

Nietrzymanie moczu u kobiet a zaburzenia depresyjne

Urinary incontinence in women and depressive disorders

Beata Ogórek-Tęcza¹, Aneta Pulit²

¹Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Collegium Medicum w Krakowie

²Sanatorium Uzdrawiskowe Zgoda Sp. z o.o.
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krynicy Zdroju

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Beata Ogórek-Tęcza
Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Collegium Medicum w Krakowie
Ul. Michałowskiego 12, p.127.
31-126 Kraków
Tel. /12/ 633 62 59
E-mail: mhtecz@cyf-kr.edu.pl

STRESZCZENIE

NIETRZYMANIE MOCZU U KOBIET A ZABURZENIA DEPRESYJNE

Wprowadzenie. Nietrzymanie moczu jest schorzeniem niezwykle uciążliwym, które w przypadku nieleczenia, czy nieodpowiedniej pielęgnacji może prowadzić do powikłań wtórnych, zarówno somatycznych, jak i psychologicznych. Charakter choroby i czas trwania sprzyjają wystąpieniu zaburzeń depresyjnych.

Cel pracy. Ocena występowania zespołu depresyjnego u kobiet dotkniętych problemem inkontynencji.

Materiał i metody. w badaniach wzięło udział 100 kobiet z inkontynencją. Badania przeprowadzono w Oddziale Ginekologicznym Szpitala im. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania. Narzędziami badawczymi były kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz wystandaryzowana Skala Depresji Becka.

Wyniki badań. Najczęstszym rodzajem NTM było wysiłkowe nietrzymanie moczu. Zaburzenia depresyjne zaobserwowano u 64% ankietowanych. Kobiety z nietrzymaniem moczu miały najczęściej łagodną lub umiarkowaną depresję (63%). Emocje, które dominowały u kobiet z NTM to wstyd (39%), złość (20%), przygnębienie (15%).

Wnioski. Częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet z NTM wzrasta wraz z wiekiem i czasem trwania choroby. Pomoc psychologiczna w związku z problemem NTM nie jest oferowana. Wsparcia ze strony psychologa oczekuje 41% badanych. Pracownicy medyczni powinni udzielać kobietom z NTM głównie wsparcia informacyjnego i instrumentalnego.

Słowa kluczowe:

nietrzymanie moczu, zaburzenia depresyjne, pielęgnowanie z NTM.

ABSTRACT

URINARY INCONTINENCE IN WOMEN AND DEPRESSIVE DISORDERS

Introduction. Urinary incontinence is a very inconvenient disease which, when left untreated or improperly cared may lead to secondary complications both of a somatic and psychological nature. The very nature of the disease and its duration favour the occurrence of depressive disorders.

Aim. The aim of the study was to assess of the occurrence of a depressive syndrome in females suffering from incontinence.

Material and methods. One hundred females suffering from incontinence were covered with the study. The study was conducted at the Gynecological Ward of the Józef Dietl Hospital in Krynica-Zdrój. Diagnostic poll method and assessment method were applied. The study tools included self-prepared questionnaire and Standardized Beck Depression Scale.

Results. the most usual type of urinary incontinence was stress urinary incontinence. Depressive disorders occurred in the case of 64% of the study group. Females with urinary incontinence most often suffered from mild or moderate depression (63%). Emotions which were dominant in women suffering from urinary incontinence are shame (39%), anger (20%), depression (15%).

Conclusions. The frequency of the occurrence of depressive disorder in females suffering from urinary incontinence increases with time and the duration of the disease. Psychological assistance in connection with urinary incontinence is usually not offered. As many as 41% of the studied group expect assistance form a psychologist. Medics are expected to support females suffering from urinal incontinence with necessary information and advice.

Keywords:

urinal incontinence, depressive disorders, care of urinal incontinence.

WPROWADZENIE

Nietrzymanie moczu (NTM) jest jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. W Polsce na tego rodzaju zaburzenia cierpi ponad 3 miliony osób [1,2]. Dolegliwość ta dotyczy dwukrotnie częściej kobiet, niż mężczyzn. Może występować w różnym wieku, najczęściej w okresie okołomenopauzalnym i starości. Niepokojący jest fakt, iż choroba ta pojawia się u coraz młodszych kobiet [3,4].

