

Czynniki najbardziej wpływające na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu

Factors most significantly affecting quality of life in women with urinary incontinence

EDYTA BARNAŚ^{1/}, EWA BARAŃSKA^{2/}, BOGUSŁAW GAWLIK^{3/}, BARBARA ZYCH^{1/}

^{1/} Katedra Położnictwa, Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

^{2/} Absolwentka Kierunku Położnictwo, Uniwersytet Rzeszowski

^{3/} Oddział Ginekologii i Położnictwa, Szpital Powiatowy ZOZ Dębica

Wprowadzenie. Nietrzymanie moczu jest uznane za chorobę cywilizacyjną. Skutki choroby mają wpływ na różne sfery funkcjonowania chorego obniżając tym samym jakość jego życia.

Cel. Identyfikacja czynników najbardziej wpływających na jakości życia kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu.

Materiały i metody. Badaniu poddano 110 kobiet z Podkarpacia, leczonych z powodu nietrzymania moczu. Czas realizacji badania: marzec-maj 2011 r. Metodą zastosowaną w pracy była autorska ankieta oraz standaryzowany kwestionariusz Incontinence Impact Questionnaire (IIQ).

Wyniki. Badane, to kobiety w wieku 40-78 lat, z nadwagą lub otyłością, mieszkanki miasta, pracujące i posiadające średnio 2 dzieci. Średni czasem trwania choroby wyniósł 6,8 lat. Dla połowy badanych: w najmłodszej i najstarszej grupie wiekowej najbardziej uporczywym objawem było gubienie moczu podczas śmiech, kaszlu i kichania. W badanej grupie wraz z wiekiem wzrastała częstotliwość oddawania moczu w ciągu doby. Badane z wykształceniem wyższym i średnim częściej korzystały regularnie z porad specjalisty, także tę grupę cechowała aktywna postawa wobec choroby. Nie wykazano istotnego wpływu choroby na jakość życia ankietowanych. Najniższą ilość punktów badane uzyskały w obszarze relacji społecznych (21,73 pkt.), najwyższą w obszarze podróżowanie (28,48 pkt.).

Wnioski. Wśród czynników, które determinują jakość życia chorych z nietrzymaniem moczu wyróżnić można czynniki osobnicze oraz czas trwania choroby. Mimo odczuwanych dolegliwości badane dość dobrze funkcjonują w różnych obszarach życia, co niewątpliwie przekłada się na postrzeganą jakość życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, nietrzymanie moczu, kobiety

Introduction. Urinary incontinence is considered a civilization disease. The effects of the disease affect different areas of the patient's quality of life, decreasing it.

Aim. The identification of the factors most significantly affecting the quality of life in women treated for urinary incontinence.

Material & Method. The material consisted of 110 women from Podkarpacie treated for urinary incontinence. The duration of study: March-May 2011. The method used in this study was an author's survey and the standardized Incontinence Impact Questionnaire (IIQ).

Results. The study comprised women aged 40-78 years who were overweight or obese, residents of the city, working and having an average of 2 children. The mean disease duration was 6.8 years. For half of the respondents: the youngest and oldest age group reported the most persistent symptom as losing urine when laughing, coughing and sneezing. The group reported frequency of urination during the day increasing with age. The respondents with higher and secondary education often used specialist advice on a regular basis, as this group had an active attitude towards the disease. No significant effect of the disease on the respondents' quality of life was revealed. The respondents obtained the lowest number of points in social relations (21.73 pts.), the highest in the area of travel (28.48 pts.).

Conclusion. Among the factors that determine the quality of life in patients with urinary incontinence, the host factors and the duration of the disease can be identified. Despite the problems the respondents do fairly well in various fields of life, which reflects in the perceived quality of life.

