

# Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Kielcach

## *Risk factors and quality of life in urinary incontinence females in the Care and Medical Centre in Kielce*

Sławomir Dutkiewicz, Katarzyna Kapusta

Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu im. Jana Kochanowskiego w Kielcach;  
kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. n. med. Sławomir Dutkiewicz

Przeгляд Menopauzalny 2011; 6: 493–499

### Streszczenie

**Wstęp:** Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych jest nietrzymanie moczu (NTM). Częściej dotyczy on kobiet i dotyka ok. 3 mln kobiet rocznie.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena czynników ryzyka NTM i wpływu tej dolegliwości na jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Kielcach.

**Materiał i metody:** Badano 60 kobiet po 50. r.ż. z NTM [w większości (76,7% badanych) 71.–90. r.ż.].

**Wyniki:** U badanych 60 (100%) kobiet z NTM współwystępowały nadciśnienie tętnicze ze względną niewydolnością układu krążenia, oddechowego, również ruchowego, a u 46 (77%) kobiet także choroby przewlekłe, jak: cukrzyca, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, udar mózgu, depresja. Stwierdzono, iż na NTM u tych kobiet nie wpłynęły czynniki: wykształcenie i rodzaj pracy. Występowanie NTM korelowało u badanych kobiet z powtarzającymi się zakażeniami moczu, które istotnie zależały od wieku badanych ( $p = 0,05$ ) oraz od przyjmowanych leków moczopędnych, antydepresyjnych, przeciw nadciśnieniu tętniczemu. Wykazano także zależność od miejsca zamieszkania. Stwierdzono też występowanie NTM u badanych kobiet, które w przeszłości miały zabiegi operacyjne na narządach okolicy miednicy mniejszej, a także rodziły więcej niż cztery razy.

**Wnioski:** 1. U badanych kobiet po 70. r.ż. stwierdzono częstsze w porównaniu z młodszymi występowanie dysurii, nagłych parć na mocz i nawrotów zakażeń moczu. 2. Nietrzymanie moczu u badanych wiązało się z wieloma czynnikami ryzyka predysponującymi, promującymi oraz urazowymi. 3. Nietrzymanie moczu znacznie pogorszyło jakość życia u wszystkich badanych kobiet.

**Słowa kluczowe:** nietrzymanie moczu u kobiet, jakość życia, zakład opiekuńczo-leczniczy, choroby przewlekłe.

### Summary

**Introduction:** Urinary incontinence is one of ten most significant socio-medical problems. This particular disease occurs more often in females. It affects about 3 million females in Poland yearly.

**Aim of the study:** The aim of the study is to assess risk factors and quality of life in urinary incontinence female patients at the Care and Medical Centre in Kielce (Zakład Opiekuńczo Lecznicy w Kielcach).

**Material and methods:** 60 females aged 50 and more with a different degree of urinary incontinence were involved in the study.

**Results:** Study 60 (100%) women with urinary incontinence also had hypertension and dysfunction of circulatory, respiratory and movement systems while in 46 (77%) women chronic diseases, i.e. Alzheimer's disease, diabetes, multiple sclerosis, cerebral hemorrhage, stroke were also present. It was ascertained that in study 46 females' group no factors like: age, education, place of living or occupation made a contribution to the disease. Urinary tract infection (UTI) when recurrent is yet another risk factor for urinary incontinence. Among 60 (100%) females, statistically one may conclude ( $p = 0.05$ ) that UTI symptoms were affected by age. Some types of medicines, i.e. diuretics, antidepressants or antihypertensives also contribute to the growing number of females suffering from urinary incontinence. Age and place of living affect the number of individuals taking these medications at a significance level of  $p = 0.05$ .

**Conclusions:** The analysis resulting from the study reveals that symptoms like dysuria and urgent incontinence were more frequent in women over 70 years. Urinary incontinence turned out to be affected by a number

Adres do korespondencji:

Sławomir Aleksander Dutkiewicz, ul. Lachmana 2 m. 56, 02-786 Warszawa, tel. +48 502 025 880, e-mail sad1947@wp.eu

of causes and it depends on urinary tract infections, procedures involving the crotch region, number of deliveries, some diseases and groups of medications. Urinary incontinence is a nuisance and it results in a change of quality of life.