Nietrzymanie moczu w znaczny sposób upośledza normalne życie i funkcjonowanie w społeczeństwie. Jest przyczyną obciążeń psychologicznych i ograniczenia aktywności, a nawet izolacji i osamotnienia. Niejednokrotnie bywa też powodem zaburzeń emocjonalnych [4,5]. Mimo, iż schorzenie to obejmuje coraz większą grupę kobiet, nadal pozostaje tematem tabu. Pacjentki odczuwają zakłopotanie, wstyd i strach przed wizytą u lekarza. Większość z nich uważa, iż problem ten jest nieodłącznym i naturalnym efektem starzenia się organizmu, bez żadnych możliwości leczenia. Są przekonane, że jest to przypadłość, którą należy zaakceptować i z którą muszą radzić sobie same [6]. Analizując problem nietrzymania moczu nie można pominąć aspektu psycho-społecznego, związanego z cierpieniem psychicznym pacjentki i pogorszeniem jakości jej życia. Obawa przed poznaniem dolegliwości przez innych wymusza zmianę stylu życia. Powoduje ograniczenie kontaktów towarzyskich, izolację, a co za tym idzie - obniżenie samooceny, niskie poczucie własnej wartości i atrakcyjności seksualnej, spadek pozycji społecznej, co może sprzyjać wystąpieniu zaburzeń depresyjnych [7].

Depresja w chorobach przewlekłych może wystąpić jako zaburzenie wtórne, będące skutkiem przebiegu danej choroby, jej terapii lub zaburzeń lękowych i adaptacyjnych związanych z przystosowaniem do istotnych zmian życiowych. Z badań przeprowadzonych w ostatnich latach wynika, że depresja i lęk współwystępują u pacjentów leczonych z powodu nietrzymania moczu. Perry i współpracownicy (2006) w swoich badaniach, oceniając poziom lęku i depresji u kobiet z nagłym nietrzymaniem moczu przy wykorzystaniu Skali HAD (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*), stwierdzili, iż u 56,6% badanych występował lęk, a u 37,6% - depresja [7].

Choroba przewlekła, jaką jest nietrzymanie moczu ciągnie za sobą negatywne zmiany dotyczące wielu obszarów życia i działalności kobiety. Pogorszeniu ulega jakość życia osobistego, rodzinnego, zawodowego i społecznego. Powszechną reakcją emocjonalną wobec choroby przewlekłej i towarzyszących jej wydarzeń jest lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. Osoby dotknięte nietrzymaniem moczu odczuwają wstyd, bezradność, obniżenie poczucia własnej wartości. Kobiety są przekonane, iż przykry zapach „gubionego moczu” powoduje odsuwanie się od nich innych osób w otoczeniu. Trudności w kontroli mikcji wywołują jednocześnie lęk przed ośmieszeniem czy odrzuceniem. Dramatyczną sytuację potęguje zupełna bezradność wobec problemu NTM oraz brak pomocy i wsparcia ze strony pracowników medycznych. Jedyną motywację do dalszego życia stanowią dzieci i konieczność ich utrzymania. Inkontynencja (nietrzymanie mo-

czu) nie prowadzi do śmierci, ale może zupełnie zrujnować życie. Zdaniem Tołłoczko [8] chorobliwe poczucie niechcianego wstydu uniemożliwia lub też nawet wprost paraliżuje działania człowieka, poprzez dewaluację własnej samooceny i poczucia wartości oraz pewności siebie. Naturalnym mechanizmem obronnym staje się wówczas zamykanie się w sobie i zerwanie łączności ze środowiskiem, prowadzącym do autoalienacji i pełnej izolacji. Wbrew panującym przekonaniom istnieje wiele sposobów leczenia NTM, które mają za zadanie poprawę jakości życia kobiet. Częsty kontakt z pacjentem umożliwia pielęgniarkę prowadzenie edukacji zdrowotnej, dotyczącej zagadnienia nietrzymania moczu oraz motywowanie kobiet dotkniętych tym problemem do podjęcia leczenia.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena występowania zespołu depresyjnego u kobiet dotkniętych problemem inkontynencji.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Oddziale Ginekologicznym Szpitala im. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju, po uprzednim uzyskaniu zgody dyrekcji placówki oraz osób badanych. Materiał empiryczny zebrano w terminie od sierpnia 2010 roku do marca 2011 roku. W pracy zastosowano sondaż diagnostyczny i metodę szacowania. Posłużono się techniką ankiety oraz skalą numeryczną. Jednym z narzędzi badawczych był kwestionariusz ankiety. Drugim narzędziem badawczym była wystandaryzowana Skala Depresji Becka (BDI) [9]. Interpretacji uzyskanych wyników dokonano zgodnie z kluczem dla populacji polskiej [10]. W analizie statystycznej posłużono się testem zgodności dwóch zmiennych (Chi 2).

