinnissa? Kuinka tarkasti ihminen osaa ajatella vaivansa haittaavuutta kokonaisuutena? Tässä saattaa tulla esiin joko haitan ylikorostumista tai aliarvioimista. Osittain pientä ristiriitaisuutta oli havaittavissa verrattaessa VAS-janan ja haitta-astekyselyn pisteitä naisten antamiin vastauksiin (esimerkiksi kyselyssä saatu 17 pistettä (huomattava haitta) vs. VAS-jana 7 pistettä (kohtalainen haitta) tai kyselyssä saatu 6 pistettä (kohtalainen haitta) vs. VAS-jana 10 pistettä (vaikea haitta)). Lisäksi tässä mietityttää se, että haitta-astekyselyssä haitta-aste jaetaan vain kahteen osaan (kohtalainen ≤ 10 – huomattava ≥ 11 haitta), jolloin skaala on iso. Miten arvioidaan keskitason tuloksia tasapuolisesti, jos nainen saa tulokseksi 11 (huomattava haitta), mutta kokee vaivansa silti lievänä tai kohtalaisena. Toisaalta VAS-janan arvot olisi voinut jakaa myös kahteen (0-5 kohtalainen – 6-10 huomattava haitta), jolloin se olisi ollut samantapainen haitta-astekyselyn kanssa. Mutta tässä tutkimuksessa on huomioitava se, että jokainen nainen kuitenkin tarkastelee asioita omista lähtökohdistaan subjektiivisesti. Kuten Hyland (1997) sekä Halvorsrud ja Kalfoss (2007) ovat todenneet, samassa tilanteessa olevien ihmisten käsitykset elämänlaadustaan voivat vaihdella huomattavasti.

Toiseksi, tulosten yleistettävyyttä heikentää se, että aineistoa kerättiin vain Keski-Suomen alueella, jolloin tuloksiakin saadaan vain suppealta alueelta. Myös otoskoko olisi voinut olla hieman isompi, jolloin tulosten luotettavuus paranisi. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia, mutta koko maata koskevaa johtopäätelmää tästä tutkimuksesta ei vielä voi tehdä. Jotta saataisiin kattavampaa tietoa inkontinenssin vaikutuksesta naisten elämänlaatuun väestötasolla, olisi hyvä, jos sama tutkimus tehtäisiin myös etelä- ja pohjoissuomen alueilla.

Samalla saataisiin tietoa siitä, onko asuinympäristöllä (kaupunki – maaseutu / etelä - pohjoinen) mahdollisesti vaikutusta inkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatuun.

Kolmanneksi, tulosten analysointia varten tutkija teki uusia luokitteluja asiakkaiden iästä, inkontinenssin muodosta, haitta-asteesta sekä haitta-aste VAS:sta. Asiakkaiden ikä jaoteltiin kahdella tavalla (50-63v, 64-74v, 75+v sekä 50-63v, 64+v). Taustatietoja varten tuloksia tarkasteltiin kolmessa ikäryhmässä. Muissa analyyseissä käytettiin jakoa kahteen ikäryhmään (50-63v ja 64+v), koska silloin naisten lukumäärät ikäryhmissä (n=54 ja n=56 vastaavasti) olivat tasaisemmat. Kolmen ikäryhmän käyttämisellä tuloksissa olisi voinut olla hieman tarkempia eroja, mutta toisaalta kahden ikäryhmän käyttämiselläkin tuloksissa oli selviä eroja havaittavissa. Inkontinenssin muodon, haitta-asteen ja haitta-aste VAS analyyseissä luokittelu helpotti aineiston käsittelyä

6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Yhteenvetona voidaan todeta, että virtsainkontinenssista kärsivien naisten psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky olivat inkontinenssin eri muodoista ja haitta-asteista sekä iästä riippumatta melko hyvät, mutta fyysinen toimintakyky ja roolitoiminta/fyysinen näyttäisivät heikkenevän iän myötä. Pakko- tai sekamuotoinen inkontinenssi sekä inkontinenssin haitta-asteen lisääntyminen heikensivät naisten elämänlaatua lähes kaikilla elämänlaadun osa-alueilla.