**Key words:** female urinary incontinence, quality of life, Care and Medical Centre, chronic diseases.

## Wstęp

Nietrzymanie moczu (NTM) jest poważnym problemem medycznym i społecznym, który częściej występuje u kobiet – rocznie dotyka ok. 3 mln pacjentek. Prawdziwa częstość występowania NTM, zwłaszcza u osób starszych, jest trudna do określenia z powodu wstydu i niechęci przyznania się do tej dolegliwości. Do powstania NTM nie prowadzi określony czynnik etiologiczny, a powstaje ono w wyniku działania wielu czynników ryzyka. Ich rozpoznanie pozwala na ich eliminowanie. Poza uciążliwością, niewłaściwe postępowanie w przypadkach NTM może powodować powikłania somatyczne i psychologiczne. Chorzy z NTM mają poczucie mniejszej atrakcyjności, obniża się ich pozycja społeczna, nierzadko popadają w depresję [1, 2]. Zapobieganie i eliminowanie NTM uwarunkowane jest ustaleniem czynników ryzyka, które podzielono na predysponujące, promujące oraz związane z urazem. Czynniki predysponujące to: występowanie rodzinne NTM, wady anatomiczne dolnego odcinka układu moczowego, zaburzenia układu nerwowego (choroby), następstwa operacji w miednicy mniejszej. Do czynników promujących należą: przyjmowanie niektórych leków, menopauza, zaburzenia procesów poznawczych, zakażenia układu moczowego, otyłość, choroby współistniejące, jak cukrzyca, niewydolność krążenia, choroby płuc, zaparcia. Trzecią grupę czynników ryzyka stanowią urazy tkanek otaczających, jak: liczba porodów, nacięcie krocza, operacje położnicze (próżnościąg), operacje usunięcia macicy, operacje pochwowe, radioterapia [3].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena występowania czynników ryzyka i ich wpływu na NTM oraz jakość życia pacjentek Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kielcach.

## Materiał i metody

Badano w 2009 r. 60 (100%) kobiet po 50. r.ż. cierpiących, poza innymi dolegliwościami, na NTM, będących pensjonariuszkami Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kielcach. Metodą badania był sondaż diagnostyczny kwestionariuszem własnego autorstwa. Stan zdrowia badanych ustalono na podstawie historii chorób i dokumentacji medycznej. Zakład Opiekuńczo-Leczniczny zajmuje się osobami starszymi, wymagającymi opieki z powodu licznych schorzeń.

Kwestionariusz (tab. I) składał się z części, w której zawarto dane demograficzne i pytania (6.–12.) dotyczące czynników ryzyka NTM, oraz pytań dotyczących (13.–29.) oceny jakości życia. Badane czynniki analizowano, uwzględniając zmienne demograficzne: wiek, wykształcenie, rodzaj wykonywanej wcześniej pracy (w kategoriach fizyczna/umysłowa), miejsce zamieszkania (miasto/wieś). Uzyskane informacje opracowano metodami statystyki matematycznej (test Chi kwadrat i współczynniki kontyngencji).

## Wyniki

Większość badanych kobiet (51; 85%) to osoby powyżej 70. r.ż. [pozostałe 9 (15%) uznano za tzw. grupę młodszych, tj. w wieku 50–70 lat]. Wykształcenie podstawowe miało 45 (75%); pracujących fizycznie (w przeszłości) było 48 (80%), a mieszkających na wsi 50 (83%). U wszystkich badanych poza NTM występowało więcej niż jedno dodatkowe schorzenie. Badane pensjonariuszki (na podstawie historii chorób) leczyły się na nadciśnienie tętnicze, względną niewydolność krążenia i oddechową, miały dysfunkcję ruchową i osteoporozę niewielkiego stopnia.

Oceniono czynniki ryzyka związane z NTM oraz jakość życia. Ustalono też, iż aktualnie problem popuszczania moczu związany był z wysiłkowym NTM oraz nagłymi parciem (poza 3 kobietami z grupy wiekowej młodszej, które miały „czyste” wysiłkowe NTM).

