

# Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu

Grażyna Stadnicka<sup>1</sup>, Marta Janik<sup>2</sup>, Celina Łepecka-Klusek<sup>3</sup>, Anna Pilewska-Kozak<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie

<sup>2</sup> Studentka Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, UM Lublin

<sup>3</sup> Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM Lublin

Stadnicka G, Janik M, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A. Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(2): 136–140.

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Nietrzymanie moczu, ze względu na charakter objawów i częstość występowania, stanowi poważny problem medyczny i społeczny dla około jednej trzeciej populacji kobiet.

**Cel pracy.** Celem pracy było ukazanie psychospołecznych następstw nietrzymania moczu u kobiet.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 213 kobiet z objawami nietrzymania moczu. W okresie pięciu miesięcy 2012 roku przeprowadzono badania wśród pacjentek Poradni Urodynamicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie – „CenterMed Lublin”. Narzędziem badawczym był kwestionariusz składający się z trzech części: autorskiej, Gaudenza oraz King’s Heath. W analizie statystycznej wyników badań wykorzystano test z do porównywania dwóch wskaźników struktury.

**Wyniki.** Badane kobiety były w wieku 19–87 lat, przy czym ponad połowę (109; 51.2%) tej grupy stanowiły kobiety między 41. a 60. rokiem życia. Badania wykazały, że znaczna część kobiet nie rozmawia z mężem o swojej chorobie (35; 16.4%) lub mąż nie wie o jej istnieniu (28; 13.2%). Nietrzymanie moczu, zdaniem ponad połowy badanych, ma duży (72; 33.8%) lub bardzo duży (79; 37.1%) wpływ na ich samopoczucie.

Statystyczna analiza danych pokazała istotny (<0.05) związek między miejscem zamieszkania oraz wiekiem kobiet z nietrzymaniem moczu a wykonywaniem prac domowych, aktywnością fizyczną, podróżowaniem, relacjami z partnerem, życiem płciowym. Wiek miał wpływ na ogólną ocenę stanu zdrowia, kontakty towarzyskie z przyjaciółmi, sen oraz samoocenę.

## Wnioski:

1. Nietrzymanie moczu ma negatywny wpływ na kondycję psychiczną kobiet, wywołuje zaniepokojenie, zdenerwowanie, lęk oraz prowadzi do obniżonej samooceny i poczucia gorszego ogólnego stanu zdrowia.
2. Społeczne konsekwencje nietrzymania moczu przejawiają się ograniczaniem kontaktów towarzyskich i aktywności fizycznej, pojawianiem się trudności w wykonywaniu codziennych czynności, swobodnym podróżowaniu oraz pogarszaniem się relacji z partnerem.

## Słowa kluczowe

nietrzymanie moczu, stan psychiczny, aspekt społeczny, jakość życia kobiet

## WPROWADZENIE

Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób kobiecych i stanowi poważny problem zdrowotny współczesnego społeczeństwa. Występuje ono u około 27% kobiet na świecie [1, 2]. Obecnie uważa się, że nietrzymanie moczu jest nie tylko problemem kobiet w podeszłym wieku, lecz dotyczy także od 10 do 25% kobiet poniżej 45. roku życia [3, 4].

Istnieje wiele postaci nietrzymania moczu u kobiet, spowodowanych wadami struktur anatomicznych dna miednicy, urazami mechanicznymi, chorobami ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeniami unerwienia obwodowego oraz nadmierną, autonomiczną aktywnością skurczową mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Warto jednak zauważyć, że około 40% wszystkich przypadków to wysiłkowe nietrzymanie moczu [4, 5].

## CEL PRACY

Celem pracy było ukazanie psychospołecznych następstw nietrzymania moczu u kobiet.

Adres do korespondencji: Anna Pilewska-Kozak, Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, al. Raclawickie 23, 20-904 Lublin, Polska  
e-mail: apilewska@poczta.wp.pl

Nadesłano: 18 grudnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 25 lutego 2013 roku

## MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono wśród 213 pacjentek, które w okresie pięciu miesięcy 2012 roku zgłosiły się z objawami nietrzymania moczu do Poradni Urodynamicznej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie – „CenterMed Lublin”.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz składający się z trzech części: autorskiej, Gaudenza i King’s Heath [7, 8]. Autorski kwestionariusz miał na celu zebranie danych demograficzno-społecznych oraz informacji będących uzupełnieniem kwestionariusza Gaudenza, dotyczących przypadków nietrzymania moczu w wywiadzie rodzinnym, chorób współistniejących oraz metod profilaktyki i/lub ewentualnego leczenia tej choroby w przeszłości. Kwestionariusz Gaudenza wykorzystano do wstępnej diagnostyki nietrzymania moczu oraz identyfikacji ogólnoustrojowych i położniczych czynników ryzyka [7]. Kwestionariusz King’s Health składa się z 3 części [8]. Pierwsza część służy do oceny ogólnego stanu zdrowia przez kobiety oraz wpływu objawów związanych z układem moczowym na ich stan psychiczny. Druga część zawiera pytania umożliwiające kobietom ocenę wpływu objawów ze strony układu moczowego na pięć innych dziedzin życia, tj. pracę zawodową, wypoczynek, kontakty towarzyskie, codzienne czynności, współżycie płciowe. Trzecia część ocenia stopień trudności wynikający z zabezpieczaniem się przez moczeniem bielizny. Utrudnienia te były związane między innymi z koniecznością noszenia wkładek czy częstą

zmianą ubrania (bielizny). Posługując się skalą od 1 do 4, respondentki oceniały wpływ objawów nietrzymania moczu na poszczególne dziedziny życia.

W analizie wyników badań wykorzystano test z do porównywania dwóch wskaźników struktury. Do obliczeń statystycznych użyto programu Statistica 10 (StatSoft). Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ , co oznacza, że prawdopodobieństwo popełnienia błędu, polegającego na odrzuceniu hipotezy prawdziwej, nie przekracza 5%.

## WYNIKI BADAŃ

Badane były w wieku 19 do 87 lat, przy czym ponad połowę tej grupy stanowiły kobiety między 41 a 60 lat 109 (51,2%). Po 60. roku życia było 77 (36,1%) badanych, a do 40. roku życia 27 (12,7%). Liczbowy rozkład danych, dotyczący miejsca zamieszkania respondentek, był następujący: wieś, osada – 85 (39,9%) kobiet; małe miasto (do 100 tysięcy mieszkańców) – 65 (30,5%); duże miasto (powyżej 100 tysięcy mieszkańców) – 63 (29,6%). Kobiet zamężnych było 154 (72,3%), a pozostałe w liczbie 59 (27,7%) to panny, wdowy i rozwódki.

Blisko połowa badanych (107; 47,42%) legitymowała się wykształceniem średnim. Inne ukończyły szkołę zasadniczą zawodową (43; 20,2%), podstawową (29; 13,6%), wyższe studia (28; 13,2%) lub studia licencjackie (12; 5,6%). Pracę fizyczną wykonywało w przeszłości (lub aktualnie ją wykonuje) 112 (52,6%) badanych, a umysłową 96 (45,1%). Wśród badanych było też 5 (2,3%) osób uczących się. Minimum jedno dziecko urodziło 190 (89,2%) kobiet, a pozostałe 23 (10,8%) nie rodziły.

Do czasu prowadzenia badań objawy nietrzymania moczu występowały u kobiet różnie długo. Około jednego roku u 61 (28,4%); 2–3 lata u 52 (24,2%); 4–5 lat u 49 (22,8%); 6–10 lat u 26 (12,1%); powyżej 10 lat u 27 (12,6%). W pierwszym roku występowania objawów nietrzymania moczu do ginekologa po pomoc zgłosiło się 41 (19,1%) kobiet. Inne uczyniły to po upływie 2–3 lat (45; 20,9%), 4–5 lat (47; 21,9%), 6–10 lat (46; 21,4%), a nawet więcej niż 10 lat (36; 16,7%).

Stosunek męża do problemów żony, związanych z nietrzymaniem moczu przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1.** Stosunek męża do problemów żony związanych z trzymaniem moczu

Stosunek męża do problemów żony	Liczba badanych	
	n	%
nie wie o problemie	28	13.2
jest zaniepokojony stanem jej zdrowia	74	34.7
nie rozmawia o tym z mężem	35	16.4
jest obojętny (nie widzi problemu)	17	8.0
nie dotyczy	59	27.7

Ponad jedna trzecia (74; 34,7%) ankietowanych stwierdziła, że mąż jest zaniepokojony ich stanem zdrowia. Inne odpowiedziały, że nie rozmawiają z mężem na ten temat (35; 16,4%) lub mąż nie wie o chorobie (28; 13,2%).