Key words: quality of life, urinary incontinence, women

© Hygeia Public Health 2015, 50(4): 643-648

www.h-ph.pl

Nadesłano: 17.07.2015

Zakwalifikowano do druku: 15.11.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. Edyta Barnaś
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział
Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
ul. Pigonia 6, 35-310 Rzeszów
tel. +48 17 8721199, e-mail: ebarnas@interia.eu

Wprowadzenie

Zgodnie z obowiązującą terminologią *International Continence Society* (ICS) nietrzymanie moczu (NTM) definiuje się jako niekontrolowany wyciek moczu, przy czym nie ma znaczenia fakt, czy objaw

ten powoduje dalsze konsekwencje o charakterze higienicznym, socjalno-społecznym czy zdrowotnym [1, 2]. Niezależnie od stopnia nasilenia dolegliwości związanych z NTM schorzenie to jest zawsze negatywnie odbierane przez pacjentów. Według danych epide-

miologicznych schorzenie to dotyczy 10% populacji, 2-krotnie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Szacuje się, że 20% kobiet na świecie po 40. r.ż. jest dotkniętych tym schorzeniem [3]. Polskie dane mówią o populacji od 30 do 60% w średnim i starszym wieku [4-6]. Ze względu na powszechność występowania w społeczeństwie (>5%), uważane jest za chorobę społeczną i stawiane jest obok takich schorzeń, jak choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, alkoholizm, otyłość czy POCHP [7]. Nietrzymanie moczu jest jednym z najczęstszych schorzeń u kobiet w Polsce – dotyczy 4-6 mln kobiet, z czego ok. 63% ma rozpoznaną postać wysiłkowego NTM, 19-25% naglącego NTM, a 12-19% chorych postać mieszaną NTM [8]. Ze względu na duże rozpowszechnienie i różnego rodzaju objawy NTM jest klasyfikowane jako schorzenie mające bardzo negatywny wpływ na kondycję psychofizyczną kobiet.

Cel

Identyfikacja czynników najbardziej wpływających na jakości życia kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu.

Materiały i metody

Badaniu poddano 110 kobiet z Podkarpacia, leczonych w Poradni Ginekologicznej w Rzeszowie z powodu NTM. Badane zostały włączone do badania w oparciu o probabilistyczny dobór próby, stanowiąc grupę reprezentatywną chorych z tym schorzeniem (rozmiar frakcji 0,15, maksymalny margines błędu do 0,05). Kryteriami włączenia do badań były: przynajmniej rok leczenia z powodu NTM, pacjentki pełnoletnie, osoby komunikatywne, w kontakcie logiczno-słownym, dobrowolna zgoda na udział w badaniu. Kryteria wyłączenia z badań: pacjentki z NTM leczone poniżej roku trwania choroby, pacjentki niepełnoletnie, brak kontaktu logiczno-słownego z chorą, brak zgody na udział w badaniu. Średni czas trwania choroby od momentu diagnozy wyniósł 6,8 lat. Badane były poinformowane o celowości i anonimowości badania. Materiał zebrano w okresie marzec-maj 2011 r.

Metodą zastosowaną w pracy była autorska ankieta zawierająca 20 pytań oraz standaryzowany kwestionariusz *Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ) będący specyficznym narzędziem do oceny jakości życia kobiet z NTM. Na wykorzystanie powyższego narzędzia w polskiej zwalidowanej wersji językowej otrzymano zgodę autorską od instytucji zarządzającej *Women's Health Center of Excellence for Research* [9, 10]. Zgodnie z wytycznymi zawartymi w uzyskanej licencji zaimplikowano narzędzie badawcze. Kwestionariusz IIQ zawierał 30 pytań, które klasyfikują objawy NTM i oceniają ich wpływ na 4 obszary życia kobiety: aktywność fizyczną, podró-

zowanie, relacje społeczne oraz zdrowie emocjonalne. Każde pytanie oceniane było w skali od 0 do 3, gdzie 0 – oznacza wcale nie, 1 – trochę, 2 – umiarkowanie, 3 – znacznie. Zakres możliwej do uzyskania punktacji wynosił od 0 do 400. Wyższy wynik oznaczał gorsze funkcjonowanie w wyznaczonych obszarach. Zgodnie z wytycznymi zawartymi w licencji/punkt: zasady opracowywania wyników, zebrane dane poddano analizie statystycznej wykorzystując program Microsoft Excel z Pakietu Microsoft Office 2010. W opracowaniu wyników posłużono się nieparametrycznymi testami: χ^2 oraz współczynnikiem korelacji Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p=0,05$.

