

Małgorzata Filanowicz*

Tomasz Milszewski**

AKCEPTACJA CHOROBY U OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NIETRZYMANIA MOCZU

Streszczenie

Nietrzymanie moczu (inkontynencja) jest problemem, który ze względu na intymny charakter objawów oraz ich dokuczliwość w codziennym życiu wpływa niekorzystnie na kondycję psychofizyczną kobiet oraz jest powodem wielu frustracji, przez co kobiety często mają problem z zaakceptowaniem choroby. Nietrzymanie moczu uniemożliwia sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, skłania do zmiany stylu życia oraz stanowi znaczne utrudnienie w kontaktach towarzyskich i społecznych. W praktyce oznacza to ograniczone poruszanie się w miejscach publicznych, jak również zmianę zawodu u pacjentów ze znacznym nasileniem choroby. Inkontynencja znacznie obniża poczucie własnej godności i wartości, powoduje pogorszenie nastroju, charakteryzujące się objawami depresyjnymi i lękiem oraz zmianę funkcjonowania seksualnego. Patomechanizm i sposoby leczenia różnią się u kobiet i mężczyzn, głównie ze względu na różnice anatomiczne. Czynność dolnego odcinka układu moczowego jest procesem, który jest zależny od funkcji i budowy pęcherza moczowego, cewki moczowej, narządów płciowych oraz układu nerwowego, który „kieruje” procesem oddawania moczu.

Celem pracy było określenie wpływu nietrzymania moczu na akceptację choroby u osób badanych. Grupę badawczą stanowiło 58 osób. Byli to pacjenci Oddziału Urologii Laparoskopowej, Ogólnej i Onkologicznej, który został przekształcony w trakcie badań w Klinikę Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy oraz pacjenci Pracowni Uro-

* Dr n. med., Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego.

** Lic. Tomasz Milszewski, student II roku studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

dynamicznej, przyjęci w celu kompleksowej diagnostyki zaburzeń oddawania moczu. W przeprowadzonym badaniu użyto skal: metryczki danych osobowych oraz AIS.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, nietrzymanie moczu.

Summary

Introduction: Urinary incontinence is a problem that due to its intimate nature and its annoyance of everyday life disadvantageously affects the psychophysical condition of women and is the reason of many frustrations, so that women often have problems with accepting the disease. Urinary incontinence precludes efficient functioning in society, leads to a change in lifestyle and is a great hindrance in social contacts. Practically, it means limited mobility in public places, as well as changing the profession of patients with significant disease severity. Incontinence lowers the sense of self dignity and value significantly, causes a worsening mood with characteristic symptoms of depression and anxiety and changes sexual functioning. Pathomechanism and methods of treatment differ in women and men, mainly due to anatomical differences. The function of the lower urinary tract is a process that depends on the function and structure of the bladder, urethra, genital organs and the nervous system which guides the process of urination.

Keywords: acceptance of the disease, urinary incontinence.

Wstęp

Nietrzymanie moczu to objaw, który polega na bezwiednym wypływaniu moczu przez cewkę moczową. Schorzenie to może dotyczyć kobiet, mężczyzn, jak i dzieci. Jest ono następstwem upośledzenia czynności aparatu zwieraczowego cewki moczowej oraz nadmiernej, nieuświadomionej przez pacjenta, czynności skurczowej mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, która powoduje zwiększenie ciśnienia występującego w pęcherzu do wartości przewyższających ciśnienie zamknięcia, generowane przez zwieracze cewki moczowej¹.

Nietrzymanie moczu (NTM) jest problemem, który ze względu na intymny charakter objawów oraz ich dokuczliwość w codziennym życiu, wpływa niekorzystnie na kondycję psychofizyczną kobiet oraz jest powodem wielu frustracji, przez co kobiety często mają problem z zaakceptowaniem choroby. Uniemożliwia sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, skłania do zmiany stylu życia oraz stanowi znaczne utrudnienie w kontaktach społecznych. W praktyce oznacza to ograniczenie poruszania się w miejscach publicznych, jak również zmianę pracy u chorych z znacznym nasileniem choroby.

¹ R. Górecki, *Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju*, „Przegląd Urologiczny” 2006, nr 2 (36), s. 66.

Inkontynencja znacznie obniża poczucie własnej godności i wartości, powoduje pogorszenie nastroju, charakteryzujące się objawami depresyjnymi i lękiem oraz zmianę funkcjonowania seksualnego².

Nietrzymanie moczu jest jednym z kilku poważnych problemów zdrowotnych dotyczący polskiego społeczeństwa. Mimo że nie jest nowym zjawiskiem, to jeszcze kilka lat temu w Polsce o inkontynencji nie mówiło się niemal wcale. Kampanie społeczne prowadzone w kraju stosunkowo od niedawna próbują to zmienić, ale są to wciąż działania na zbyt małą skalę, o niłej sile przebicia i braku wsparcia medialnego. Ma to prawdopodobnie związek z intymnym charakterem objawów i przekonaniem, że inkontynencja jest nieodłącznym elementem starzenia się³.