Wyniki subiektywnej oceny wpływu nietrzymania moczu na samopoczucie badanych kobiet zawarto w tabeli 2.

Tylko nieliczne (19; 8,9%) respondentki oświadczyły, że nietrzymanie moczu nie ma wpływu na ich samopoczucie. Inne deklarowały, że bezwiedne wypływanie moczu ma duży

**Tabela 2.** Wpływ objawów nietrzymania moczu na samopoczucie badanych kobiet

Wpływ objawów na samopoczucie	Badana grupa		S	Me	SD
	n	%			
brak – 1 pkt.	19	8.9	3.02	3	1.44
nieznaczny – 2 pkt.	43	20.2			
duży – 3 pkt.	72	33.8			
bardzo duży – 4 pkt.	79	37.1			

S – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe

wpływ na ich samopoczucie (72; 33,8%) lub bardzo duży (79; 37,1%). Pozostałe 43 (20,2%) określiły go jako nieznaczny.

Za pomocą kwestionariusza King's Health oceniano wpływ nietrzymania moczu na ogólny stan zdrowia badanych, jak również na sfery życia warunkujące jego jakość (np. kontakty towarzyskie, stan emocjonalny, sen, wypoczynek). Zależność między zaburzonymi sferami życia (bądź nie) a wiekiem badanych kobiet uwidoczniono w tabeli 3, między zaburzonymi sferami a miejscem zamieszkania w tabeli 4.

**Tabela 3.** Sfery życia warunkujące jego jakość a wiek badanych kobiet

Wpływ objawów związanych z układem moczowym na:	Wiek w latach									Istotność P
	do 40. roku życia			41–60 lat			powyżej 60. roku życia			
	S	Me	SD	S	Me	SD	S	Me	SD	
Ogólny stan zdrowia	2.74	2	1.05	2.94	3	0.80	3.16	3	0.59	<0.05
Życie codzienne	3.11	3	0.93	2.87	3	0.80	2.67	3	0.88	NS
Prace domowe	2.44	2	1.28	2.38	2	1.04	2.67	3	0.88	<0.05
Codziennie czynności poza domem	2.51	2	1.28	2.68	3	1.31	2.56	3	1.08	<0.05
Aktywność fizyczna	2.37	2	1.24	2.50	3	1.31	2.65	3	1.08	<0.05
Podróżowanie	2.40	2	1.18	2.56	3	1.09	2.51	3	1.1	<0.05
Kontakty z ludźmi	1.74	1	1.22	1.52	2	0.99	2.19	2	2.07	<0.05
Spotkanie się z przyjaciółmi	1.62	1	1.15	1.71	2	0.93	1.97	2	1.07	<0.05
Związek z partnerem	1.77	1	1.15	1.67	2	1.24	1.18	1	1.38	<0.05
Życie płciowe	1.76	1	1.10	1.71	2	1.24	1.09	0	1.37	<0.05
Życie rodzinne	1.96	2	1.12	1.75	2	1.24	1.77	2	1.11	NS
Przygnębienie	2.40	2	1.21	2.33	2	0.93	2.41	2	0.95	NS
Zaniepokojenie/zdenerwowanie	2.29	2	1.10	2.55	2	0.95	2.69	3	0.99	<0.05
Złe zdanie o sobie	2.00	2	0.96	1.80	2	0.82	2.02	3	0.95	<0.05
Wpływ na sen	1.96	2	0.83	2.25	2	0.88	2.30	2	0.90	NS
Zmęczenie wyczerpanie	1.92	2	0.97	2.22	2	0.82	2.32	2	0.80	NS
Noszenie wkładek higienicznych	2.48	2	1.15	2.51	2	1.18	2.35	2	1.16	NS
Ograniczanie spożywanych płynów	2.48	2	1.08	2.11	2	0.95	2.13	2	0.98	NS
Częsta zmiana mokrej bielizny	2.22	2	1.08	2.22	2	0.95	2.25	2	0.91	NS
Zmartwienie z powodu nieprzyjemnego zapachu	2.29	2	0.99	2.48	2	1.07	2.27	2	1.05	NS

S – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; <0.05 – różnica statystycznie istotna; NS – różnica statystycznie nieistotna

Stwierdzono istotną zależność ( $<0.05$ ) między wiekiem badanych kobiet a wpływem objawów związanych z układem moczowym na ogólną ocenę stanu zdrowia, wykonywanie prac domowych, wykonywanie codziennych czynności poza domem, aktywność fizyczną, podróżowanie, kontakty z ludźmi, kontakty towarzyskie z przyjaciółmi, relacje z partnerem, życie płciowe, zaburzenia snu, obniżenie samooceny. Pozostałe badane parametry nie miały znamiennej zależności z wiekiem ( $p>0.05$ ).