6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja mahdolliset jatkotutkimukset

Tämän tutkimuksen tuloksia tullaan esittämään muun muassa lantionpohjan tutkimus- hoitoyksikön henkilökunnalle, perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon henkilöstölle sekä liikunta-alan ammattilaisille.

Lantionpohjan tutkimus- ja hoitoyksikön kannalta tutkimuksen tuloksia voisi hyödyntää siten, että alle 64-vuotiaille naisille hoitoihin kuuluisi myös psyykkinen ohjaus ja motivointi hyviin hoitotuloksiin pääsemiseksi. Vaikka heidän psyykkinen hyvinvointi oli tulosten mukaan melko hyvä, niin yli 64-vuotiailla naisilla psyykkinen hyvinvointi oli parempi. Lisäksi keski-ikäisille naisille voisi olla hyväksi, että he saisivat ohjausta, kannustusta ja tukea myös fyysisen toimintakyvyn edistämiseksi, koska fyysinen toimintakyky näyttäisi heikkenevän ikääntyessä. Jos resurssit eivät anna tällaiseen toimintaan mahdollisuuksia, niin olisi suositeltavaa, että ohjaus / harjoittelu tehtäisiin yhteistyönä esimerkiksi erityisryhmien liikunnan, liikuntapalvelujen tuottajien, seurojen tai muiden yhteisöjen kanssa. Tällaisella toiminnalla olisi myös yhteiskunnallista merkitystä, sillä näin toimien ikääntyvät saattaisivat löytää uusia virikkeitä päiviinsä ja siten pärjätä omatoimisesti kotona pidempään.

Koska väestön eliniän odotetaan lisääntyvän, tutkimuksen tuloksilla on merkitystä myös gerontologisen tieteenalan kannalta. Virtsainkontinenssin ennaltaehkäisyä olisi tärkeää lisätä inkontinenssista informointia ikääntyville ihmisille, jotta he paremmin uskaltaisivat ottaa asian esille ja hakea apua vaivaansa aikaisemmin. Myös terveydenhuollon henkilökunnan (hoitajat, lääkärit, terapeutit) tulisi nykyistä enemmän sisällyttää kysymyksiä inkontinenssista hoitotilanteeseen, jolloin mahdolliseen ongelmaan päästäisiin kiinni ennen kuin siitä tulee liian haittaava. Tällaisella toiminnalla voitaisiin yrittää vaikuttaa virtsainkontinenssiin ja sen aiheuttamaan toimintakyvyn heikentymiseen, joka helposti aiheuttaa itsenäisyyden tason alenemista ja palvelutarpeiden lisääntymistä sekä lopulta laitoshoidon tarvetta. Kun hoitoon pääsisi riittävän ajoissa, saattaisi sillä myös olla vaikutusta niin yksilön kuin yhteiskunnan taloudellisiin kustannuksiin. Yksilötasolla voitaisiin mahdollisesti vähentää tai lopettaa vuotosuojien käyttäminen ja lääkehoidoista aiheutuvat kustannukset voisivat vähentyä, jolloin yksilön kustannukset myös vähenisivät. Yhteiskunnan tasolla inkontinenssin aiheuttamat kaatumiset ja siitä johtuvat laitoshoidon tarpeet saattaisivat vähentyä ja laitospaikkoja voitaisiin antaa niitä enemmän tarvitseville. Lisäksi vuotosuojien vähäisempi käyttäminen voisi hieman vähentää myös ympäristön kuormittumista.

Jatkotutkimuksina voisi selvittää, miten konservatiiviset hoidot (fysioterapia, lääkehoito, rakon kouluttaminen) vaikuttavat naisten elämänlaatuun heti hoidon jälkeen ja millainen on naisten elämänlaatu, kun hoidosta on kulunut reilu vuosi. Lisäksi voisi verrata konservatiivisen ja operatiivisen hoidon vaikuttavuutta naisten elämänlaatuun. Koska inkontinenssia esiintyy jo nuorillakin naisilla, niin yhtenä jatkotutkimuksena voisi verrata 20-

50-vuotiaiden ja yli 50-vuotiaiden naisten elämänlaatua, kuinka paljon ne eroavat toisistaan ja onko niissä havaittavissa samantapaisia eroja kuin tässä tutkimuksessa.