Wyniki

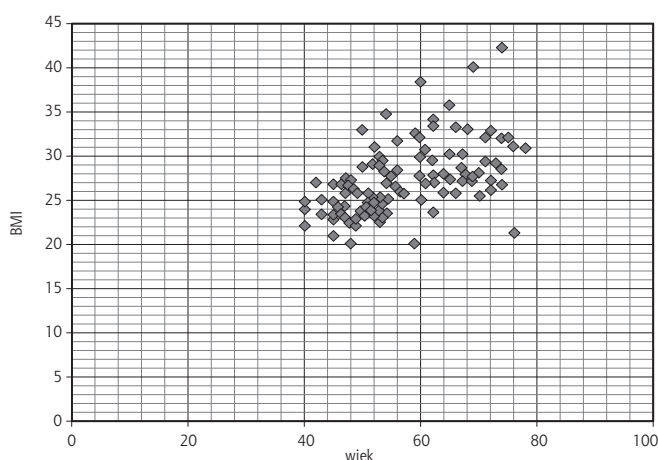
Najliczebniejszą grupą były badane w wieku 51-60 lat – 36 kobiet. Najmniej liczebną grupą były badane w wieku powyżej 70 lat – 14 kobiet. Po 30 kobiet było w wieku poniżej 50 lat i 61-70 lat.; najmłodsza liczyła 40 lat, a najstarsza 78. W zdecydowanej większości badane to osoby zamężne (59 kobiet), co piąta owdowiała (24 kobiety), 16 było rozwódkami, a 11 pannami. Wykształcenie średnie posiadało 51 kobiet, wyższe 30, 18 zawodowe i 11 podstawowe. Prawie połowa ankietowanych mieszkała na wsi (52 kobiety); zbliżone liczby zamieszkały w mieście: 32 w mieście poniżej 100 tys. mieszkańców i 28 powyżej 100 tys. mieszkańców. Połowa badanych oceniła swoje warunki ekonomiczne jako dobre. Dla 63 badanych głównym źródłem utrzymania była praca zarobkowa, dla pozostałych emerytura lub renta. Spośród badanych 102 respondentki były w przeszłości cięży, 44 badane były w ciąży 2-krotnie, 22 badane 3 razy. Fakt 4 ciąży i więcej zadeklarowały 4 respondentki. Najczęstszą drogą ukończenia ciąży był poród siłami natury (93), zaś średnia waga urodzeniowa dziecka mieściła się w przedziale 3001-4000 g (63 przypadki). Aktualnie nie miesiączkuje już 69 ankietowanych. Wśród badanych tylko 32 osoby miały właściwy wskaźnik BMI. Zdecydowanie w grupie przeważa nadwaga (55 badanych) i otyłość (23 badane).

Korelacja liniowa Pearsona wykazała, iż wraz z wiekiem wzrastało BMI badanych ($r=0,501$; $p=0,05$) – rycina 1.