Czynniki predysponującymi i promującymi NTM mogły być współwystępujące choroby przewlekłe, jak: choroba Alzheimera (3), cukrzyca (11), udar mózgu (25) oraz depresja (26 kobiet). Wymienione schorzenia nierzadko występowały po kilka u jednej kobiety. Wykształcenie, miejsce zamieszkania ani rodzaj pracy nie miały znaczenia istotnego statystycznie w NTM u tych kobiet.

U kobiet ze stwierdzonym w czasie badania zakażeniem układu moczowego (*urinary tract infection* – UTI) wykazano związek NTM z przyjmowaniem wybranych leków (moczopędnych i hipotensyjnych oraz przeciwdrożdżycowych), miejscem zamieszkania oraz liczbą porodów – czterech i więcej ( $p = 0,05$ ).

Liczba porodów u badanych: 6 (10%) kobiet rodziło jeden raz; 16 (26,7%) kobiet 2–3 razy; 24 (60%) rodziły 4 razy, kolejnych 7 (11,7%) kobiet rodziło więcej niż 6 razy, a 4 (6,7%) – 8 razy. U kobiet, które rodziły więcej niż 3 razy, nie stwierdzono wpływu zmiennej wieku na liczbę porodów [ $\chi^2 = 9,49$  ( $p > 0,05$ );  $\chi^2_{ca} = 18,307$ ; współczynnik kontyngencji =  $q_{37}$ ]. Stwierdzono natomiast wpływ następujących zmiennych na liczbę porodów:

## Tab. I. Kwestionariusz

<b>1. Wiek</b> a. 50–70 lat, b. 71–90 lat, c. powyżej 91 lat
<b>2. Miejsce zamieszkania przed przyjęciem</b> a. miasto, b. wieś
<b>3. Wykształcenie</b> a. podstawowe, b. średnie, c. wyższe
<b>4. Rodzaj wykonywanej pracy w przeszłości</b> a. fizyczna, b. umysłowa
<b>5. Stan cywilny</b> a. panna, b. mężatka, c. wdowa
<b>6. Liczba porodów</b> a. 0, b. do 2, c. do 4, d. do 6, e. do 8, f. więcej niż 8
<b>7. Jaką metodą odbył się poród?</b> a. siłami natury, b. zabiegowo (np. cięcie cesarskie)
<b>8. Czy były operacje w obrębie miednicy mniejszej?</b> a. tak, b. nie
<b>9. Czy choruje Pani na następujące choroby przewlekłe?</b> a. schorzenia neurologiczne (podać jakie), b. wady anatomiczne układu moczowego, c. choroba Alzheimera, d. cukrzyca, e. nie choruję na żadną dodatkową chorobę
<b>10. Czy spotkały Panią?</b> a. uraz rdzenia kręgowego, b. udar mózgu (niedokrwienny), c. udar krwotoczny „wylew”, d. nie
<b>11. Czy kiedykolwiek miała Pani powtarzające się zakażenia układu moczowego?</b> a. tak, b. nie
<b>12. Czy przyjmuje Pani następujące leki?</b> a. na nadciśnienie, b. antydepresyjne, c. moczopędne, d. nie
<b>13. Liczba mikcji w czasie doby</b> a. do 6, b. do 8, c. do 10, d. do 12, e. więcej niż 12
<b>14. Czy ma Pani nykturię (powyżej jednej mikcji w nocy)?</b> a. tak, b. nie
<b>15. Czy ma Pani nagłace parcia na mocz?</b> a. tak, b. nie
<b>16. Czy zdarza się Pani nietrzymanie moczu przy silnym parciu?</b> a. tak, b. nie
<b>17. Czy oddawanie moczu odbywa się obecnie bez dolegliwości?</b> a. tak, b. nie
<b>18. Czy możliwość skorzystania z toalety jest dla Pani ważna, gdy znajduje się Pani poza domem?</b> a. tak, b. nie
<b>19. Czy popuszcza Pani mocz podczas: kaszlu, kichania, ćwiczeń fizycznych, noszenia zakupów?</b> a. tak, b. nie
<b>20. Ilość płynów przyjmowanych na dobę</b> a. poniżej 1 l, b. 1,5 l, c. 2 l, d. 2,5 l lub więcej
<b>21. Czy stosuje Pani podpaski/pampersy?</b> a. tak, b. nie
<b>22. Czy w związku z problemem nietrzymania moczu stosuje Pani kosmetyki do higieny intymnej?</b> a. tak, b. nie
<b>23. Czy nadużywa Pani?</b> a. kawy, b. alkoholu, c. ostrych przypraw, d. herbaty, e. płynów gazowanych
<b>24. Czy unika Pani kontaktów towarzyskich?</b> a. tak, b. nie
<b>25. Czy ma Pani osobę, której może Pani zwierzyć się ze swoich problemów?</b> a. tak, b. nie
<b>26. Który z problemów stwarza Pani największą trudność?</b> a. przykry zapach, b. lęk przed zmoczeniem ubrania, c. lęk przed utratą kontroli nad mikcją, d. trudności w zaakceptowaniu wkładek/pampersów, e. wstydzenie się swojej dolegliwości
<b>27. Czy nietrzymanie moczu wpłynęło na Pani życie rodzinne?</b> a. nie, b. bliscy stali się bardziej serdeczni, c. bliscy stali się nadopiekuńczy, d. rodzina odsunęła się
<b>28. Czy nietrzymanie moczu spowodowało zmiany w kontaktach z otoczeniem?</b> a. nie, b. znajomi unikają mnie, c. znajomi stali się bardziej życzliwi, d. inne zachowania
<b>29. Jaki jest Pani aktualny stosunek do życia z nietrzymaniem moczu?</b> a. zaakceptowanie, b. bezradność, c. obojętność, d. samotność, e. lęki, f. poczucie krzywdy, g. inne