LÄHTEET

- Aalto A-M, Aro AR, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: STAKES 1999; Tutkimuksia 101.
- Airaksinen O. Lantionpohjan ohjattu lihasharjoittelu ja kuntoutus. Teoksessa Kiilholma P, Päivärinta E (toim.) Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon. Gummerus Kirjapaino Oy 2007:64-68.
- Ala-Nissilä S, Kiilholma P. Mikä avuksi naisen virtsankarkailuun. Suomen lääkärilehti 2008;63(44):3769–74.
- 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.
- Aukee P, Kinnunen P, Huhtala T, Åkerman P, Lundsted S, Kairaluoma MV. Kuinka edistämme kuivana pysymistä? Suomen Lääkärilehti 2006;61(49–50):5173–76.
- Aukee P. Naisten inkontinenssi. Teoksessa Kiilholma P, Päivärinta E (toim.) Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon. Gummerus Kirjapaino Oy 2007:35-40.
- Aukee P, Stach-Lempinen B, Hainari S. Virtsankarkailu aiheuttaa häpeää ja kustannuksia. Suomen lääkärilehti 2007;62(14-15):1529-32.
- Auwad W, Steggle P, Bomvieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. Int Urogynecol J 2008;19(9):1251-59.
- Azuma R, Murakami K, Iwamoto M, Tanaka M, Saita N, Abe Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. Nurs Health Sci 2008;10(2):151-58.
- Botlero R, Davis SR, Urquhart DM, Shortreed S, Bell RJ. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. Maturitas 2009;62(2):134-39.
- Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. Age Ageing 2009;38(3):333-38.
- Chang L. Overflow incontinence. [www-dokumentti] 19.5.2009 [haettu 18.2.2010] <http://www.webmd.com/urinary-incontinence-oab/overflow-incontinence?page=2>
- Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM. Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. J Urol 2009;181(1):193-97.
- Dooley Y, Lowenstein L, Kenton K, FitzGerald MP, Brubaker L. Mixed incontinence is more bothersome than pure incontinence subtypes. Int Urogynecol J 2008;19(10):1359-62.
- Filiz TM, Topsever P, Uludag C, Gorpelioglu S, Cinar N. Effects of age and urinary incontinence severity on generic SF-36 quality of life measurements in Sakarya, Turkey. Turkiye klinikleri tip bilimleri dergisi 2007;27(2):189-94.

- Franzen K, Johansson J-E, Andersson G, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence in women is not exclusively a medical problem: A population-based study on urinary incontinence and general living conditions. *Scand J Urol Nephrol* 2009;43(3):226-32.
- Frick AC, Huang AJ, Van Den Eeden SK, Knight SK, Creasman JM, Yang J, Ragins AI, Thom DH, Brown JS. Mixed urinary incontinence: Greater impact on quality of life. *J Urol* 2009;182(2):596-600.
- Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Bosio Le Goux B, Klein P, Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol* 2006;50(4):818-25.
- Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing* 1993;22(2):82-89.
- Grimby A, Svanborg A. Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens. *Aging (Milano)* 1997;9(5):356-64.
- Halvorsrud L, Kalfoss M. The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *Eur J Ageing* 2007;4(4):229-46.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA) / International continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):4-20.
- Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, Aragaki A, Naughton MJ, Wallace RB, McNeeley SG. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA* 2005;293(8):935-48.
- Hudon C, Fortin M, Soubbi H. Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. *J Clin Epidemiol* 2007;60(2):212-e3.
- Hunnskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog R, Hjälmås K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology* 2003;62(4 Suppl 1):16-23.
- Hunnskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU int* 2004;93(3):324-30.
- Huusko T, Pitkälä K. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki 2006a;9-23.
- Huusko T, Kautiainen H, Pitkälä K. RAND-36 ja 15D yksinäisyydestä kärsivien ikäihmisten terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki 2006b:62-75.
- Hyland J. Health and values: The values underlying health measurement and health resource. *Psychology and Health* 1997;12(3):389-403.
- Hägglund K, Walker-Engström M-L, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(11):1051-55.