Wśród badanych wykazano różnice w hierarchizacji dokuczliwych objawów związanych z wieloletnim występowaniem choroby. Wykazano zależności pomiędzy wiekiem badanych, a rodzajem najbardziej uporczywego objawu – dla połowy badanych w najmłodszej i najstarszej grupie wiekowej było gubienie moczu podczas śmiechu, kaszlu i kichania ($p=0,003$). Z kolei badane w wieku 51-60 lat za najdokuczliwszy uznały objaw gubienia moczu podczas wysiłku (52,78%). Konieczność oddawania moczu w ciągu nocy okazała się nie być tak istotnym problemem dla

ogółu badanych. Z kolei dokładna analiza częstości oddawanego moczu w ciągu doby wskazuje na wyraźne różnice w grupach wiekowych: od 5-7 razy na dobę oddawały mocz najmłodsze badane, 8 razy i więcej ciągu dnia z toalety korzystało 57% ankietowanych z przedziału wiekowego 61-70 lat. Największy odsetek respondentek oddających mocz tak często, że nie są w stanie tego zliczyć zadeklarowały kobiety powyżej 70 r.ż. Wraz z wiekiem częstotliwość oddawania moczu w ciągu doby wzrastała ($p=0,007$) (tab. I).

Pomimo, iż średni czas trwania choroby wyniósł 6,8 lat, to jednak emocje, jakie towarzyszą badanym w związku z ich problemem zdrowotnym są dość zróżnicowane i zależą od wykształcenia badanych



Ryc. 1. Korelacja pomiędzy wiekiem badanych a BMI

Fig. 1. Correlation between age and BMI

Tabela I. Wybrane zależności pomiędzy zmiennymi w badanej grupie (n=110)
Table I. Selected correlations between variables in study group (n=100)

		Wiek [lata] /Age [years]				p
		<50 n=30	51-60 n=36	61-70 n=30	>70 n=14	
dokuczliwy objaw /nagging symptom	gubienie moczu podczas śmiechu, kaszlu, kichania /losing urine when laughing, coughing, sneezing	15	16	8	7	0,03
	gubienie moczu podczas wysiłku /losing urine during exercise	14	19	13	5	
	oddawanie moczu nocą /urination at night			6	1	
	inne /other	1	1	3	1	
częstotliwość oddawania moczu w ciągu doby /frequency of urination during the day	do 4 razy /to 4 times	2	6	0	1	0,007
	5-7 razy /5-7 times	22	19	11	6	
	>8 razy />8 times	6	11	19	7	
		Wykształcenie /Education				p
		wyższe /higher n=30	średnie /secondary n=51	zawodowe /vocational n=18	podstawowe /primary n=11	
emocje towarzyszące chorobie /emotions accompanying the disease	walczyć z chorobą /I fight the disease	12	10	2	1	0,001
	nie martwię się chorobą /I'm not worried about the disease	1	12	4	1	
	obawiam się przyszłości /I am afraid of the future	7	19	5	6	
	stały lęk, strach /constant anxiety, fear	10	10	7	3	
regularność wizyt u specjalisty /regularity of specialist visits	tak /yes	26	44	11	4	0,0007
	nie /no	4	7	7	7	

($p=0,001$). Kobiety z wykształceniem wyższym najczęściej wykazują postawę aktywną wobec choroby chcąc zrobić wszystko, aby zwalczyć problem (40%). Z kolei wśród badanych ze średnim i podstawowym wykształceniem dominuje obawa o swoją przyszłość ($p=0,001$). Na fakt akceptacji choroby może mieć wpływ korzystanie ze stałej opieki lekarskiej. Zdecydowana większość badanych korzysta z porad lekarza ginekologa; najczęściej były to osoby z wykształceniem wyższym i średnim. Najgorzej w tym aspekcie sytuacja przedstawiała się w grupie chorych z wykształceniem podstawowym: 1/3 badanych korzystała z wizyt nieregularnie ($p=0,0007$) (tab. I).

Szczegółowa analiza wyników uzyskanych z badań kwestionariuszem IIQ nie wykazała istotnego wpływu choroby na jakość życia ankietowanych ($p=0,09$). Średnia ilość uzyskanych punktów wyniosła 103 na możliwych 400. Analizując poszczególne obszary funkcjonowania codziennego badane uzyskały średnie wartości miar. Najniższy (21,73 pkt.) był w obszarze relacji społecznych, najwyższy (28,48%) w obszarze podróżowanie (tab. II).