**Tabela 4.** Sfery życia warunkujące jego jakość a miejsce zamieszkania kobiet

Oceniane parametry	Duże miasto			Małe miasto			Wieś, osada			Istotność p
	S	Me	SD	S	Me	SD	S	Me	SD	
Ogólny stan zdrowia	3.03	3	0.62	2.67	3	0.75	3.05	3	0.85	NS
Życie codzienne	3.14	3	0.74	2.87	3	0.99	3.00	3	0.80	NS
Prace domowe	2.61	3	0.94	2.37	2	1.01	2.50	2.5	1.06	$<0.05$
Codziennie czynności poza domem	2.61	3	1.19	2.63	3	1.11	2.51	3	1.07	NS
Aktywność fizyczna	2.82	3	1.2	2.56	3	1.18	2.32	2	1.24	$<0.05$
Podróżowanie	2.59	3	1.17	2.54	3	1.12	2.43	2	1.08	$<0.05$
Kontakty z ludźmi	1.96	2	1.10	2.04	2	1.04	1.90	2	1.04	NS
Spotykanie się z przyjaciółmi	1.74	2	1.11	1.76	2	1.05	1.85	2	1.04	NS
Związek z partnerem	1.72	2	1.42	1.47	1	1.16	1.85	1	1.3	$<0.05$
Życie płciowe	1.57	2	1.15	1.52	1	1.23	1.41	1	1.26	$<0.05$
Życie rodzinne	1.80	2	1.17	1.70	2	0.99	1.85	2	1.13	NS
Przygnębienie	2.50	2	1.05	2.29	2	0.89	2.32	2	0.98	NS
Zaniepokojenie/zdenerwowanie	2.77	3	0.99	2.46	2	1.02	2.50	2	0.95	$<0.05$
Złe zdanie o sobie	2.13	2	1.00	1.80	2	0.77	1.82	2	0.84	NS
Wpływ na sen	2.29	2	1.01	2.14	2	0.88	2.27	2	0.84	NS
Zmęczenie wyczerpanie	2.42	2	0.83	2.04	2	0.74	2.21	2	0.88	NS
Noszenie wkładek higienicznych	2.76	3	1.10	2.27	2	1.16	2.35	2	1.19	$<0.05$
Ograniczanie spożywanych płynów	2.55	3	1.02	2.09	2	0.57	1.95	2	0.89	$<0.05$
Częsta zmiana mokrej bielizny	2.50	2	0.80	2.06	2	1.03	2.15	2	0.92	NS
Zmartwienie z powodu nieprzyjemnego zapachu	2.71	3	1.02	2.26	2	1.07	2.24	2	1.02	$<0.05$

S – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe;  $<0.05$  – różnica statystycznie istotna; NS – różnica statystycznie nieistotna.

Statystyczna analiza danych pokazała istotny ( $<0.05$ ) związek między miejscem zamieszkania a wykonywaniem prac domowych, aktywnością fizyczną, podróżowaniem, relacjami z partnerem, życiem płciowym, występowaniem zaniepokojenia/zdenerwowania, koniecznością noszenia wkładek higienicznych ograniczania ilości spożywanych płynów i zmartwieniem z powodu nieprzyjemnego zapachu.

Pozostałe badane cechy okazały się w tej kwestii bez znaczenia ( $p>0.05$ ).