- Izci Y, Topsever P, Filiz TM, CmarND, Uludag C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J* 2009;20(8):947-52.
- Jamison MG, Weidner AC, Romero AA, Amundsen CL. Lack of psychological resilience: an important correlate for urinary incontinence. *Int urogynecol J* 2007;18(10):1127-32.
- Javanainen M. Hormonikorvaushoidon muodot / Virtsateihin liittyvät ongelmat [www-dokumentti] 11.12.2007 [haettu 15.2.2010] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=avv&p_artikkeli...
- Kalfoss M, Halvorsrud L. Important issues to quality of life among norwegian older adults: an exploratory study. *Open Nurs J* 2009;20(3):45-55.
- Kiilholma P. Naisten virtsainkontinenssin leikkaushoito. Teoksessa Kiilholma P, Päivärinta E (toim.) *Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon*. Gummerus Kirjapaino Oy 2007:79-84.
- Kiilholma P, Päivärinta E. Yksilö ja yhteiskunta. Teoksessa Kiilholma P, Päivärinta E (toim.) *Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon*. Gummerus Kirjapaino Oy 2007:11-33.
- Krause MP, Albert SM, Elsangedy SM, Krinski K, Goss FL, DaSilva SG. Urinary incontinence and waist circumference in older women. *Age Ageing* 2010;39(1):69-73.
- Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Naisten virtsankarkailun hoito. *Duodecim* 2006;122(24):3042-54.
- Langford CF, Elmissiry MM, Ghoniem GM. Do women have realistic expectations of treatment for stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn* 2008;27(6):480-84.
- Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, Ciofu C, Montefiore ED, Alvarez FP, Bloch J. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2009;56(1):177-83.
- Lifford KL, Townsend MK, Curban GC, Resnick NM. The epidemiology of urinary incontinence in older women: Incidence, progression and remission. *JAGS* 2008;56(7):1191-98.
- Martinez Corcoles B, Salinas Sanchez AS, Gimenez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodriguez JA. The quality of life of persons with urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2008;32(2):202-10.
- Mayo Clinic staff. Urinary incontinence. [www-dokumentti] 27.6.2009 [haettu 18.2.2010] <http://www.mayoclinic.com/health/urinary-incontinence/DS00404/DSECTION=symptoms>
- Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women. A population-based study. *Arch Intern Med* 2005a;165(5):537-42.
- Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol* 2005b;106(3):585-92.
- Melville JL, Ming-Yu F, Rau H, Nygaard IE, Katon WJ. Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in an epidemiologic sample. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(5):490.e1-7.

- Miller YD, Brown WJ, Russell A, Chiarelli P. Urinary incontinence across the lifespan. *Neurourol Urodyn* 2003;22(6):550-57.
- Milsom I. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol* 2009;19(4):337-41.
- Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women; Variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol* 2008;111(2 Pt 1):324-31.
- Molzahn A, Skevington SM, Kalfoss M, Makaroff KS. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Qual Life Res* 2010;Jan 9.
- Mäkinen J, Kujansuu E, Nilsson CG, Penttinen J, Korhonen M. Virtsainkontinenssin arviointi ja hoito perusterveydenhoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 1992;47(26):2373-5.
- Nilsson M, Lalos A, Lalos O. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol Urodynam* 2009;28(8):976-81.
- NIH Publication. Urinary incontinence in women. No 08-4132. [www-dokumentti] 10/2007 [haettu 18.2.2010] www.kidney.niddk.nih.gov
- Nuotio M, Jylhä M, Luukkaala T, Tammela TLJ. Urinary incontinence in a Finnish population aged 70 and over. *Scand J Prim Health Care* 2003;21(3):182-87.
- Nuotio M, Jylhä M, Luukkaala T, Tammela T. Health problems associated with lower urinary tract symptoms in older women. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(4):209-14.
- Nuotio M, Tammela TL, Luukkaala T, Jylhä M. Association of urgency symptoms with self-rated health, mood and functioning in an older population. *Aging Clin Exp Res* 2007;19(6):465-71.
- Nupponen R, Karinkanta S. RAND-36-elämänlaatukysely itsenäisesti elävillä iäkkäillä naisilla. *Gerontologia* 2009;23(2):57-66.
- Oh S-J, Ku JH, Hong SK, Kim SW, Paick J-S, Son H. Factors influencing self-perceived disease severity in women with stress urinary incontinence combined with or without urge incontinence. *Neurourol Urodyn* 2005;24(4):341-47.
- Peterson JA. Minimize urinary incontinence: Maximize physical activity in women. *Urol Nurs* 2008;28(5):351-56.
- Pitkälä K, Huusko T, Savikko N, Strandberg T. Johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki 2006:112-19.
- Porten S, Meenan RT, Rosetti MCO, Calhoun EA, Sarma AV, Clemens JQ. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med* 2009;122(11):1037-42.
- Rosqvist E, Aukee P, Kallinen M, Rantanen T. Feasibility and acceptability of the pelvic floor muscle and bladder training programme. *Int J Urol Nurs* 2008;2(3):113-18.
- Rosqvist E, Aukee P, Kallinen M. Lantiopohjanlihasten omatoiminen harjoittelu: Käypä hoito – harjoitteluohjelman toteutettavuus virtsankarkailun hoidossa iäkkäillä naisilla. *Fysioterapia* 2009;56(5):35-40.