Epidemiologia nietrzymania moczu

Szczegółowe dane epidemiologiczne dotyczące zachorowalności i chorobowości są trudne do ustalenia. Wynika to z faktu, że większa część badań epidemiologicznych nie brała pod uwagę różnych typów nietrzymania moczu lub poprzestała na podaniu tylko jednego rodzaju NTM. Trudnością jest także stosowanie różnych kwestionariuszy, które nie zawsze umożliwiały prawidłowe zidentyfikowanie chorych, przez co nie można było przedstawić pełnego obrazu epidemiologicznego. W dodatku, przy wykorzystaniu ankiet, nierzadko odsetek uzyskania całkowicie wypełnionych kwestionariuszy jest niski, co powoduje duże ryzyko błędu wyboru. Następnym czynnikiem metodologicznym, który utrudnia staranne poznanie występowania nietrzymania moczu w danych populacjach, jest zastosowanie w badaniach różnych przyrządów do oceny zachorowalności i chorobowości. Część badań, w których analizowano powyższe problemy, posiłkowało się tylko wypełnionymi przez pacjentów kwestionariuszami, a inne badania prezentowały wyniki na podstawie dokładnych badań fizykalnych lub badania urodynamicznego. Rezultatem takiego postępowania jest rozbieżność w uzyskanych wynikach⁴.

Powyższe uwagi metodologiczne pozwalają lepiej zrozumieć rozbieżności w danych dotyczących chorobowości NTM u kobiet. Rozbieżności te

² M. Bartusek, K. Klimaszewska, *Inkontynencja jako problem społeczno-ekonomiczny*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2017, t. 16, nr 3, s. 62–63.

³ M. Bizdan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008, s. 9–51.

⁴ P. Chłosta, T. Gołąbek, *Nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn*, Termedia Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne, Poznań 2016, s. 15–46.

wynoszą od 3 do 55%. W Polsce nie występują ogólnopopulacyjne badania epidemiologiczne, które całościowo przeanalizowałyby problem nietrzymania moczu u kobiet. Na podstawie ograniczonej liczby opublikowanych badań można oszacować, że NTM dotyczy od 15 do 60% kobiet, przy czym najrzadziej występuje u kobiet w wieku 20–30 lat, a najczęściej w wieku 60–70 lat. Natomiast częstość występowania codziennych incydentów nietrzymania moczu szacuje się na ok. 5–15% populacji, przy czym, wzrost do 15% występuje u kobiet powyżej 70. roku życia. Według innych autorów problem nietrzymania moczu może dotyczyć 2–3 mln kobiet. Możliwość jego wystąpienia zwiększa się po 65. roku życia, a NTM powiązane z porodem występuje u 34% kobiet w Polsce. Ze względu na fakt starzenia się społeczeństwa w Polsce i przewidywania GUS, które dotyczą wzrostu odsetka osób po 65. roku życia, należy przyjąć, że problem nietrzymania moczu będzie dotyczył większej liczby osób niż obecnie⁵.

Epidemiologia nietrzymania moczu u mężczyzn

Na podstawie opublikowanych danych ogólnopopulacyjnych, jak i w obrębie wybranych badań kohort, które przeanalizowały częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn, można przyjąć, że stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 1:2. Informacje na temat chorobowości u mężczyzn wskazują, że nietrzymanie moczu u mężczyzn może wynosić od 1 do 39% populacji. Codzienne występowanie incydentów nietrzymania moczu u starszych mężczyzn wynosi od 2 do 11%. Podobnie jak w przypadku badań nad chorobowością oraz zachorowalnością u kobiet występują duże rozbieżności w stosowaniu definicji różnych rodzajów NTM oraz samej metodologii badań, przez co występuje znaczna różnica w wynikach⁶.

Czynniki ryzyka

Do głównych czynników ryzyka należy zaliczyć:

1. wiek – bezsprzecznie wiek odgrywa znaczącą rolę w etiologii zaburzeń pęcherza;
2. czynniki położnicze – ciąża i porody przyjmuje się za silny czynnik ryzyka NTM, niezależnie od wieku. Wysiłkowe nietrzymanie moczu w trakcie

⁵ Tamże.

⁶ Tamże.

ciąży może dotyczyć 20–73% kobiet, a po porodzie 6–31%. Liczba porodów wpływa na nietrzymanie moczu i dotyczy wszystkich rodzajów inkontynencji. Przyczynia się do niego także duża masa urodzeniowa dzieci – powyżej 4000 g⁷;

3. palenie tytoniu – palenie prawdopodobnie wpływa na hamowanie wytwarzania kolagenu, przez co dochodzi do osłabienia dna miednicy oraz przyczynia się do przewlekłego kaszlu. Kaszel prowadzi do gwałtownego wzrostu ciśnienia w brzuchu, co może być przyczyną wysiłkowego nietrzymania moczu;