## DYSKUSJA

Nietrzymanie moczu, ze względu na specyficzne objawy kliniczne oraz występowanie w różnych grupach wiekowych, stanowi poważny problem medyczny, psychiczny, społeczny oraz ekonomiczny [1, 3, 4]. Według danych statystycznych Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego około 25% kobiet w wieku 30–49 lat ma trudności z utrzymaniem moczu, szczególnie podczas wysiłku [9]. Analiza wyników badań Arnfinna i wsp. wykazała, że w grupie kobiet z nietrzymaniem moczu, pacjentki w wieku od 20 do 29 lat stanowiły 4,4%, a w wieku od 30. do 39. roku życia 12,0%. [10]. W prezentowanych badaniach natomiast 12,7% kobiet z nietrzymaniem moczu miało 40 lat lub mniej (mediana – 33). Rzeczywiste rozpowszechnienie choroby może być jeszcze większe, ponieważ wiele kobiet ukrywa objawy nawet przed najbliższymi osobami, traktując je jako problem „wstydlivy” [11, 12, 13, 14]. W analizowanym materiale znaczny odsetek badanych przyznał się, iż nie rozmawia z mężem na temat problemów z trzymaniem moczu (16,4%) lub wręcz ukrywa je przed nim 28 (13,2%). Zgłaszalność kobiet do ginekologa, z chwilą wystąpienia objawów nietrzymania moczu, trzeba określić jako zdecydowanie niską. Według badań prowadzonych w Szwecji przez Simeonova i wsp., tylko 6% kobiet cierpiących na tę chorobę poszukiwało pomocy medycznej [15]. Inne nie czyniły tego z powodu wstydu lub braku informacji o możliwościach leczenia. Nawet wśród kobiet, które uzmysłowiły sobie istnienie problemu, jedynie co druga zaraz zasięgała porady lekarza, a 30% zwlekało z tym nawet pięć lat [15, 16, 17]. Wśród badanych kobiet było jeszcze inaczej – co piąta (41; 19,1%) zgłosiła się po pomoc do lekarza w ciągu pierwszego roku występowania objawów nietrzymania moczu i prawie tyle samo (36; 16,7%) dopiero po 10 latach. Warto przy tym dodać, że większość badanych kobiet deklaruwała, iż objawy nietrzymania moczu wpływają na duży (33,8%) lub bardzo duży stopniu (37,1%) na ich samopoczucie.

Znacznie obniżona samoocena, mała aktywność fizyczna, negatywna ocena własnego stanu zdrowia to cechy charakteryzujące kobiety z nietrzymaniem moczu [18, 19]. Badania wielu autorów wskazują, że choroba ta wpływa destrukcyjnie na stan emocjonalny kobiet, ich relacje z partnerem i otoczeniem, a niekiedy również pogarsza ich status społeczno-ekonomiczny [19, 20, 21, 22, 23]. Psychiczne konsekwencje objawiają się poczuciem wstydu, zakłopotania, zaburzeniami w samoocenie, labilnością emocjonalną oraz zaburzeniami lękowymi [9, 16, 21]. Z badań prowadzonych przez Bielickiego i wsp. wynika, że nietrzymanie moczu wpływa na jakość życia kobiet w zależności od stopnia nasilenia objawów. W grupie badanych kobiet, u których dolegliwości występowały sporadycznie, nietrzymanie moczu nie stanowiło dużego problemu. Natomiast, gdy objawy kliniczne nasilały się, stawało się to dla kobiet kłopotliwe i ograniczało w znacznym stopniu ich aktywność życiową [16]. Uzyskane dane z badań własnych wykazały istotny wpływ objawów nietrzymania moczu, nie tylko na ogólne samopoczucie, lecz także na pozostałe parametry określające jakość ich życia. Stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $p<0.05$ ) pomiędzy odczuciami związanymi z mimowolnym wpływem moczu a wiekiem badanych kobiet. Zależność ta dotyczyła ogólnej oceny stanu zdrowia, wykonywania prac domowych, codziennych czynności poza domem, aktywności fizycznej, podróżowania, kontaktów z ludźmi, jak i kontaktów towarzyskich z przyjaciółmi, relacji z partnerem, życia płciowego,



zaburzeń snu, samooceny. Warto także zauważyć, iż żadna z respondentek nie twierdziła, że choroba nie ma wpływu na jakość jej życia.

Wstyd, bezradność, obniżenie poczucia własnej godności oraz poczucie niepełnej wartości społecznej czy poczucie złego stanu zdrowia – to odczucia, które często towarzyszą osobom dotkniętym nietrzymaniem moczu. Dlatego często pogorszeniu ulega ich jakość życia, zarówno osobistego, jak i zawodowego. Wiele osób ogranicza wychodzenie z domu, rezygnuje z pracy i kontaktów towarzyskich, co w skrajnych przypadkach prowadzi do zupełnej izolacji społecznej, a nawet pojawienia się depresji [12, 15, 18, 24]. Dla wielu kobiet wypływanie moczu jest barierą psychologiczną do podejmowania jakiegokolwiek aktywności fizycznej [3, 11]. Kobiety rezygnują z uprawiania sportu lub ograniczają aktywność fizyczną do ćwiczeń w domu, z obawy przed przykrymi okolicznościami w miejscach publicznych, takimi jak przemoczenie bielizny czy nieprzyjemny zapach [3,11]. Dla badanych kobiet noszenie wkładek higienicznych, jak i niepokój z powodu nieprzyjemnego zapachu, był dużym problemem niezależnie od ich wieku (tabela 3).