Räihä I, Seppälä M, Viitanen M. Geriatrian jättiläiset. *Duodecim* 2006;122(12):1483–90.

Sand PK, Dmochowski R. Analysis of the standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-78.

Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence. Comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn* 2000;19(2):137-45.

Sar D, Khorshid L. The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009;36(4):429-35.

Sarma AV, Kanaya A, Nyberg LM, Kusek JW, Vittinghoff E, Rutledge B, Cleary PA, Gatcomb P, Brown JS. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: Findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Urology* 2009;73(6):1203-09.

Savikko N, Huusko T, Pitkälä K. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelma. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.) *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki* 2006:24–41.

Schimpf MO, Patel M, O’Sullivan DM, Tulikangas PK. Difference in quality of life in women with urge urinary incontinence compared to women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2009;20(7):781-86.

Sintonen H. 15D-mittarin käyttö elämänlaadun arvioinnissa – kivunhoidon näkökulma. *Kipuviesti* 2009;1:14–17.

Stach-Lempinen B, Hakala A-L, Laippala P, Lehtinen K, Metsanoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn* 2003;22(6):563-68.

Stach-Lempinen B. Health-related Quality of Life and female urinary incontinence – Evaluation of measurement and predictive factors in specialized health care. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tampereensis* 1012. Tampereen yliopisto, 2004.

Stach-Lempinen B. Naisen virtsainkontinenssi. *Duodecim* 2008;124(13):1477-79.

Subak LL, Wing R, Smith West D, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Gorin AA, Macer J, Kusek JW, Grady D. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009;360(5):481-90.

Sung VW, Glasgow MA, Wohlrab KJ, Myers DL. Impact of age on preoperative and postoperative urinary incontinence quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(6):680.e1-5.

Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence. Common problem among women over 45. *Can Fam Physician* 2005;51:84-85.

Tammela T. Inkontinenssin lääkehoito. Teoksessa Kiilholma P, Päivärinta E (toim.) *Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon*. Gummerus Kirjapaino Oy 2007:74-78.

Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S, Goode PS, Kusek JW, Borello-France D, Mallett V. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2007;18(5):543-49.

Tiitinen A. Virtsankarkailu naisella. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim, Terveyskirjasto. [www-dokumentti] 27.9.2009 [haettu 25.10.2009] www.duodecim.fi

Tikkinen KAO, Auvinen A, Huhtala H, Tammela TLJ. Nocturia and obesity: A population-based study in Finland. *Am J Epidemiol* 2006;163(11):1003-11.

Tikkinen KAO, Auvinen A, Tiitinen A, Valpas A, Johnson TM, Tammela TL. Reproductive factors associated with nocturia and urinary urgency in women: a population-based study in Finland. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(2):153.e1-e12.