4. otyłość – wskaźnik masy ciała (BMI) jest zasadniczym czynnikiem, który sprzyja rozwojowi oraz występowaniu nietrzymania moczu u kobiet. Otyłość powoduje osłabienie mięśni miednicy. Otyłość powiększa zachorowalność o 1,6% w przeciągu 5 lat. Szacuje się, że zmniejszenie masy ciała o co najmniej 5% poprawia kontynencję. Około 25% kobiet, u których wypada narząd rodny i występuje nietrzymanie moczu, ma wskaźnik masy ciała > 30 kg/m²;

5. operacje w obrębie miednicy mniejszej – występowanie nietrzymania moczu często łączy się z przebytymi operacjami chirurgicznymi w obrębie miednicy. Histerektomia, czyli zabieg usunięcia macicy, jest niejednokrotnie wymieniana jako czynnik ryzyka NTM;

6. choroby współistniejące, takie jak: cukrzyca (zarówno typu 1 oraz typu 2), depresja, zapalenie pęcherza, radioterapia, choroby neurologiczne, aktywność fizyczna (zwłaszcza niski poziom aktywności fizycznej)⁸.

Psychologiczne aspekty nietrzymania moczu

Nietrzymanie moczu jest istotnym problemem społecznym oraz medycznym. Intymny charakter objawów oraz ich dokuczliwość w codziennym życiu rzutują znacząco na obciążenie psychiczne chorych oraz ich partnerów.

Funkcjonowanie osób z inkontynencją ulega radykalnej zmianie, która dotyczy:

♦ życia rodzinnego – zmiana trybu życia oraz stylu życia rodziny, obciążenie budżetu domowego wydatkami związanymi z leczeniem oraz zmniejszeniem dokuczliwości objawów (pieluchomajtki, podpaski);

⁷ Tamże.

⁸ P. Dobrański, P. Radziszewski, *Nietrzymanie moczu*, PZWL, Warszawa 2008, s. 11, 25–26, 33–42.

- ♦ życia zawodowego – zmiana planów zawodowych, ograniczenie życia zawodowego, niekiedy zmiana zawodu, w skrajnych przypadkach rezygnacja z pracy;
- ♦ życia społecznego (w tym jakości życia) – trudności z nawiązywaniem kontaktów oraz ograniczenie kontaktów towarzyskich i społecznych⁹.

Lęk i zaburzenia nastroju

Z badań realizowanych w ostatnich latach wynika, że chorym leczonym z powodu inkontynencji często towarzyszą lęki i depresja. W internetowych badaniach przeprowadzonych w 2006 roku, które oceniały stopień depresji i lęku u kobiet z NTM przy zastosowaniu skali HAD (The Hospital and Depression Scale), badacze stwierdzili, że 56,6% pacjentek towarzyszy lęk, a 37,6% – depresja. Zarówno lęk, jak i depresja u niektórych badanych były powiązane z zwiększeniem nasilenia objawów inkontynencji, niemniej nie występowały one wyłącznie u kobiet, które mają problem z trzymaniem moczu.

Niektórzy autorzy badań wskazują na powiązanie pomiędzy depresją a nietrzymaniem moczu u pacjentów, aczkolwiek nie określają źródła zależności – czy to nietrzymanie moczu wywołuje symptomy depresyjne, czy też depresja sprzyja występowaniu inkontynencji.

Ocenia się, że chorzy z najwyższym stopniem nietrzymania moczu w 80% mają symptomy depresyjne, tymczasem ryzyko zachorowania na depresję osób o słabszym natężeniu dolegliwości ocenia się na około 40%. Większa część badań, które dotyczą związku pomiędzy inkontynencją a depresją, obejmowała kobiety starsze, a więc wyniki powinno się interpretować z ostrożnością. W podeszłym wieku kondycja zdrowotna osób się pogarsza, wzrasta liczba chorób współistniejących, związanych z wiekiem, więc objawy innych chorób przewlekłych, a nie tylko nietrzymania moczu, mogą mieć związek z wyższym poziomem zaburzeń depresyjnych w tej grupie badanych.

Z badań wynika, że osoby z inkontynencją odczuwały większy dyskomfort, zwłaszcza gdy nietrzymaniu moczu towarzyszyła jakaś choroba przewlekła. Ponadto wykazano, że kobiety w młodym wieku z nietrzymaniem moczu odczuwają większy dyskomfort, zaś u osób starszych poczucie to przemienia się w objawy depresji. Szacuje się, że kluczowym powodem mogą być ograniczenia w ruchu oraz występowanie innych chorób, które są związane ze starzeniem się organizmu¹⁰.

⁹ Tamże, s. 9–51.

¹⁰ Tamże.

Funkcjonowanie seksualne

Spośród czynników, które mają bezdyskusyjny wpływ na jakość życia oraz akceptację choroby, jest funkcjonowanie seksualne u kobiet z nietrzymaniem moczu. Zagadnienie to jest niezwykle ważne, ponieważ badacze są zgodni, że ekspresja seksualna jest nieodzowną częścią stosunków międzyludzkich i wpływa pozytywnie na dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne oraz społeczne osoby.