Nietrzymanie moczu niejednokrotnie jest przyczyną zaburzeń seksualnych, a w rezultacie zaniechania życia płciowego [18, 22, 24, 25]. Według badań Yip i współautorów, niezadowolone kobiet z życia płciowego jest skorelowane z ich samopoczuciem i oceną ogólnego stanu zdrowia [25]. Wypływanie moczu podczas stosunku i konieczność noszenia wkładek to główne przyczyny unikania kontaktów seksualnych z partnerem [18, 25]. W odniesieniu do zmian z powodu nietrzymania moczu w kontaktach intymnych, większość respondentek twierdziła, że choroba nieznacznie/trochę (mediana – 2) wpływa na ich kontakty z partnerem, czyli życie seksualne. Jakkolwiek Lew-Starowicz podaje, że zaburzenia seksualne dotyczą 6–9% kobiet leczących się z powodu schorzeń urologicznych, a problemy urologiczne są przyczyną zaburzeń seksualnych u około 5% kobiet szukających pomocy u seksuologów [26].

Aspekt społeczny nietrzymania moczu związany jest przede wszystkim z koniecznością zmiany stylu życia, ograniczeniem codziennych czynności (podróży, zakupów), koniecznością stałego zabezpieczania się w celu utrzymania higieny (pieluchy), dyskomfortem fizycznym i psychicznym, trudnościami w stosunkach ze znajomymi, zmianą aktywności zawodowej [4, 15, 20, 24]. Z prowadzonych badań wynika, że wiek badanych kobiet, jak i ich miejsce zamieszkania miało wpływ na konsekwencje społeczne nietrzymania moczu. Statystyczna analiza danych pokazała istotny (<0.05) związek między miejscem zamieszkania oraz wiekiem badanych a utrudnieniami spowodowanymi nietrzymaniem moczu w wykonywaniu prac domowych, uprawianiu sportu, podróżowaniu, relacjami z partnerem. Natomiast wiek badanych miał wpływ na intensywność kontaktów towarzyskich z przyjaciółmi. Podobnych zależności oceniających wpływ czynników demograficznych na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu można doszukać się w badaniach Papanicolau i wsp. [20].

Nietrzymanie moczu ciągle pozostaje chorobą skrywaną, a jednocześnie bardzo uciążliwą. Pacjentki nawet podczas wizyty u ginekologa wstydzą się przyznawać do swoich problemów, niekiedy też nie wiedzą, że zastosowanie właściwej terapii może doprowadzić do wyraźnego zmniejszenia nasilenia objawów i uzyskanie znacznej poprawy jakości ich życia [1, 4, 17].