Tabela II. Jakość życia mierzona kwestionariuszem IIQ
Table II. Quality of life measured by IIQ questionnaire

Obszary /areas	X_{sr}	Me	Min	Max	p
aktywność fizyczna /physical activity	25,9	26	18	80	0,09
podróżowanie /travelling	28,4	28	22	90	
relacje społeczne /social relations	21,7	22	11	80	
zdrowie emocjonalne /emotional health	26,5	26	19	90	

Dyskusja

Zaprezentowane autorskie badanie po raz pierwszy pokazuje zastosowanie skali IIQ do oceny jakości życia chorych z NTM w warunkach polskich.

W niniejszych badaniach uczestniczyły w większości kobiety w wieku 51-60 lat, mężatki, ze średnim wykształceniem, mieszkanki miasta, aktywne zawodowo. Podobną grupę badanych z NTM analizowała Prażmowska i wsp. Z ich badań wynikało, że najniższe wyniki uzyskały badane w zakresie: aktywności fizycznej, stanu emocjonalnego, codziennej pracy, aktywności społecznej, odczuwanego bólu, zmian w stanie zdrowia, ogólnej oceny stanu zdrowia, wsparcia społecznego, oraz jakości życia [11]. Z kolei Dutkiewicz i wsp., wykazali brak związku pomiędzy wykształceniem i rodzajem wykonywanej pracy a NTM; jedynie liczba porodów powyżej 4 oraz przebyte operacje na jamie brzusznej były istotnymi czynnikami ryzyka w badanej przez nich populacji. Ponadto wykazali, że wraz z wiekiem wzrastała ilość oddawanego moczu w ciągu doby; ponad połowa badanych musiała raz w nocy oddawać mocz [12]. W badaniu własnym konieczność oddawania moczu w nocy nie była istotnym problemem dla ogółu badanych. Jednak wykazano, że wraz z wiekiem częstotliwość oddawania moczu w ciągu doby u kobiet z NTM wzrastała. Podobne wnioski wysunęli Stothers i wsp. Ich zdaniem wiek był najistotniejszym czynnikiem wpływającym na występowanie problemów związanych z oddawaniem moczu. Ponadto za istotny czynnik ryzyka uważali otyłość. Sam fakt zmniejszenia masy ciała może znacząco przyczynić się do łagodzenia objawów, szczególnie wysiłkowego NTM [13]. W badaniu własnym 71% badanych miało nieprawidłowe BMI, głównie nadwagę i otyłość. Ponadto wraz z wiekiem wzrastało BMI badanych. Według Hannestad'a u otyłych NTM występuje 4-5 razy częściej niż u kobiet z prawidłową masą ciała [14]. Wskaźnik otyłości BMI powyżej 30 jest uważany jako czynnik ryzyka (OR między 1,7-2,4) [15]. Wkład otyłości w rozwój NTM nie został w pełni poznany, jednak wykazano, iż zmniejszenie masy ciała często powoduje złagodzenie objawów i poprawia jakość życia chorych [16]. Wykazany w badaniu własnym trend wzrostu częstości NTM wraz z wiekiem i BMI, wykazali również Bukala i wsp.; w ich badaniach ten problem dotyczył 70% kobiet, które rodziły w przeszłości i 75% po menopauzie. Chorobę rozpoznano u 66% pracujących fizycznie oraz 55% pracujących umysłowo [17]. W badanej grupie przeważała niska rodność, najczęstszą drogą ukończenia ciąży był poród siłami natury (81%), przy średniej wadze urodzeniowej dziecka w granicach 3001-4000 g. Iwanowicz-Palus i wsp. wykazali związek pomiędzy chorobą a wcześniejszymi operacjami na jamie brzusznej, rodzinnym wywiadem NTM i ilością porodów >3. Natomiast

autorzy ci nie wykazali związku pomiędzy chorobami, takimi jak cukrzyca, astma, palenie tytoniu a NTM. Prawie połowa badanych z NTM miała prawidłowe BMI [18]. Także Chmaj-Wierzchowska i wsp. analizując dane pochodzące od 260 kobiet wykazali, że wiek pacjentów, wskaźnik masy ciała BMI, procedury chirurgiczne usunięcia macicy po laparotomii, wywierają największy wpływ na występowanie NTM przed i po menopauzie u kobiet [19].