Tikkinen KAO, Johnson TM, Tammela TLJ, Sintonen H, Haukka J, Huhtala H, Auvinen A. Nocturia frequency, bother and quality of life: How often is too often? A population-based study in Finland. *Eur Urol* 2010;57(3):488-96.

Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Postmenopausal hormone therapy and incident urinary incontinence in middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(1):86.e1-5.

Tozun M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural of Western Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2009;67(4):241-49.

Ware JE. SF-36 health survey update. *SPINE* 2000;25(24):3130-39.

Wikipedia. Geriatric Depression Scale. [www-dokumentti] 22.2.2010 [haettu 12.5.2010] [www.http://en.wikipedi.org/wiki/Geriatric_Depression_Scale](http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric_Depression_Scale)

Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):31-39.

Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Qual Life Res* 2009;18:1301-09.

Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause* 2009;16(4):831-36.

Ziv E, Stanton SL, Abarbanel J. Significant improvement in the quality of life in women treated with a novel disposable intravaginal device for stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2009;20(6):651-58.

RAND-36 ELÄMÄNLAATUKYSELY

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Päiväys: _____ / _____ 20_____

1. Onko terveytenne yleisesti ottaen.. (ympyröikää yksi numero)

- 1 erinomainen
- 2 varsin hyvä
- 3 hyvä
- 4 tyydyttävä
- 5 huono

2. Jos vertaatte nykyistä terveydentilaanne vuoden takaiseen, onko terveytenne yleisesti ottaen.. (ympyröikää yksi numero)

- 1 tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten
- 2 tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
- 3 suunnilleen samanlainen
- 4 tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
- 5 tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten

Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon?

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita yhtään
3. huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esim. juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
4. kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
5. ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
6. nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
7. nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3
8. vartalon tai vuttaminen, polvistuminen, kumartaminen	1	2	3
9. noin 2 kilometrin matkan kävely	1	2	3
10. noin puolen kilometrin matkan kävely	1	2	3
11. noin 100 m matkan kävely	1	2	3
12. kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

Onko Teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut RUUMIILLISEN TERVEYDENTILANNE TAKIA alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne? (ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä	ei
13. vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa	1	2
14. saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
15. terveydentilanne asetti teille rajoituksia jossakin työ- tai muissa tehtävissä	1	2
16. töistänne tai tehtävistänne suoriutuminen tuotti vaikeuksia (olette joutunut esim. ponnistelemaan tavallista enemmän)	1	2

Onko Teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut TUNNE-ELÄMÄÄN LIITYVIEN vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne?

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä	ei
17. vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa	1	2
18. saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
19. ette suorittanut töitänne tai muita tehtäviänne yhtä huolellisesti kuin tavallisesti	1	2

20. MISSÄ MÄÄRIN ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista) toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa? (ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

21. Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja teillä on ollut viimeisen 4 viikon aikana?

(ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hyvin lieviä
- 3 lieviä
- 4 kohtalaisia
- 5 voimakkaita
- 6 erittäin voimakkaita

22. Kuinka kipu on häirinnyt tavanomaista työtänne (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana? (ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

Seuraavat kysymykset koskevat sitä miltä Teistä on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana.

Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalle se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne.

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen 4 viikon aikana...	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomattavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
23. tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa	1	2	3	4	5	6
24. ollut hyvin hermostunut	1	2	3	4	5	6
25. tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä piristää	1	2	3	4	5	6
26. tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3	4	5	6

27. ollut täynnä tarmoa	1	2	3	4	5	6
28. tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3	4	5	6
29. tuntenut itsenne ”loppuunkuluneeksi”	1	2	3	4	5	6
30. ollut onnellinen	1	2	3	4	5	6
31. tuntenut itsenne väsyneeksi	1	2	3	4	5	6

32. KUINKA SUUREN OSAN AJASTA ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaanne (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)? (ympyröikää yksi numero)

- 1 koko ajan
- 2 suurimman osan aikaa
- 3 jonkin aikaa
- 4 vähän aikaa
- 5 ei lainkaan