Z przeprowadzonych badań wynika, że chociaż współżycie seksualne jest ważnym aspektem ludzkiego życia, to wiedza o zachowaniach seksualnych przeciętnego człowieka jest uboga. Szacuje się, że przynajmniej 14% kobiet i 15% mężczyzn jest niezadowolonych ze swojego życia intymnego.

Wielu autorów badań zwracało uwagę na to, że inkontynencja wywołuje różnorodne negatywne następstwa w funkcjonowaniu seksualnym osób z tą chorobą. Najczęściej wymieniane z nich to: lęk, poczucie zakłopotania, ukrywanie przed partnerem zaburzeń, unikanie aktywności seksualnej.

Szacuje się, że kobiety z inkontynencją w około 50% zgłaszają poczucie odrębności w stosunku do innych kobiet, poczucie wyizolowania, a w 40% poczucie małej atrakcyjności.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet, z uwagi na wstydliwą postać objawów, wpływa niekorzystnie na ich funkcjonowanie seksualne.

Z badań wynika, że u około 10–60% pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu występuje inkontynencja w trakcie stosunku. Większa część kobiet, która nie trzyma moczu, wykorzystuje różnorodne sposoby radzenia sobie z tą przeszkodą. Wybór sposobów jest zależny m.in. od stopnia i postaci nasilenia nietrzymania moczu, jakością relacji partnerskich.

Należy pamiętać, że nietrzymanie moczu rzadko jest jedyną przyczyną ograniczenia aktywności seksualnej kobiet z inkontynencją oraz stosowania zmian we współżyciu seksualnym. W zrealizowanych badaniach, poza NTM w czasie stosunku, kobiety z tym schorzeniem wymieniają dużo innych przyczyn, m.in. chorobę alkoholową partnera, używanie przemocy fizycznej, złą więź partnerską, zmniejszenie libido u partnera, pogorszenie jakości seksu u partnera, obawę przed nieplanowaną ciążą, problemy materialne, zawodowe, choroby przewlekłe partnera i/lub kobiety¹¹.

¹¹ Tamże.

Isolacja społeczna

Wielu badaczy informuje o nierzadkiej izolacji społecznej osób z inkontynencją, która jest spowodowana głównie wstydem, strachem przed kompromitacją z powodu przykrego zapachu.

W badaniach, które przeprowadził zespół Bizdan i in., ustalono, że przypuszczalnie jakość związku może mieć wpływ na przebieg choroby. Dzięki wsparciu ze strony partnera osoba chora może umiejętnie radzić sobie z chorobą oraz nie wykazywać jej psychologicznych skutków, tj. lęku, dążenia do izolacji, poczucia stygmatyzacji. Również poziom funkcjonalności seksualnej jest związany z wielkością wsparcia udzielanego przez partnera i satysfakcji ze związku. W przypadku wysokiej satysfakcji ze związku partner dostarcza osobie chorej poczucie bezpieczeństwa, wsparcia oraz potwierdzenia, że mimo choroby nadal jest atrakcyjną osobą¹².

Cel badań

Celem pracy jest określenie wpływu nietrzymania moczu na akceptację choroby u osób badanych.

Biorąc pod uwagę powyższy cel badań, sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy poziom akceptacji choroby zależy od płci osób badanych?
2. Czy akceptacja choroby zależy od miejsca zamieszkania osób badanych?
3. Czy wiek badanych ma wpływ na akceptację choroby osób badanych?
4. Czy sposób zamieszkania wpływa na akceptację choroby osób badanych?
5. Czy wykształcenie ma wpływ na akceptację choroby osób badanych?
6. Czy czas trwania problemów z nietrzymaniem moczu ma wpływ na akceptację choroby osób badanych?
7. Czy stan cywilny wpływa na akceptację choroby osób z nietrzymaniem moczu?

Do powyższych problemów badawczych postawiono następujące hipotezy wstępne:

1. Poziom akceptacji choroby jest uzależniony od płci osoby badanej.

¹² Tamże.

2. Akceptacja choroby jest uzależniona od miejsca zamieszkania badanych osób.
3. Wiek jest czynnikiem wpływającym na akceptację choroby osób badanych.
4. Sposób zamieszkania wpływa na akceptację choroby.
5. Poziom wykształcenia osób badanych wpływa na akceptację choroby osób z nietrzymaniem moczu.
6. Czas trwania dolegliwości związanych z NTM jest czynnikiem wpływającym na akceptację choroby.
7. Stan cywilny osób badanych wpływa na akceptację choroby.

Materiał i metody badań

Grupę badawczą stanowiło 58 osób. Byli to pacjenci Oddziału Urologii Laparoskopowej, Ogólnej i Onkologicznej, który w trakcie badań został przekształcony w Klinikę Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy oraz pacjenci Pracowni Urodynamicznej, przyjęci w celu kompleksowej diagnostyki zaburzeń oddawania moczu, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu poprzez wypełnienie ankiet.

Kobiety stanowiły zdecydowanie licznější grupę – 41 osób (70,7%).