WYNIKI BADAŃ

W badaniach wzięło udział 100 kobiet z inkontynencją. Najmłodsza miała 36 lat, a najstarsza 77. Najwięcej badanych (39%) znajdowało się w przedziale wiekowym od 46-55 lat, 32% stanowiły kobiety między 56 a 65 rokiem życia, 19% do 45 roku życia. Powyżej 65 roku życia była co dziesiąta ankietowana. Większość kobiet posiadała wykształcenie średnie, co stanowiło 64% badanych. Wykształcenie zawodowe uzyskało 19%, wyższe 15% a podstawowe tylko 2%. Wśród ankietowanych zdecydowana większość to mężatki – 83%, rozwiedzione stanowiły 9% oraz wdowy - 8%. Największy odsetek grupy badanych stanowiły kobiety zamieszkałe na wsi – 44%, a najmniejszy (2%) w mieście. Najliczniejszą grupą były kobiety, które chorują na nietrzymanie moczu od 5-6 lat (27%). W dalszej kolejności od 3-4 lat (23%) i od 1-2 lat (21%). Najniższy procent badanej populacji dotyczył pacjentek, które cierpią na NTM krócej, niż rok i powyżej 10 lat (po 6%).

Dominującą postacią inkontynencji u badanych kobiet było wysiłkowe nietrzymanie moczu (63%). Nietrzymanie moczu z parć nagłych stanowiło 21%, a najrzadszą postacią było mieszane NTM (16%). Kinezyterapia (25%) i farmakoterapia (25%) okazały się najczęściej stosowa-

nymi metodami leczniczymi. Badane zapytane o emocje, które najczęściej towarzyszą chorobie wskazywały po pierwsze na poczucie wstydu (25,6%), złości i smutku (po 17,4%) oraz odczuwanie lęku (16,3%). Ponadto zgłaszały poczucie mniejszej atrakcyjności (40%), brak radości z życia (27%), poczucie niższości (15%) i brak wiary w siebie (9%). Tylko 5% respondentek nie potwierdziło, że nietrzymanie moczu ogranicza ich życie towarzyskie. Zdecydowana większość poświadczyło negatywny wpływ inkontynencji na kontakty z innymi. Ponad połowa (56%) badanych kobiet uczestniczyło w spotkaniach towarzyskich tylko kilka razy w roku, a 34% kilka razy w miesiącu. Dalszych 6% badanej grupy stwierdziło, że NTM raczej nie ogranicza ich aktywności fizycznej. Znaczną przewagę (38%) uzyskały natomiast odpowiedzi potwierdzające ograniczenie aktywności ruchowej przez objawy NTM.

Wpływ nietrzymania moczu na aktywność seksualną deklarowało 43% badanych kobiet, a 57% respondentek miało odmienne zdanie na ten temat. Ponad połowa z grupy deklarującej zmiany oświadczyła iż, unika zbliżeń seksualnych, 21% czuje skrępowanie podczas aktu seksualnego, 12% odczuwa wstyd, 11% dyskomfort, a 5% zdernerowanie. Objawy NTM pogorszyły relacje z mężem/partnerem u 56% ankietowanych.