## WNIOSKI

1. Nietrzymanie moczu ma negatywny wpływ na kondycję psychiczną kobiet, wywołuje zaniepokojenie, zdenerwowanie, lęk oraz prowadzi do obniżonej samooceny i poczucia gorszego ogólnego stanu zdrowia.
2. Społeczne konsekwencje nietrzymania moczu przejawiają się ograniczaniem kontaktów towarzyskich i aktywności fizycznej, pojawianiem się trudności w wykonywaniu codziennych czynności, swobodnym podróżowaniu oraz pogarszaniem się relacji z partnerem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Minassian V, Drutz H, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Obstet Gynecol.* 2002; 82: 327–338.
2. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(6): 1278–1283.
3. Brown WJ, Miller YD. Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *J Sci Med Sport.* 2001; 4(4): 373–378.
4. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HL. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2008; 277: 285–290.
5. Tubaro A. Defining overactive bladder: epidemiology and burden of disease. *Urology.* 2004; 64: 2–6.
6. Bidzan I. Jakość życia kobiet z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008.
7. Gaudenz R. Der Inkontinenz-Fragebogen mit dem neuen Urge-Score und Stress-Score. *Geburtshilfe-Frauenheilk.* 1979; 39: 784–792.
8. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 1374–1379.
9. Donovan J, Bosch R, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, Naughton M. Symptom and quality of life assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, (editors). *Incontinence.* 2nd ed. Plymouth: Health Publication; 2002. p. 267–316.
10. Arnfinn A, Bjarne CE, Steinar H. A study of female urinary incontinence in general practice. *Scand J Urol Nephrol.* 1996; 30: 465–471.
11. Nygaard I, Girts T, Fultz NH, Kinchen K, Pohl G, Sternfeld B. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstet Gynecol.* 2005; 106 (2): 307–314.
12. Perry S, McGrother CW, Turner K. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol.* 2006; 11: 463–482.
13. Stach-Lempinen B, Hakala A, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn.* 2003; 22: 563–568.
14. Bidmead J, Cardozo L, McLellan A, Khullar V, Kelleher C. A comparison of the objective and subjective outcomes of colposuspension for stress incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol.* 2001; 108: 408–413.
15. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff A-M, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78: 546–551.
16. Bielicki K, Cisło M, Kaim K, Szpyrko A, Świdrak W. Ocena nietrzymania moczu u kobiet na podstawie badania ginekologicznego i opracowanej ankiety. Materiały Jubileuszowego Sympozjum 50-lecia I Katedry i Kliniki Położnictwa i I Katedry i Kliniki Ginekologii 1946–1996; Wrocław; 1996: 299–302.
17. Sue R, Magali R, Doug L, Misha E, Philip J. Surgical management of stress urinary incontinence in women: safety, effectiveness and cost-utility of trans-obturator tape (TOT) versus tension-free vaginal tape (TVT) five years after a randomized surgical trial. *BMC Womens Health.* 2011; 11: 34.
18. Nilsson M, Lalos A, Lalos O. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol Urodyn.* 2009; 28: 976–981.
19. Kim JC, Chung BS, Choi JB, Lee JY, Lee KS, Park WH, et al. A safety and quality of life analysis of intravaginal slingplasty in female stress incontinence: a prospective, open label, multicenter, and observational study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 1331–1335.

20. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain, and the UK. *BJU Int.* 2005; 96: 831–838.
21. Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol.* 2005; 106: 585–592.
22. Oh SJ, Ku J, Choo MS, Yun J, Kim D, Park WH. Health-related quality of life and sexual function in women with stress urinary incontinence and overactive bladder. *Int J Urol.* 2008; 15: 62–67.
23. Kinchen KS, Long S, Orsini L, Crown W, Swindle R. A retrospective claims analysis of the direct costs of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14(6): 403–411.
24. España Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19: 621–625.
25. Yip SK, Chan A, Pang S, Leung P, Tang C, Shek D, et al. The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 1244–1248.
26. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne u kobiet z problemami urologicznymi. *Nowa Med.* 2000; 5: 18–20.

## Psycho-social consequences of incontinence

### Abstract

**Introduction.** Incontinence, due to the character of symptoms and their frequency, poses a serious medical and social problem for one third of the female population affected.

**Objective.** The purpose of study was to present the psycho-social consequences of incontinence among females.

**Material and methods.** A survey was conducted in a group of 213 females with the symptoms of incontinence during the period of five months in 2012. The respondents were treated at the Urodynamic Outpatient Clinic NZOZ CenterMed, Lublin. The survey was conducted using a 3-part questionnaire constructed by the author, Gaudenz's and King's Health. The investigated parameters were statistically compared.

**Results.** The respondents were 19 – 87-years-old, more than half of whom, i.e. 109 women (51.2%), were aged 41–60 years. The results revealed that a considerable part of them did not discuss the problem with their partners – 35 women (16.4%), or the husband was unaware of the problem – 28 women (13.2%). According to more than a half of the respondents, incontinence had a great (72; 33.8%) or very great (79; 37.1%) effect on their wellbeing. Statistical analysis found a significant ( $p < 0.05$ ) correlation between the place of residence and respondents' age and household activity, physical activity, traveling, relationship with their partners, and sexual life. Moreover, age affected the general evaluation of state of health, social contact, sleep pattern and self-esteem.

### Conclusions:

1. Incontinence considerably affected the psychological condition of the women in the survey, and produced negative emotions manifested as anxiety, nervousness, fear, and led to lowered self-esteem and sense of worse general wellbeing.
2. The social consequences of incontinence result in limited social contacts, reduced physical activity, difficulties in everyday activities, no possibility of unlimited traveling and worsened relationships with partners.

### Key words

incontinence, psychological condition, social aspect, quality of life of women