Średnia wieku badanych wyniosła 64,6 lat. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 17,9% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wieku. Średnio starszymi okazali się mężczyźni o średniej wieku 66,4 lat, przy średniej wieku kobiet – 63,9 lat. Wiek minimalny zróżnicowany, niższy w grupie kobiet – 29 lat, maksymalny zróżnicowany, wyższy również w grupie kobiet – 87 lat.

Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$), nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem ich wieku.

Badanych podzielono na cztery grupy wiekowe: 1) poniżej 40 lat, 2) 41–59 lat, 3) 60–74 lat oraz 4) powyżej 75 lat. Najlicznější grupę stanowili badani w wieku 60–74 lat – 35 osób (60,3%). Najmniej liczną w wieku poniżej 40 lat – 3 osoby (5,2%). Ze względu na niską liczebność grupa ta zakwalifikowana zostanie do przedziału wiekowego 41–59 lat.

Najlicznější grupę stanowili badani z wykształceniem średnim – 30 osób (51,7%) oraz zawodowym – 15 osób (25,9%). Najmniej liczną z wykształceniem podstawowym – 5 osób (8,6%).

Najliczniejsze grupy stanowili badani zamieszkujący w mieście powyżej 300 tys. – 18 osób (31,0%) oraz na wsi – 15 osób (25,9%). Najmniej liczną mieszkańcy miasta do 100 tys. – 12 osób (20,7%).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamężne/żonate – 37 osób (63,8%). Najmniej liczną rozwiedzeni – 3 osoby (5,2%).

Większość badanych pozostawała na rencie bądź emeryturze – 45 osób (77,6%). Najmniej było bezrobotnych – 1 osoba (1,7%).

Większość badanych zamieszkiwała z rodziną – 46 osób (79,3%). Najmniej w innej formie – 1 osoba (1,7%).

Najliczniejszą grupę stanowili badani mający problemy z zaburzeniami oddawania moczu 2–5 lat – 25 osób (43,1%). Najmniej liczną mający problemy powyżej 10 lat – 5 osób (8,6%).

W dalszej części dokonano analizy skali AIS (Acceptance of Illness Scale – Skala Akceptacji Choroby). Sprawdzono również, czy uzyskane wyniki są zróżnicowane poprzez wytypowane zmienne, jak: płeć, wiek (grupy wiekowe), wykształcenie, miejsce zamieszkania, czas chorowania.

Analizując zmienne „płeć”, zastosowano test U Manna-Whitneya do porównywania dwóch prób niezależnych (grup).

Analizując zmienne: „grupy wiekowe”, „wykształcenie” oraz „czas chorowania”, zastosowano test korelacji rang Spearmana.

Analizując zmienną „miejsce zamieszkania”, zastosowano test rang Kruskala-Wallisa, stosowany do porównania wielu prób niezależnych (grup).

Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako istotny statystycznie i przyjęto również hipotezę zerową (H_0), że nie ma różnicy wśród badanych grup.

Do opracowania badania posłużono się Skalą Akceptacji Choroby (AIS), która zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Skala służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

Odpowiedzi uszeregowano, nadając im wartość punktową, gdzie „zdecydowanie zgadzam się” – 1, do „zdecydowanie nie zgadzam się” – 5. Uzyskanie najmniejszej liczby punktów (1) wyrażały złe przystosowanie do choroby, zaś zdecydowany brak zgody (5) oznaczał akceptację choroby. Suma punktów od 8–40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby.

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

Pozycja	Liczba	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Me- diana	Min.	Maks.
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	58	2,64	1,530	2,24	3,04	3,0	1,0	5,0
Z powodu stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	58	2,93	1,642	2,50	3,36	3,0	1,0	5,0
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	58	3,50	1,688	3,06	3,94	4,0	1,0	5,0
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	58	3,57	1,488	3,18	3,96	4,0	1,0	5,0
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	58	3,74	1,458	3,36	4,12	4,5	1,0	5,0
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym.	58	3,38	1,520	2,98	3,78	3,0	1,0	5,0
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być.	58	3,07	1,566	2,66	3,48	3,0	1,0	5,0
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	58	3,48	1,536	3,08	3,89	4,0	1,0	5,0

Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej badani ocenili poczucie: „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” – średnia 3,74 pkt oraz „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” – średnia 3,57 pkt i „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” – średnia 3,5 pkt. Najniżej natomiast ze wszystkich pozycji oceniono poczucie: „nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być” – średnia 3,07 pkt oraz „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” – średnia 2,93 pkt i „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” – średnia 2,64 pkt.

Tabela 2. Wyniki średnie AIS

N	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mini- mum	Maksi- mum	Q25	Mediana	Q75
58	26,31	8,504	24,07	28,55	9,0	40,0	20,0	25,0	34,0

Wynik średni punktowy akceptacji choroby wyniósł 26,31 pkt, świadcząc o przeciętnym poziomie akceptacji choroby. Odchylenie standardowe stanowi ponad 32,36% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników akceptacji choroby.

Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało 50 osób (74,6%). Były to osoby, które uzyskały 30 i więcej pkt (68,8% możliwych pkt). Najmniejsza liczba badanych uzyskała niski poziom akceptacji choroby – 1 osoba (1,5%).

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) odnotowano istotną statystyczną różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczącą aspektu: „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”.

Tabela 3. Średnie wyniki punktowe AIS w grupach płci

Płeć	Mężczyzna		Kobieta	
	Średnia	SD	Średnia	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	2,53	1,59	2,68	1,52
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	2,76	1,68	3,00	1,64
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	3,06	1,85	3,68	1,60
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	2,94	1,43	3,83	1,45
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	3,82	1,29	3,71	1,54
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym.	2,82	1,55	3,61	1,46
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być.	2,71	1,49	3,22	1,59
Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	3,18	1,38	3,61	1,59
AKC	23,82	8,24	27,34	8,50

Wyższy średni wynik punktowy akceptacji choroby odnotowano wśród kobiet – 27,34 pkt. W grupie mężczyzn – 23,82 pkt. Kobiety uzyskały wyższe wyniki we wszystkich aspektach AIS.

Wyższy poziom akceptacji choroby odnotowano w grupie kobiet. Wyższy wskaźnik wyników wysokich – 17 osób (41,5%). Wśród mężczyzn najwięcej uzyskało poziom przeciętny – 8 osób (47,1%).

Wiek badanych nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami akceptacji choroby ($p > 0,05$).

Najwyższy średni wynik punktowy akceptacji choroby odnotowano w grupie wiekowej powyżej 75 lat – 28,29 pkt; najniższy w wieku 60–74 lata – 25,77 pkt. Badani w wieku powyżej 75 lat uzyskali najwyższe wyniki w większości aspektów z wyjątkiem: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę i choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”. W tych aspektach najwyżej punktowali badani w wieku 60–74 lata oraz „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” – tu dominowali badani w wieku 41–59 lat.

Tabel 4. Wyniki AIS w grupach wiekowych

Wiek	41–59 Lat		60–74 Lata		Powyżej 75 lat	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Niski	2	12,5	9	25,7	1	14,3
Przeciętny	7	43,8	15	42,9	3	42,9
Wysoki	7	43,8	11	31,4	3	42,9
Razem	16	100,0	35	100,0	7	100,0

Najwyższy poziom akceptacji choroby przejawiali badani w wieku 41–59 lat. Najwyższy wskaźnik wyników wysokich akceptacji choroby – 7 osób (43,8%), przy najniższym wskaźniku wyników niskich – 2 osoby (12,5%). Najniższy w wieku 60–74 lata, wyniki wysokie – 11 osób (31,4%), wyniki niskie – 9 osób (25,7%).

Wykształcenie nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikiem akceptacji choroby ($p > 0,05$).

Najwyższy średni wynik punktowy akceptacji choroby odnotowano w grupie wykształcenia średniego – 27,7 pkt oraz zawodowego – 26,07 pkt. Najniższy w grupie wykształcenia podstawowego – 19,4 pkt. Badani

z wykształceniem średnim uzyskali najwyższe wskaźniki w aspektach akceptacji choroby, z wyjątkiem: „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” oraz „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” – z najwyższym wynikiem w grupie wykształcenia zawodowego. W pozycjach: „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” i „nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być” – z najwyższym wynikiem w grupie wykształcenia wyższego. Badani z wykształceniem podstawowym uzyskali najniższe wyniki we wszystkich aspektach z wyjątkiem: „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”, gdzie najniżej punktowali badani z wykształceniem zawodowym.

Generalnie nieznacznie najwyższy poziom akceptacji choroby prezentowali badani z wykształceniem wyższym. Wyniki wysokie – 2 osoby (25,0%) – przy braku wyników niskich. Dalej badani z wykształceniem średnim: wyniki wysokie – 12 osób (40,0%), wyniki niskie – 5 osób (16,7%). Najniższy poziom badani z wykształceniem podstawowym. Brak wyników wysokich, wyniki niskie – 2 osoby (40,0%).

Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami miejsca zamieszkania, dotyczącej akceptacji choroby.

Najwyższy średni wynik punktowy akceptacji choroby odnotowano w grupie mieszkańców miasta >300 tys. – 27,06 pkt oraz miasta do 100 tys. – 26,67 pkt. Najniższy w grupie mieszkańców wsi – 25,13 pkt mieszkańcy miasta >300 tys. uzyskali najwyższe wyniki w trzech aspektach z wyjątkiem: „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” i „nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być” z najwyższym wynikiem w grupie mieszkańców miasta do 10 tys. oraz w aspektach: „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”, „mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym” i „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” z najwyższym wynikiem w grupie mieszkańców miasta 100–300 tys. Najniższe wyniki w czterech aspektach odnotowano w grupie mieszkańców wsi z wyjątkiem: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”, „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” i „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” z najniższym wynikiem w grupie mieszkańców miasta do 10 tys. oraz w aspekcie: „problemy ze zdrowiem

sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” z najniższym wynikiem w grupie mieszkańców miasta 100–300 tys.