Ympyröikää kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa Teidän kohdallanne? (ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	pitää ehdottomasti paikkansa	pitää enimmäkseen paikkansa	en osaa sanoa	enimmäkseen ei pidä paikkansa	ehdottomasti ei pidä paikkansa
33. minusta tuntuu, että sairastun jonkin verran helpommin kuin muut ihmiset	1	2	3	4	5
34. olen vähintään yhtä terve kuin muut ihmiset	1	2	3	4	5
35. uskon, että terveyteni tulee heikkenemään	1	2	3	4	5
36. terveyteni on erinomainen	1	2	3	4	5

**EROTTELUPISTELOMAKE VIRTSAINKONTINENSIN ALUSTAVAAN
EROTUSDIAGNOSTIIKKAAN**

Pvm:
Nimi
Henkilötunnus

Rastittakaa sopivin vaihtoehto

	0	1	2
Kuinka monta virtsaamiskertaa teillä on päiväaikaan?	5-7	8-10	11-
Kuinka monta kertaa joudutte öisin nousemaan virtsalle?	0-1	2-3	4-
Jääkö rakkoon virtsaa virtsaamisen jälkeen?	Ei	Joskus	Usein
Aiheuttavatko kiire tai jännitys virtsapakkoa?	Ei	Lievää	Voimakasta
Karkaako virtsa ponnistaessa (esim. yskäisy)?	Kyllä	Joskus	Ajoittain muulloinkin
Karkaako virtsa välittömästi ponnistuksen yhteydessä?	Kyllä	En osaa sanoa	Ponnistuksen jälkeen
Tunnetteko virtsaamisen tarvetta ennen virtsan karkaamista?	Ei	Joskus	Usein
Kuinka paljon virtsaa karkaa kerralla?	Tippoja	Lirahdus	Virtsaa alkaa valua
Kykenettekö keskeyttämään virtsaamisen?	Kyllä	Melko hyvin	Ei
Onko teillä ollut virtsatietulehduksia viimeisten 2 vuoden aikana?	Ei	1-2	3-

Pistemäärä yhteensä

Tulkinta:

Mitä suurempi pistemäärä, sitä vahvemmin oireilu sopii pakkoinkontinenssiin (< 7 viittaa ponnistusinkontinenssiin, ≥ 7 viittaa pakko- tai sekainkontinenssiin)

(Mukailtu: Mäkinen J, Kujansuu E, Nilsson CG, Penttinen J, Korhonen M. Virtsainkontinenssin arviointi ja hoito perusterveydenhoidossa. Suom Lääkäril 1992;47:2373-5)

Kustannus Oy Duodecim
Lääkäriin tietokannat

HAITTA-ASTELOMAKE VIRTSAINKONTINENSSIN SELVITTELYYN

Pvm:

Nimi

Henkilötunnus

Rastittakaa sopivin vaihtoehto

	0	1	2
Karkaako virtsa ilman ponnistusta ja asennosta riippumatta (esim. makuulla)?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Karkaako virtsa vähäisessä ponnistuksessa? (esim. seisomaan noustessa)	Ei	Joskus	Hyvin usein
Karkaako virtsa yhtäkkisessä voimakkaassa ponnistuksessa? (esim. aivastaessa tai juostessa)	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet jokapäiväisiä askareitanne?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet ansiotyötänne?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Pelkäätekö, että muut huomaavat virtsan karkaamisen aiheuttaman hajun ja märkyiden?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet harrastuksianne ja menojanne?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Haittaavatko oireet sukupuolielämäänne?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Ärtyvätkö ulkosynnyttimenne?	Ei	Joskus	Hyvin usein
Joudutteko käyttämään siteitä tai vaippoja	Ei	Joskus	Hyvin usein

Pistemäärä yhteensä

Haitta-aste %

Haitta-asteen määrittäminen prosentteina:

- Laske yhteen rastitettujen vastausten pisteet
- Jaa summa vastattujen kysymysten lukumäärällä
- Kerro tulos 50:llä

Esim. pisteiden summa 15, vastattujen kysymysten määrä 10 \square $15/10 \times 50 = 75 \%$