Tab. II. Dane demograficzne i liczba porodów u badanych kobiet

Dane demograficzne	Liczba porodów					
	1	do 2	do 4	do 6	do 8	> 8
wiek [lata]						
50–70	1	5	2	1	0	0
71–90	5	10	21	5	3	2
> 91	0	1	1	1	1	1
wykształcenie						
podstawowe	5	6	22	5	4	3
średnie	1	5	2	2	0	0
wyższe	0	5	0	0	0	0
rodzaj wykonywanej pracy						
fizyczna	4	11	20	6	4	3
umysłowa	2	5	4	1	0	0
miejsce zamieszkania						
miasto	3	6	1	0	0	0
wieś	3	10	23	7	4	3

Tab. III. Metody porodów w zależności od wieku, wykształcenia, rodzaju pracy i miejsca zamieszkiwania badanych kobiet

Dane demograficzne	Poród siłami natury	Cięcie cesarskie
wiek [lata]		
50–70	6	3
71–90	45	1
> 91	5	0
wykształcenie		
podstawowe	44	1
średnie	9	1
wyższe	3	2
rodzaj wykonywanej pracy		
fizyczna	46	2
umysłowa	10	2
miejsce zamieszkania		
miasto	7	3
wieś	49	1

wykształcenia [ $\chi^2 = 28,8$  ( $p = 0,05$ );  $\alpha = 18,307$ ], rodzaju wykonywanej pracy [ $\chi^2 = 5,9$  ( $p = 0,05$ );  $\alpha = 11,070$ ] oraz miejsca zamieszkania [ $\chi^2 = 14,81$  ( $p = 0,05$ );  $\alpha = 11,070$ ]. Współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,44 i miał charakter przeciętny. Większość kobiet (50; 83,3%) rodziło siłami natury, ale z nacięciem krocza, zaś 4 (6,7%) rodziły metodami zabiegowymi. Analizowano liczby i rodzaje porodów z powodu możliwości ich wpływu na NTM [3].

Stwierdzono istotny statystycznie wpływ wieku (kobiety rodziły kilkadziesiąt lat temu) na metodę porodu:  $\chi^2 = 12,15$  ( $p = 0,05$ );  $\alpha = 5,991$  (współczynnik kontyn-

gencji między zmiennymi wyniósł 0,45 i miał charakter przeciętny); wpływ wykształcenia na metodę porodu:  $\chi^2 = 6,71$  ( $p = 0,05$ );  $\alpha = 5,991$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,33 i miał charakter przeciętny). Stwierdzono też wpływ miejsca zamieszkania na metodę porodu:  $\chi^2 = 15,83$  ( $p = 0,05$ );  $\alpha = 3,841$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,05 i miał charakter wysoki). Spośród 60 badanych jedynie 6 (10%) kobiet było operowanych i po operacjach wystąpiły problemy z trzymaniem moczu.