Najwyższy poziom akceptacji choroby prezentowali badani zamieszkujący w mieście powyżej 300 tys. Wyniki wysokie – 6 osób (33,3%), wyniki niskie – 2 osoby (11,1%). Dalej mieszkańcy miasta do 100 tys. Wyniki wysokie – 5 osób (41,7%), wyniki niskie – 3 osoby (25,0%). Najniższy poziom akceptacji choroby odnotowano wśród mieszkańców wsi. Wyniki wysokie – 5 osób (33,3%), wyniki niskie – 4 osoby (26,7%).

Czas występowania problemów z zaburzeniami oddawania moczu nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikiem akceptacji choroby ($p > 0,05$).

Najwyższy średni wynik punktowy akceptacji choroby odnotowano w grupie mających problemy 2–5 lat – 26,48 pkt oraz do 1 roku – 26,41 pkt. Najniższy w grupie mających problemy 6–10 lat – 25,82 pkt. Badani mający problemy 2–5 lat uzyskali najwyższe wskaźniki tylko w dwóch aspektach akceptacji choroby: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” oraz „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”. Badani mający problemy do 1 roku w aspektach: „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” oraz „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Badani mający problemy powyżej 10 lat w aspektach: „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” oraz „nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. W pozostałych dwóch aspektach najwyższe wyniki odnotowano wśród mających problemy 6–10 lat. W grupie tej uzyskano również najniższe wyniki w dwóch aspektach: „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” oraz „nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. W grupie mających problemy do 1 roku w aspektach: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” oraz „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”. W grupie mających problemy od 2–5 lat w aspektach: „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” oraz „mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym”. W pozostałych dwóch aspektach najniższe wyniki odnotowano w grupie mających problemy powyżej 10 lat.

Generalnie nieznacznie najwyższy poziom akceptacji choroby prezentowali badani mający problemy z oddawaniem moczu w przedziale od 2 do 5 lat.

Wyniki wysokie – 9 osób (36,0%), wyniki niskie – 4 osoby (16,0%). Dalej badani z zaburzeniami powyżej 10 lat, wyniki wysokie – 2 osoby (40,0%), wyniki niskie – 1 osoba (20,0%). Najniższy poziom badani mający problemy z zaburzeniami 5–10 lat. Wyniki wysokie – 4 osoby (36,4%), wyniki niskie – 4 osoby (36,4%).

Wyniki badań

Badania własne wykazały, że płeć ma związek z akceptacją choroby. Kobiety wykazują wysoką zdolność do zaakceptowania choroby w życiu codziennym – 41,5%, w porównaniu do mężczyzn, gdzie jest to 23,5%. Większy odsetek mężczyzn nie radzi sobie z chorobą lub ich poziom akceptacji jest na przeciwnym poziomie.

Z kolei badania prowadzone przez Temmla i in., udowodniły, że przedstawiciele obu płci wykazują wysoki stopień akceptacji choroby. W zależności od rodzaju nietrzymania moczu kobiety gorzej radzą sobie z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, a mężczyźni z nagłym nietrzymaniem moczu¹³. Wiek osób badanych ma wpływ na akceptację choroby. Najmłodsza grupa wiekowa (41–59 lat) dostrzega duży problem w ograniczeniach, które narzuca choroba. Jest to grupa aktywna społecznie i zawodowo, przez co NTM może doprowadzić do ograniczeń w rozwoju zawodowym i społecznym.

Z wiekiem rośnie liczba chorób towarzyszących, częstszym zjawiskiem jest polipragmazja. Osoby obciążone wieloma chorobami gorzej radzą sobie z samoopieką i boją się być ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół. Bo Eun Kwon i in. w swoich badaniach potwierdzają tezę, że wiek jest jednym z głównych czynników wpływających na obniżenie akceptacji choroby u osób cierpiących na nietrzymanie moczu oraz na większą skłonność do depresji¹⁴.

Wraz z wzrostem poziomu wykształcenia zwiększa się świadomość o zachodzących procesach w ludzkim organizmie. Według E. Barnasia i in. osoby z wyższym wykształceniem w większości są aktywne wobec choroby, dążąc do rozwiązania problemu. Badani o średnim oraz podstawowym wykształceniu wykazują większy strach przed chorobą i wyższe prawdopodobieństwo załamań nerwowych. Kolejny przykład większego zaangażowania osób

¹³ G. Haidinger, G. Madersbacher, G. Schatzl, J. Schmidbauer, Ch. Temml, *Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life*, "Neurourology and Urodynamics" 2000, vol. 19, s. 259–271.

¹⁴ B. Kwon, G. Kim, Y. Son, M.A. You, *Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review*, "International Neurourology Journal" 2010, 3 (14), p. 133–138.

wykształconych w stan zdrowia przedstawia Lucyna Januszek-Michalecka. Badania tej autorki koncentrują się m.in. wokół związku z wykształceniem pacjentek, które zgłosiły się na badania przesiewowe. Znaczna część kobiet uczestniczących w badaniach miała wykształcenie przynajmniej średnie¹⁵.