Wpływ NTM na życie zawodowe potwierdziło 46% badanych kobiet. Ankietowane podkreślały, że inkontynencja utrudnia, zaburza i dezorganizuje pracę z powodu konieczności częstego korzystania z toalety. Wsparciem dla 49% badanych była rodzina. Problem zdrowotny w postaci NTM ukrywało przed najbliższymi 15% ankietowanych. Warto dodać, iż żadnej z ankietowanych kobiet, nikt nie zaproponował pomocy psychologa. Respondentki wyrażały przekonanie, że kobiety z NTM powinny być objęte opieką psychologiczną (100% badanych). Blisko połowa z nich (41%) była zdania, że zdecydowanie wymagają wsparcia ze strony psychologa.

Kobiety oczekiwały ponadto wsparcia informacyjnego (40,1%) i instrumentalnego (26,0%), a w dalszej kolejności emocjonalnego (20,0%) i wartościującego (13,0%) ze strony pracowników medycznych.

Zaburzenia depresyjne (wynik BDI- 12 punktów lub więcej) stwierdzono u 64% pacjentek. Aby sprawdzić, czy u istotnej statystycznie większości pacjentek występowały zaburzenia depresyjne wykonano dokładny jednostronny test dla frakcji. Wartość p uzyskana w teście wyniosła 0,003, co oznacza, że u większości pacjentek występowały zaburzenia depresyjne.

Przeprowadzone badania wykazały, iż u 63% respondentek stwierdzono zaburzenia łagodne lub umiarkowane (wynik BDI od 12 do 49 punktów). Dokładny jednostronny test dla frakcji wykazał, istotną statystycznie zależność, dotyczącą występowania zaburzeń depresyjnych łagodnych lub umiarkowanych u większości pacjentek ($p = 0,006$).

Analiza wyników badań zawarta w tabeli nr 1, pozwala wysunąć wniosek, iż wiek wpływał na występowanie zaburzeń depresyjnych u kobiet z NTM. Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi były średnio starsze, od tych bez zaburzeń ($p=0,02$).

■ Tab. 1. Występowanie zaburzeń depresyjnych w zależności od wieku.

Wiek	Brak zaburzeń depresyjnych (BDI<12)		Występowanie zaburzeń depresyjnych (BDI≥12)		p
	N	%	N	%	
Wiek					
do 45 lat	12	33%	7	11%	0,020
46-55 lat	14	39%	25	39%	
56-65 lat	9	25%	23	36%	
powyżej 65 lat	1	3%	9	14%	

Dane liczbowe prezentowane w tabeli nr 2, ukazują zależność między występowaniem zaburzeń depresyjnych u kobiet z NTM, a czasem trwania choroby. W grupie pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi, czas trwania choroby był dłuższy, niż w grupie bez zaburzeń ($p=0,032$).

■ Tab. 2. Występowania zaburzeń depresyjnych w zależności od czasu trwania choroby.

Zaburzenia depresyjne a czas trwania choroby	Brak zaburzeń depresyjnych (BDI<12)		Występowanie zaburzeń depresyjnych (BDI≥12)		Łącznie		p
	N	%	N	%	N	%	
do roku	5	14%	1	2%	6	6%	0,032
1-2 lata	9	25%	11	19%	21	21%	
3-4 lata	9	25%	14	24%	23	23%	
5-6 lat	10	28%	16	28%	27	27%	
7-10 lat	3	8%	13	22%	17	17%	
powyżej 10 lat	0	0%	3	5%	6	6%	

Problem nietrzymania moczu ograniczał życie towarzyskie. Wartości p uzyskane w testach były niższe od 0,05 ($p > 0,001$), co oznacza, że u istotnej większej grupy pacjentek nietrzymanie moczu ograniczało życie towarzyskie.

W tabeli nr 3 przedstawiono odpowiedzi na pytanie; czy problem NTM ogranicza Pani życie towarzyskie? Kobiety z zaburzeniami depresyjnymi znacznie częściej zwracały uwagę na ograniczenie życia towarzyskiego (odpowiedzi „raczej tak”, „tak” i „zdecydowanie tak” udzieliło 78% badanych; $p=0,039$), niż badane z NTM bez rozpoznanych zaburzeń depresyjnych.

■ Tab. 3. Wpływ NTM na ograniczenie życia towarzyskiego w odczuciach kobiet z zaburzeniami depresyjnymi i bez nich.