U 2 (3,2%) kobiet stwierdzono stwardnienie rozsiane, u 3 (5%) chorobę Alzheimera; 11 (18,5%) kobiet miało cukrzycę; kolejne – uraz kręgosłupa i udar mózgu [odpowiednio 6 (10%) i 25 (42,5%)], depresję 26 (43,3%), a 10 (17%) kobiet nie chorowało na wymienione w tabeli IV dodatkowe choroby (ale miały nadciśnienie, względną niewydolność krążenia, chorobę przewlekłą płuc, dysfunkcję ruchową, osteoporozę). Kobiety w wieku 91 lat były po udarze mózgu, miały depresję i nie stwierdzono pozostałych wymienionych w tabeli IV chorób, dlatego w odpowiednich rubrykach odnotowano te same trzy badane (nie oznacza to, że było 9 kobiet w wieku 91 lat).

Aż 55 (91,7%) kobiet nie miało w ostatnim czasie powtarzających się zakażeń dróg moczowych (choć w przeszłości nawroty były częste), a u 5 w chwili badania stwierdzono UTI u 5 (8,3%). Lekki na nadciśnienie przyjmowało 38 (63,7%), preparaty antydepresyjne 12 (20%) i leki moczopędne 4 (6,7%) kobiety.

Stwierdzono wpływ następujących zmiennych na częstość oddawania moczu w ciągu doby: wiek –  $\chi^2 = 26,6$

Tab. IV. Choroby przewlekłe badanych kobiet (u większości więcej niż jedno schorzenie)

Wiek [lata]	Stwardnienie rozsiane	Choroba Alzheimera	Cukrzyca	Uraz rdzenia kręgowego	Udar mózgu	Depresja	Brak wymienionych chorób
50–70	2	2	3	2	7	9	0
71–90	0	1	8	4	15	14	7
> 91	0	0	0	0	3	3	3

( $p = 0,05$ );  $\chi^2_{ca} = 9,488$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,41 i miał charakter wysoki); miejsce zamieszkania –  $\chi^2 = 12,15$  ( $p = 0,05$ );  $\chi^2_{ca} = 15,507$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,41 i miał charakter przeciętny); wykształcenie –  $\chi^2 = 19,3$  ( $p = 0,05$ );  $\chi^2_{ca} = 15,507$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,41 i miał charakter przeciętny); rodzaj wykonywanej pracy:  $\chi^2 = 8,24$  ( $p = 0,05$ );  $\chi^2_{ca} = 9,488$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,35 i miał charakter przeciętny). Powyżej jednego razu wstawiała w nocy większość badanych (54; 90%), a 6 (10%) kobiet nie zgłosiło nykturii, ponieważ stosowały pieluchy higieniczne.

Stwierdzono wpływ wieku na nawracające zakażenia moczu, dysurię i parcia naglące:  $\chi^2 = 6,1$  ( $p = 0,05$ );  $\chi^2_{ca} = 5,991$  (współczynnik kontyngencji między zmiennymi wyniósł 0,31 i miał charakter przeciętny). Pięćdziesiąt dwie badane (86,7%), a wśród nich 48 kobiet powyżej 71 lat, nie trzymały moczu w czasie silnego parcia.

Występowanie nawracających zakażeń z dysurią podało 57 (95%) badanych. W czasie przebywania poza domem konieczność oddania moczu odczuwało 57 (95%) badanych, a takiej potrzeby nie miały 3 (5%) kobiety. Wysiłkowe NTM (w czasie kaszlu, kichania, ćwiczeń fizycznych, noszenia zakupów) występowało u 58 (96,7%) kobiet. Przyjmowanie płynów ograniczało (poniżej 1 l) 30 (50%) kobiet, 7 (11,7%) wypijało 1,5 l, a 9 (15%) – 2 litry. Około 2,5 l wypijało 6 (10%) badanych, a 3 l płynów – 3 (5%) kobiety. Zabezpieczenia przed wyciekami moczu stosowało 57 (95%) kobiet, a kosmetyki do higieny intymnej 37 (61,6). Najczęściej badane piły herbatę (35; 58,3%), rzadziej kawę (15; 25%) i napoje gazowane (6; 10%) kobiet. Tylko 4 (6,7%) badane potwierdziły spożywanie pokarmów z ostrymi przyprawami.