Badania własne wykazały, że miejsce zamieszkania ma nieznaczny wpływ na akceptację choroby. W miastach powyżej 300 tys. mieszkańców akceptacja choroby jest na nieznacznie wyższym poziomie niż u osób zamieszkujących mniejsze miasta i wsie. Również Barbara Prażmowska i in. oraz Sławomir Dutkiewicz i in. nie wykazały istotnych statystycznie różnic w ocenie akceptacji choroby w zależności od wielkości zamieszkiwanego miasta¹⁶. Wydawałoby się, że dostęp do bardziej różnorodnych form spędzenia czasu oraz możliwości nawiązywania nowych znajomości powinny pozytywnie wpływać na podejście do choroby. Jednak teza ta nie została jednoznacznie poparta przez powyższe badania¹⁷.

W badaniach własnych wykazano, że nieznacznie najwyższy poziom akceptacji choroby prezentowali badani mający problemy z oddawaniem moczu 2–5 lat. Akceptacja jest ostatnim etapem przystosowania się do choroby i wyraża się uznaniem ograniczeń oraz strat wynikających z jej występowania. Zaakceptowanie choroby niesie za sobą wiele korzyści, które w efekcie poprawiają przebieg choroby i dalsze rokowanie. Niektórzy chorzy potrafią dojść do pełnego poziomu akceptacji szybko, a inni nie są w stanie zaakceptować choroby w ogóle, pomimo długiego czasu jej trwania¹⁸.

Wnioski

1. Wykazano, że płeć wpływa na akceptację choroby. Kobiety w porównaniu do mężczyzn wykazują wyższy poziom akceptacji choroby.

2. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że akceptacja choroby jest zależna od wieku.

¹⁵ E. Barnaś, E. Barańska, B. Gawlik, *Czynniki najbardziej wpływające na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu*, „HYGEIA Public Health” 2015, nr 4 (50), s. 643–648.

¹⁶ S. Dutkiewicz, K. Kapusta, *Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Kielcach*, „Przegląd Menopauzalny” 2011, nr 6, s. 493–499.

¹⁷ B. Gergont, G. Puto, B. Prażmowska, *Wpływ nietrzymania moczu na satysfakcję z życia kobiet po 45. roku życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93 (4), s. 785–789.

¹⁸ A. Juśko, E. Krzyżanowska, M. Łuczyk, R. Łuczyk, A. Plottke, *Akceptacja choroby w grupie pacjentów z rozpoznaną dusiczną bolesną niestabilną*, „Journal of Education. Health and Sport”, 2016, t. 6 (7), s. 454–455.

3. W badaniach własnych udowodniono niewielki związek pomiędzy wykształceniem a akceptacją choroby. Ze wzrostem wykształcenia osób badanych wzrasta poziom akceptacji choroby.

4. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że osoby mieszkające w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców akceptowały chorobę w nieznacznie wyższym stopniu niż osoby zamieszkujące mniejsze miasta i wsie.

5. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że badani, u których problemy w oddawaniu moczu trwają od 2 do 5 lat, w nieznacznie wyższym stopniu akceptują chorobę niż pozostałe grupy badanych.

Bibliografia

- Barnaś E., Barańska E., Gawlik B., *Czynniki najbardziej wpływające na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu*, „HYGEIA Public Health” 2015, nr 4 (50), s. 643–648.
- Bartusek M., Klimaszewska K., *Inkontynencja jako problem społeczno-ekonomiczny*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2017, t. 16, nr 3, s. 62–63.
- Bizdan M., *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, wyd. 1, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008, s. 9–51.
- Chłosta P., Gołąbek T., *Nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn*, Termedia Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne, Poznań 2016, s. 15–46.
- Dobrański P., Radziszewski P., *Nietrzymanie moczu*, Wydanie I, PZWL, Warszawa 2008, s. 11, 25–26, 33–42.
- Dutkiewicz S., Kapusta K., *Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Kielcach*, „Przegląd Menopauzalny” 2011, nr 6, s. 493–499.
- Gergont B., Puto G., Prażmowska B., *Wpływ nietrzymania moczu na satysfakcję z życia kobiet po 45. roku życia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93 (4), s. 785–789.
- Górecki R., *Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju*, „Przegląd Urologiczny” 2006, nr 2 (36).
- Haidinger G., Madersbacher G., Schatzl G., Schmidbauer J., Temml Ch., *Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life*, “Neurourology and Urodynamics” 2000, vol. 19, p. 259–271.
- Juško A., Krzyżanowska E., Łuczyk M., Łuczyk R., Plottke A., *Akceptacja choroby w grupie pacjentów z rozpoznaną dusznicą bolesną niestabilną*, Journal of Education, „Health and Sport”, 2016, t. 6 (7), s. 454–455.
- Kwon B., Kim G., Son Y., You M.A., *Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review*, “International Neurourology Journal” 2010, 3 (14), p. 133–138.