Wpływ NTM na życie towarzyskie	Brak zaburzeń depresyjnych (BDI<12)		Występowanie zaburzeń depresyjnych (BDI≥12)		Łącznie		p
	N	%	N	%	N	%	
nie	3	8%	2	3%	5	5%	0,039
raczej nie	15	42%	12	19%	27	27%	
raczej tak	9	25%	21	33%	30	30%	
tak	5	14%	9	14%	14	14%	
zdecydowanie tak	4	11%	20	31%	24	24%	

Analizę odpowiedzi na pytanie dotyczące głównego źródła wsparcia w chorobie w zależności od występowania zaburzeń depresyjnych u pacjentek z NTM zaprezentowano w tabeli nr 4. Głównym źródłem wsparcia w chorobie był mąż/partner (35%). Kobiety z objawami depresji częściej mogły liczyć na wsparcie dzieci, a rzadziej na wsparcie koleżanek. Częściej również zdarzało się, że nikt ich nie wspierał.

■ Tab. 4. Główne źródło wsparcia w chorobie dla kobiet z NTM w zależności od występowania zaburzeń depresyjnych.

Źródła wsparcia	Brak zaburzeń depresyjnych (BDI<12)		Występowanie zaburzeń depresyjnych (BDI≥12)		Łącznie		p
	N	%	N	%	N	%	
mąż/partner	16	44%	19	30%	35	35%	0,005
dzieci	0	0%	7	11%	7	7%	
siostra	3	8%	4	6%	7	7%	
koleżanka	4	11%	3	5%	7	7%	
nikt	6	17%	28	44%	34	34%	
radzę sobie sama	7	19%	3	5%	10	10%	

Na pytanie dotyczące rodzajów wsparcia oczekiwanych od pracowników medycznych respondentki najbardziej wskazywały na znaczenie wsparcia informacyjnego (40,0%) i instrumentalnego (26, 2%). Zbiorcze dane zawarto w tabeli nr 5.

Wyniki badań wskazują, że pomocy psychologicznej oczekiwało 84% ankietowanych. Niestety żadna z nich takiej pomocy nie otrzymała. Wartości p uzyskane w testach

■ Tab. 5. Rodzaj wsparcia, oczekiwany przez kobiety z NTM ze strony pracowników medycznych w zależności od występowania zaburzeń depresyjnych.

Rodzaje wsparcia	Brak zaburzeń depresyjnych (BDI<12)		Występowanie zaburzeń depresyjnych (BDI≥12)		Łącznie		p
	N	%	N	%	N	%	
emocjonalny	10	14,7%	31	21,8%	41	19,5%	0,071
informacyjny	32	47,0%	54	38,0%	86	41,0%	0,746
instrumentalny	18	26,5%	37	26,1%	55	26,2%	0,586
wartościujący	8	11,8%	20	14,1%	28	13,3%	0,463

■ Tab. 6. Oczekiwania pacjentek z NTM odnośnie pomocy psychologicznej w zależności od występowania zaburzeń depresyjnych.

Oczekiwana pomoc psychologiczna	Brak zaburzeń depresyjnych (BDI<12)		Występowanie zaburzeń depresyjnych (BDI≥12)		Łącznie		p
	N	%	N	%	N	%	
raczej nie	12	33%	4	6%	16	16%	0,004
raczej tak	10	28%	19	30%	29	29%	
tak	4	11%	10	16%	14	14%	
zdecydowanie tak	10	28%	31	48%	41	41%	

w odniesieniu do tego zjawiska były niższe od 0,05, stąd można wysnuć wnioski, że statystycznie istotna większość pacjentek deklarowała chęć uzyskania pomocy psychologicznej, ale jej nie otrzymała (tab. 6). Co ważne, ankietowane z zaburzeniami depresyjnymi częściej uważały, że kobiety z NTM powinny być objęte opieką psychologiczną.