W dotychczasowych nawykach 55 (91,7%) kobiet zmieniło swoje przyzwyczajenia oraz unika ludzi. Jed-

nie 15 (25%) badanych zeznało, że ma zaufaną osobę, której może się zwierzyć.

Czterdzieści (66,7%) badanych kobiet odczuwało lęk przed zamoczeniem ubrania, 39 (65%) wstyd, 35 (58,3%) obawiało się przykrego zapachu, 27 (45%) miało trudności z noszeniem wkładek/pampersów, a 10 (16,7%) odczuwało lęk przed brakiem kontroli nad mikcją.

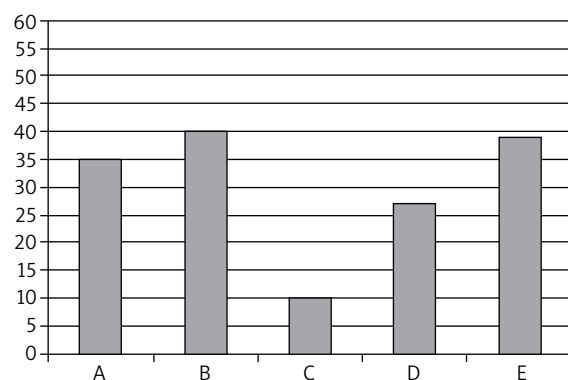
W ocenie stosunku otoczenia do badanych 8 (13,3%) kobiet uważało, że nie nastąpiły zmiany w ich życiu, 6 (10%) odczuwało nawet większą serdeczność, natomiast 11 (18,3%) badanych – nawet nadopiekuńczość. Jednak 35 (58,3%) kobiet uważało, że rodzina dystansuje się od nich, a 8 (13,3%) kobiet nie odczuwało zmian. Ponad połowa (37; 61,7%) kobiet uważała, że znajomi unikają ich, zaś 10 (16,7%) sądziło, że znajomi są bardziej życzliwi. Stosunek pozytywny ze strony otoczenia odczuwało 5 (8,3%) kobiet.

## Dyskusja

Do rozwoju objawu NTM przyczynia się wiele czynników ryzyka. Zapobieganie wymaga ustalenia tych czynników i – w miarę możliwości – ich eliminowanie. Cięża i liczba porodów są często uznawane za czynniki ryzyka NTM. Zaburzenia statyki narządu rodowego związane są z niewydolnością mięśni dna miednicy i uszkodzeniem powięzi łonowo-cewkowej (najczęściej po przebytych porodach drogą naturalną) [3, 4]. Zaburzenia układu nerwowego, jak np. neuropatia obwodowa w przebiegu cukrzycy, urazy splotu miednicznego po operacjach w miednicy mniejszej (np. po usunięciu macicy) powodują zaburzenia mikcji, również w fazie gromadzenia moczu w postaci pęcherza nadreaktywnego lub wysiłkowe NTM [3, 4]. Blisko połowa osób przebywających w zakładach dla przewlekle chorych lub domach opieki społecznej cierpi z powodu NTM. Pamiętaj jednak należy, że rzeczywista częstość występowania NTM, zwłaszcza u osób starszych, jest trudna do określenia

**Tab. V.** Liczby badanych kobiet z nawrotowym zakażeniem moczu i stałą dysurią oraz towarzyszącymi nagłymi parciami na mocz w zależności od wieku, wykształcenia, rodzaju pracy i miejsca zamieszkania

Dane demograficzne	Tak	Nie
wiek [lata]		
50–70	6	3
71–90	46	0
> 91	5	0
wykształcenie		
podstawowe	44	1
średnie	8	2
wyższe	5	0
rodzaj wykonywanej pracy		
fizyczna	46	2
umysłowa	11	1
miejsce zamieszkania		
miasto	8	2
wieś	49	1