Badane w zdecydowanej większości, to kobiety w okresie pomenopauzalnym; wiek ten wiąże się z 2-krotnie częstszym występowaniem NTM. Jest to wynikiem m.in. częstszych infekcji układu moczowo-płciowego, zmniejszeniem poziomu estrogenów w organizmie, osłabieniem ścian pęcherza moczowego. Stadnicka i wsp. wykazali istotny (<0,05) związek między miejscem zamieszkania oraz wiekiem kobiet z NTM a wykonywaniem prac domowych, aktywnością fizyczną, podróżowaniem, czy relacjami z partnerem. Wiek miał wpływ na ogólną ocenę stanu zdrowia, kontakty towarzyskie z przyjaciółmi, sen oraz samoocenę. Z kolei NTM miało negatywny wpływ na kondycję psychiczną kobiet, co objawiało się zaniepokojeniem, zdenerwowaniem i prowadziło do obniżonej samooceny i poczucia gorszego ogólnego stanu zdrowia. Nie pozostawało to bez wpływu na społeczne aspekty – chore ograniczały kontakty towarzyskie i aktywność fizyczną, pogorszeniu uległy także relacje z partnerem [20]. Podobne wyniki uzyskał Dutkiewicz i wsp. w grupie kobiet z wysiłkowym NTM: badane gorzej funkcjonowały w życiu codziennym, były zmuszone przez chorobę do zmiany dotychczasowych nawyków, w kontaktach społecznych dominowała postawa unikania kontaktów z ludźmi [12]. Liczni autorzy wskazują, że choroba wpływa destrukcyjnie na stan emocjonalny kobiet, ich relacje z partnerem i otoczeniem, a niekiedy również pogarsza ich status społeczno-ekonomiczny [21]. Z kolei Kamińska i wsp., badając grupę kobiet z NTM, leczonych w Poradni Urologicznej, zauważają iż ogólny stan zdrowia i samopoczucie były w większości (80%) ocenione jako dobre. Dużą przeszkodą dla badanych były ograniczenia w wykonywaniu wysiłku fizycznego – tylko 45% z nich mogło wykonywać go na poziomie średnim; podobny odsetek badanych miało obniżony nastrój w ostatnim miesiącu. Dla zdecydowanej większości jednak choroba nie stanowiła utrudnienia w kontaktach społecznych [22]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu własnym, gdzie za pomocą kwestionariusza IIQ wykazano brak istotnego wpływu choroby na jakość życia ankietowanych ($p=0,09$). W poszczególnych obszarach funkcjonowania codziennego badane uzyskały średnie wartości miar. Najniższy był w obszarze relacji społecznych (21,73 pkt.), najwyższy w obszarze podróżowanie (28,48