DYSKUSJA

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem, któremu poświęca się stosunkowo mało uwagi, a którego nie powinno się bagatelizować, gdyż wpływa deprymująco na osoby nim dotknięte. Kobiety z inkontynencją rzadko zgłaszają się do lekarza, nie szukają pomocy i godzą się tym samym na znacznie gorszą jakość życia, co może skutkować pojawieniem się problemów natury psychologicznej. Zarówno charakter choroby, jak i czas trwania mogą sprzyjać wystąpieniu zaburzeń depresyjnych.

Analiza zebranych wyników badań potwierdziła, iż zespół depresyjny często współistnieje u kobiet z problemem NTM. Przy użyciu Skali Depresji Becka rozpoznano u znacznej części respondentek (64%) obecność objawów depresyjnych (p=0,003). Były to zaburzenia o łagodnym lub umiarkowanym stopniu nasilenia (wynik BDI od 12 do 49 punktów; p=0,006).

Orlińska - Broda, Radziszewski i Borkowski przeprowadzili w 2008 roku badania, których celem była ocena występowania i nasilenia objawów depresji i lęku u pacjentek z NTM. W sumie, objawy depresji zaobserwowano u 44,4% badanych, a objawy lękowe u 46,7% [11]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), nietrzymanie moczu należy do jednego z dziesięciu najpoważniejszych problemów społeczno-zdrowotnych współczesnego świata. Inkontynencja degraduje kobietę w środowisku zawodowym i w rodzinie. Jest tematem wstydlivym i rzadko poruszonym, zarówno przez same pacjentki, jak i personel medyczny. Stanowi źródło zaburzeń emocjonalnych o charakterze negatywnym. Najczęściej zgłaszanymi emocjami w badanej grupie były: wstyd (25,6%), złość i smutek (po 17,4%). Tołłoczko uważa, że wstyd jest jednym z najbardziej destrukcyjnych uczuć. Powoduje dewaluację własnej samooceny i poczucia wartości oraz pewności siebie [8]. Potwierdziły to wypowiedzi ankietowanych kobiet, które wskazały poczucie mniejszej atrakcyjności, brak radości z życia i poczucie niższości, jako stany emocjonalne towarzyszące inkontynencji.

Częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet z NTM wzrastała wraz z wiekiem (p=0,02) i czasem trwania choroby.

Zarówno NTM, jak i współistniejące zaburzenia depresyjne znacznie pogarszają jakość życia kobiet dotkniętych tym problemem. Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński (2010) uważają, iż jakość życia i depresja wydają się być dwoma przeciwstawnymi zjawiskami związanymi z pozytywnymi i negatywnymi aspektami dobrego samopoczucia. Przy czym niższa jakość życia może być zarówno wynikiem depresji, jak i predykatorem lub też elementem jakości życia na przykład w przebiegu chorób somatycznych [12]. Zaakcentować należałoby ważność rozpo-

znawania i oceny problemów natury psychologicznej u kobiet z NTM. Zdaniem Bidzan (2010) obecnie coraz więcej cierpiących na NTM korzysta z pomocy psychologicznej. Jest to jednak mała liczba w stosunku do szacowanych potrzeb. Wynika to z niewiedzy o związkach między NTM a psychiką, wstydem towarzyszącym chorobie, przekonaniem o nieuchronności objawów NTM wraz z wiekiem, brakiem wypracowanego modelu interdyscyplinarnego bio-psycho-społecznego podejścia do pacjentów z NTM [13]. W przeprowadzonych badaniach żadnej z ankietowanych kobiet nikt nie zaproponował konsultacji psychologicznej, a takiej pomocy oczekuje 84% z nich.

Dość znaczna część badanych, bo licząca 49% ogółu przyznała, że otrzymuje wsparcie ze strony rodziny. Wydawałoby się, że jest to rezultat stosunkowo dobry. Jednak tylko 14% oceniło wsparcie rodziny, jako całkowicie spełniające ich oczekiwania. Osoby badane od pracowników medycznych nie oczekiwały wsparcia emocjonalnego, lecz przede wszystkim informacyjnego i instrumentalnego.