**Ryc. 1.** Problemy stwarzające największą trudności w życiu 60 badanych kobiet. A – przykry zapach; B – lęk przed zamoczeniem ubrania; C – brak kontroli nad mikcją; D – trudności z noszeniem wkładek/pampersów; E – wstyd

z powodu ukrywania tej dolegliwości. Potwierdzają to dane w pracy własnej, w której nie łatwo ukryć taką dolegliwość z powodu charakteru placówki opiekuńczo-leczniczej. Okazało się, iż wszystkie pensjonariuszki mają z tym problem, a częstotliwość NTM wzrasta proporcjonalnie z wiekiem. Grupy szczególnie narażone to kobiety, które w przeszłości rodziły, a obecnie są w okresie pomenopauzalnym [2, 4, 5]. Wiele czynników jest przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu. Można do nich zaliczyć: zaburzenia hormonalne, liczne porody, operacje w obrębie miednicy, przyjmowane leki, choroby układu nerwowego, tkanki mięśniowej. Dlatego NTM nie dotyczy jedynie starszych, ale występuje też u osób młodszych [2, 3]. Częstymi czynnikami ryzyka NTM są urazy tkanek otaczających w ciąży i porodach. Jeden poród zwiększa ryzyko NTM, które jest największe po urodzeniu powyżej trójga dzieci. Nacięcie krocza i operacje, ciężar urodzeniowy noworodka powyżej 4000 g zwiększają również to ryzyko [3, 4].

Różnorodne czynniki sprzyjają NTM u badanych kobiet, które jest najczęściej wieloczynnikowe [4 i więcej porodów siłami natury u łącznie 46 (67%) kobiet, a u 4 – zabiegowo]. Wszystkie badane były w okresie pomenopauzalnym, zatem miały zmniejszone stężenie estrogenów (powoduje to zmiany atroficzne i objawy m.in. NTM, ponadto zanik błony śluzowej cewki, zapadanie podśluzówkowych spłotów żylnych, przebudowę tkanki łącznej ze zmniejszeniem włókien elastyny oraz niektórych typów kolagenu, zmniejszenie też np. liczby receptorów adrenergicznych w cewce) [4]. Choroby współistniejące, jak cukrzyca (u 11 pań) osłabiają prawidłową czynność gromadzenia moczu. Dysfunkcje układu nerwowego, np. udary lub urazy, dotyczyły łącznie połowy badanych i musiały przyczynić się do powstania pęcherza nadreaktywnego lub NTM wysiłkowego [2, 3]. Zatem u badanych podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kielcach udział w NTM miały czynniki predysponujące, promujące i urazowe.

Zaburzenia mikcji powodują też zaburzenia emocjonalne, skłonność do izolowania się w społeczeństwie, zaburzenia snu, unikanie kontaktów rodzinnych i towarzyskich, zmniejszenie aktywności zawodowej, ograniczanie takich czynności, jak: zakupy, podróże, wypoczynek [2–5]. Wśród czynników ryzyka wywołujących NTM najczęściej wymieniany jest wiek. Z wiekiem zmniejsza się pojemność pęcherza i postępują zmiany degeneracyjne tkanek tworzących przeponę miednicy. Ponadto, częściej występują cukrzyca oraz inne choroby i demencja [3–5]. Częstość występowania NTM w populacji osób starszych jest duża. W badaniach prowadzonych przez Zakład Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku w populacji osób starszych zamieszkujących w środowisku ośrodka gerontologicznego NTM podawało 35% ankietowanych po 75. r.ż. [6]. W badaniach własnych stwierdzono, że z wiekiem uciążliwość kobiet z NTM stawała się istotnie większa. Zatem potwierdził

się fakt, że wiek jest tym czynnikiem, który wpływa na trzymanie moczu. Stwierdzono też, że wyższy wiek kobiet równa się większej liczbie chorób i powikłań oraz utrudnień w życiu.