pkt.). Nieco odmiennie wyniki prezentowała Szymona-Pałkowska i wsp. Wskazali oni, iż najsilniejszymi predyktorami wpływającymi na poziom jakości życia u kobiet z NM są: percepcja choroby jako krzywdy i wyzwania (związek odwrotny) oraz unikowy styl radzenia sobie ze stresem poprzez poszukiwanie towarzystwa (zależność dodatnia) [23]. O negatywnych emocjach towarzyszących chorobie pisali m.in. Ogórek-Tęcza, wskazując iż najczęściej chore manifestują wstyd, złość i przygnębienie. Zaburzenia depresyjne o nasileniu łagodnym bądź umiarkowanym obserwowali u 64% badanych. Częstość tych zmian wzrastała wraz z wiekiem i czasem trwania choroby [24]. W badaniu własnym mimo, iż średni czas trwania choroby wyniósł 6,8 lat, to jednak nastawienie, emocje i postawa wobec choroby zależały tylko od wykształcenia badanych ($p=0,001$). Kobiety z wykształceniem wyższym najczęściej wykazywały postawę aktywną wobec choroby, chcąc zrobić wszystko, aby zwalczyć problem (40%). Natomiast badane ze średnim i podstawowym wykształceniem cechowała obawa o swoją przyszłość ($p=0,001$). Badania Derewieckiego i wsp. przeprowadzone na grupie 156 kobiet po 40 r.ż., wskazują że NTM ma największy wpływ na sferę społeczną (36,84%) i towarzyską (23,68%). Ankietywane dotknięte problemem NTM, jako najczęstsze przyczyny niepodejmowania leczenia wskazywały wstyd przed ujawnieniem problemu (42,11%) oraz brak wiedzy na temat sposobów leczenia (28,95%) [25]. Na fakt akceptacji choroby wpływ ma regularność wizyt i korzystanie z porad specjalisty. Zdecydowana większość badanych korzysta z opieki lekarza ginekologa, najczęściej są to osoby z wykształceniem wyższym i średnim. Najgorzej w tym aspekcie sytuacja przedstawiała się w grupie chorych z podstawowym wykształceniem, gdzie 1/3 badanych korzystała z wizyt nieregularnie. Problem zgłaszalności kobiet do ginekologa w momencie ujawnienia się pierwszych symptomów NTM był przedmiotem badań Stadnickiej i wsp. Ich wyniki wskazują na niską zgłaszalność problemu – co piąta badana zgłosiła się po pomoc do lekarza w ciągu pierw-

szego roku występowania objawów NTM i prawie tyle samo dopiero po 10 latach. Są to o tyle ciekawe wyniki, że większość badanych kobiet deklarowała, iż objawy NTM w stopniu znaczącym lub bardzo dużym wpływają na ich samopoczucie [20]. Podobne dane prezentowała Iwanowicz-Palus i wsp. Wykazali oni, że co trzecia chora próbowała samodzielnie poradzić sobie z NTM przez 4-5 lat. Tylko kilka osób zgłosiło się do specjalisty zaraz po wystąpieniu objawów. Czas, który upłynął od wystąpienia objawów wysiłkowego NTM do momentu zgłoszenia do badania lekarskiego zależał od wieku badanych ($p<0,05$) [18]. Z kolei badania Miedziejko i wsp. przeprowadzone na grupie 48 aktywnych seksualnie pacjentek w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i NTM, po leczeniu uroginekologicznym, wskazują iż właściwie przeprowadzone leczenie i dalsza opieka ginekologiczna dają pacjentkom możliwość realizowania swych potrzeb seksualnych. Badane wyrażały chęć kontaktów seksualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych [26].

Wnioski

1. Czynniki istotnie wpływające na jakość życia chorych z nietrzymaniem moczu, to masa ciała, czas trwania choroby, rodzaj i charakter towarzyszących objawów.
2. Najbardziej dokuczliwą dolegliwością towarzyszącą chorobie było gubienie moczu podczas śmiechu, kaszlu i kichania; dotyczyło połowy badanych w najmłodszej i najstarszej grupie wiekowej.
3. Stopień adaptacji do choroby jest zależny od wykształcenia oraz regularności wizyt u specjalisty; najlepiej w tym aspekcie radzą sobie badane z wykształceniem wyższym, wykazując aktywną postawę wobec choroby.
4. Badane dość dobrze funkcjonują w życiu codziennym z chorobą, najgorzej jednak w obszarze relacji społecznych.