(Mukaiilu: Mäkinen J, Kujansuu E, Nilsson CG, Penttinen J, Korhonen M. Virtsainkontinenssin arviointi ja hoito perusterveydenhoidossa. Suom Lääkäril 1992;47:2373–5)

Kustannus Oy Duodecim

Lääkäriin tietokannat

YHTEENVETO ELÄMÄNLAATUTUTKIMUKSISTA

Tekijä	Ikä ka (vaihtelu)	N	UI-muoto	Elämänlaatumittari	Päätulokset
Grimby ym. 1993	75,4 (65-84)	313	UI	Nottingham Health Profile Questionnaire	Sosiaalinen eristäytyminen, huono vaikutus elämään
Hägglund ym. 2001	(18-72)	787	UI + SUI/UUI	SF-36	Pakkoinkontinenssi vaikuttaa voimakkaammin elämänlaatuun. Avun hakeminen yhteydessä pakkomuotoon ja heikompaan elämänlaatuun
Oh ym. 2005	54,9 (31-77)	109	SUI +/- UUI	I-QOL	Sairauden haittaan vaikuttaa UI tiheys ja karkaava virtsamäärä
Gasquet ym. 2006	48,4 (18-70)	1008	SUI	Contilife QOL scale	Oireiden vaikeus ja toiminnan heikkeneminen on yhteydessä vanhempaan ikään ja oireiden pidempään kestoon
Sung ym. 2007	59,6 (26-91)	249	SUI	IIQ.7 + UDI.6	Kirurgia parantaa nuorten ja vanhempien naisten elämänlaatua
Tennstedt ym. 2007	52 (27-81)	655	SUI	IIQ	Elämänlaadun heikkeneminen on yhteydessä oireiden suureen määrään ja haitan lisääntymiseen
Dooley ym. 2008	56 (15-91)	551	MUI	UDI-6	Sekamuotoinen inkontinenssi on haitallisempi kuin ponnistus- tai pakkomuotoinen inkontinenssi
Langford ym. 2008	53	100	SUI	AUA-QOL	Ikä vaikuttaa inkontinenssin hoitoa koskeviin valintoihin
Martinez Corcoles ym. 2008	57,1 (36-76)	126	UI, SUI	KHQ	Ikä, korkeampiasteinen inkontinenssi ja virtsaelininfektiot heikentävät elämää. Inkontinenssi heikentää fyysistä aktiivisuutta ja kehonkuvaa
Aslan ym. 2009	77,5 (>60)	694	UI	KHQ	Pakkomuotoinen inkontinenssi on haitallisempaa kuin ponnistus- tai sekamuotoinen inkontinenssi. Palvelutalossa asuville iäkkäille inkontinenssilla on negatiivinen vaikutus elämänlaatuun
Frick ym. 2009	57 (40-69)	530	SUI + MUI	IIQ	Sekamuotoinen inkontinenssi vaikuttaa elämänlaatuun ponnistusinkontinenssia enemmän riippuen iästä, rodusta, terveydestä tai inkontinenssin haitasta

Lasserre ym. 2009	55 (18-80)	496	UI	ICIQ-SF	Inkontinenssilla on negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun
Nilsson ym. 2009	52 (18-74)	109 paria	UI	B-FLUTS	Inkontinenssi, pakonomaisuus ja tiheys heikentävät elämänlaatua kaikenikäisillä ja ne vaikuttavat myös negatiivisesti kumppaniin
Schimpf ym. 2009	62,6	465	UUI >< SUI	PFIQ-7	Pakko- ja sekamuotoinen inkontinenssi heikentävät elämänlaatua enemmän kuin ponnistusinkontinenssi

UI – virtsainkontinenssi, MUI – sekamuotoinen inkontinenssi, SUI – ponnistusinkontinenssi, UUI – pakkoinkontinenssi

AUA-QOL – The American Urologic Association QOL questionnaire

B-FLUTS – Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire

ICIQ-SF – The International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form

IIQ – Incontinence Impact Questionnaire, I-QOL – Incontinence quality of life

KHQ – King’s Health Questionnaire

PFIQ -7 – Pelvic Floor Impact Questionnaire

SF-36 – Short Form-36 QOL questionnaire, UDI-6 – Urogenital Distress Inventory