Respondentki potwierdzały znaczny wpływ NTM na życie towarzyskie, relacje z mężem/partnerem, aktywność zawodową oraz seksualną. Ograniczenie spotkań ze znajomymi deklarowała ponad połowa badanych (68%). Negatywny wpływ nietrzymania moczu na aktywność życiową (zwłaszcza młodych kobiet) potwierdzają również badania przeprowadzone przez Zielińską, Smolarek i Pisarską-Krawczyk (2006) [5]. Nietrzymanie moczu w większości przypadków rodzi znaczne utrudnienia w codziennej egzystencji. Inkontynencja dotyczy wielu aspektów życia m.in. psychologicznego, rodzinnego, seksualnego, zawodowego czy ekonomicznego, co stanowi znaczne obciążenie organizmu, zwłaszcza psychiki i jest źródłem sytuacji stresogennych, mogących prowadzić do zaburzeń depresyjnych. Wskazana jest więc terapia psychologiczna, skłaniająca kobiety z NTM do stosowania przede wszystkim adaptacyjnych sposobów radzenia sobie z tego rodzaju problemami [13]. Częste współwystępowanie objawów zaburzeń depresyjnych u kobiet z NTM pozwala na stwierdzenie, że monitorowanie stanu emocjonalnego pacjentek z NTM powinno stać się stałym elementem diagnozy lekarskiej i/lub pielęgniarskiej, a w przypadku wykrycia zaburzeń emocjonalnych wdrożenie skutecznych metod pomocy psychologicznej.

WNIOSKI

1. Nietrzymanie moczu często współlistnieje z cechami zespołu depresyjnego, są to najczęściej objawy o łagodnym lub umiarkowanym stopniu nasilenia.
2. Częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet z NTM wzrasta wraz z wiekiem i czasem trwania choroby.
3. NTM wpływa na kontakty z innymi, prowadząc do ograniczenia spotkań towarzyskich oraz pogorszeniu relacje z mężem/partnerem.
4. Kobiety z NTM wymagają wsparcia ze strony rodziny.
5. Pomoc psychologiczna w związku z problemem NTM nie jest oferowana.

PIŚMIENNICTWO

1. Bidzan M. Medyczne aspekty nietrzymania moczu. [w:] Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008, s. 25-28.
2. Radziszewski P, Dobroński P. Nietrzymanie moczu. Warszawa: PZWL; 2008, s. 16-27.
3. Marianowski L. Diagnostyka i leczenie nietrzymania moczu u kobiet. *Kwartalnik NTM*. 2003; 4: 4-7.
4. Zielińska A, Smolarek N, Pisarska-Krawczyk M. Nietrzymanie moczu u młodych kobiet. *Gin. Prakt.* 2009; 2: 19-23.
5. Pisarska M, Mojs E, Sajdak S. Problemy psychologiczne i społeczne chorych z nietrzymaniem moczu. [w:] Opala T, red. *Ginekologia*. Warszawa: PZWL; 2003, s. 210.
6. Piłarska B. Rola pielęgniarki urologicznej w opiece nad pacjentkami z NTM. *Choroba z „rumieńcem”*. *Kwartalnik NTM*. 2009; 4 (31): 12.
7. Bidzan M. Psychologiczne aspekty nietrzymania moczu. [w:] Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008, s. 33-49.
8. Tołhoczko T. Chorobliwe poczucie niechcianego wstydu. *Kwartalnik NTM*. 2007; 1 (20): 13-14.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4: 53-63. [Data cytowania 07.06.2011]. Dostępny pod adresem: <http://psychoterapiagdnyia.eu/Beck.pdf>.
10. Rechberger T, Jakowicki JA. red. *Nietrzymanie moczu u kobiet*. Wyd. II poszerzone. Lublin: Bifolium; 2005, s. 21-24.
11. Orlińska-Broda J, Radziszewski P, Borkowski A. Ocena depresji i lęku u kobiet z nietrzymaniem moczu. [Data cytowania 17.06.2011]. Dostępny pod adresem: <http://www.urologiapolska.pl/numer.php?120>
12. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W. Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi. *Psychiatria*. 2010; 2 (7): 53-60.
13. Kowalewska M. „O związkach pomiędzy NTM a psychiką...”. *Kwartalnik NTM*. 2010; 4 (35): 4-6.

Praca przyjęta do druku: 19.12.2011

Praca zaakceptowana do druku: 30.01.2012