Piśmiennictwo / References

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002, 81: 1243-1245.
2. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005, 19: 895-911.
3. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008, 300(11): 1311-1316.
4. Dębiński P, Niezgodna T. Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia. *Prz Urol* 2014, 5(87): 42-48.
5. Klisowska I, Dąbek A, Zborowska I i wsp. Nietrzymanie moczu – zadanie dla fizjoterapeuty. Część I. *Pielęg Zdr Publ* 2011, 1(3): 285-288.
6. Fiodorenko-Dumas Ż, Paprocka-Borowicz M. Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(1): 12-16.
7. Adamczuk J, Krackowski JJ, Robak MJ, Żurawska vel Dziurawiec K. Czy nietrzymanie moczu to choroba cywilizacyjna? *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(3): 382-386.
8. Bidzan M. Medyczne aspekty nietrzymania moczu. [w:] *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Bidzan M (red). Impuls, Kraków 2008: 1-28.

9. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, et al. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res* 1994, 3: 291-306.
10. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, et al. Short form to Assess Life Quality and Symptom Distress for Urinary Incontinence in Women: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourol Urodyn* 1995, 14: 131-139.
11. Prażmowska B, Puto G, Gergont B. Wpływ nietrzymania moczu na satysfakcję z życia kobiet po 45 roku życia. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(4): 785-789.
12. Dutkiewicz S, Kapusta K. Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Kielcach. *Prz Menopauzalny* 2011, 6: 493-499.
13. Stothers L, Friedman B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep* 2011, 12(5): 363-369.
14. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003, 110(3): 247-254.
15. Bart S, Ciangura C, Thibault F, et al. Stress urinary incontinence and obesity. *Prog Urol* 2008, 18(8): 493-498.
16. Whitcomb EL, Horgan S, Donohue MC, Lukacz ES. Impact of surgically induced weight loss on pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2012, 23(8): 1111-1116.
17. Wróbel R, Kremska A, Kołodziej B, Barnaś E. Ocena częstości występowania objawów nietrzymania moczu w populacji kobiet po 40. roku życia. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013, 1: 40-49.
18. Iwanowicz-Palus GJ, Stadnicka G, Włoszczak-Szubzda A. Medical and psychosocial factors conditioning development of stress urinary incontinence (SUI). *Ann Agric Environ Med* 2013, 20(1): 135-139.
19. Chmaj-Wierzchowska K, Pięta B, Kotecka M, et al. Three most important etiological factors of occurrence of stress urinary incontinence in nulliparous pre-and postmenopausal Polish women. *Ann Agric Environ Med* 2012, 19(3): 581-585.
20. Stadnicka G, Janik M, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A. Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(2): 136-140.
21. Kim JC, Chung BS, Choi JB, et al. A safety and quality of life analysis of intravaginal sling plasty in female stress incontinence: a prospective, open label, multicenter, and observational study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007, 18: 1331-1335.
22. Kamińska A, Kurzeja A, Ogórek-Tęcza B. Jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu. *Pielęg XXI w* 2012, 4(41): 23-27.
23. Szymona-Pałkowska K, Steuden S, Guzewicz M, Kraczkowski J. Postawa wobec własnej choroby a jakość życia kobiet z zespołem nietrzymania moczu (NM). *Sztuka Leczenia* 2014, 1-2: 119-120.
24. Ogórek-Tęcza B, Pulit A. Nietrzymanie moczu u kobiet a zaburzenia depresyjne. *Pielęg XXI w* 2012, 1(8): 25-29.
25. Derewiecki T, Mroczek M, Majcher P, Chruściel P. Znaczenie nietrzymania moczu wśród kobiet po 40 roku życia. *Hygeia Publ Health* 2015, 50(1): 219-225.
26. Miedziejko A, Jarzabek-Bielecka G, Król A i wsp. Ocena potrzeb i reakcji seksualnych kobiet ze stwierdzonym w wywiadzie problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu. *Pol Prz Nauk Zdr* 2014, 1(38): 9-12.