Zakażenie układu moczowego, szczególnie nawracające, należy do czynników sprzyjających NTM. Niewątpliwie zapalenia pęcherza podrażniają mięśniówkę mięśnia wypieracza pęcherza i może to objawiać się bolesnym NTM z parcia [7, 8]. Liczba badanych chorych, które nie oceniły występowania u siebie nagłych parć, dotyczyła tylko 3 kobiet. Wśród osób dojrzałych parcia nagłe występują 50 razy częściej u kobiet. W wieku podeszłym UTI rozpoznaje się u 10% mężczyzn i 20% kobiet [2, 3, 8]. Czynniki predysponującymi do UTI są: wiek powyżej 65. r.ż., płęć żeńska i jej uwarunkowania anatomiczne (sąsiedztwo ujścia cewki moczowej i odbytu, krótka cewka moczowa itp.), instrumentacja dróg moczowych, czyli cewnikowanie lub zabiegi typu cystoskopia itp., również utrudniony odpływ moczu z powodu wad anatomicznych, np. zwężenia dróg moczowych, kamicy układu moczowego, zaburzeń czynnościowych, tj.: pęcherz neurogeny, dysfunkcja wypieraczowo-zwieraczowa, wsteczny odpływ pęcherzowo-moczowodowy, obniżenie odporności, przewlekłe choroby, np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, a przede wszystkim niewłaściwa pielęgnacja chorego z cewnikiem oraz długotrwała hospitalizacja i antybiotykoterapia [2, 3, 7, 8].

Wszystkie kobiety badane w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym cierpiały na NTM, ich jakość życia była z tego powodu znacznie gorsza. Zakażenia układu moczowego stwierdza się u 25–50% kobiet w domach opieki i niemających cewników założonych na stałe w zamkniętym obiegu. Częstość zakażeń w populacji ogólnej zależy od płci. U kobiet zakażenie UTI występuje (wg różnych autorów) 25–30 razy częściej niż u mężczyzn, a wraz z wiekiem bakteruria występuje coraz częściej u obu płci [7, 9, 10]. Ważne znaczenie ma leczenie odkażające drogi moczowe, które niemal zawsze jest uzasadnione w NTM u starszych osób. Pośród mieszkańców zakładów opiekuńczych dla ludzi w podeszłym wieku, jak również pacjentów szpitali, UTI występuje u 25–50% kobiet i podobnie u mężczyzn [4, 6, 7, 9].

Z badań opublikowanych przez Rabiej i Dmoch-Gejzlerską wynika, że parcia nagłe na mocz odczuwa 78,3% ogółu badanych kobiet [11]. Zbliżone wyniki stwierdzono w omawianym badaniu. Silne i bolesne parcie na pęcherz, podczas którego zdarzało się popuścić mocz, zgłaszały 52 (86,7%) badane. W zakresie częstotliwości mikcji jedynie 6 (10%) kobiet zgłosiło oddawanie moczu 8 razy na dobę, a aż 54 (90%) – nawet do ponad 12 razy. Więcej niż jeden raz w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Kielcach w nocy do toalety wstawało 90% badanych kobiet, pozostałe miały założone pieluchy.

Nietrzymanie moczu bezpośrednio obniża jakość życia. Następstwa tego są różne i prowadzą do izo-

lacji społecznej (ludzie starsi zaczynają obawiać się opuszczania domu, ograniczają kontakty towarzyskie). Powstaje zwiększone ryzyko zachwiania zdrowia psychicznego i fizycznego. Mogą powstawać konsekwencje zdrowotne (zwiększenie ryzyka infekcji układu moczowego, zmiany skórne, odleżyny, a w przypadku diurezy nocnej także zaburzenia snu) i powstaje ryzyko utraty równowagi oraz uszkodzenia ciała, np. złamania kości, stłuczenia itp. [10–12]. Nietrzymanie moczu wpływa na pogorszenie jakości życia nie tylko kobiet tym dotkniętych, ale także ich rodzin. Dotyczy to opieki nad starszymi i niepełnosprawnymi ruchowo [5, 13]. Ponad połowa badanych (56%) kobiet, wcześniej pracujących fizycznie, obecnie stosuje środki higieniczne, natomiast ok. 83% spośród pracujących umysłowo. Może to wynikać z wyższego statusu życia oraz lepszych warunków finansowych.

W podsumowaniu analiz uzyskanych wyników badanych kobiet okazało się, że z NTM związane były choroby przewlekłe, jak: choroba Alzheimera, cukrzyca, stwardnienie rozsiane, udary mózgu. Stwierdzono ponadto, że wiek (poza wpływem na naglące parcia) tych chorych, ich wykształcenie, miejsce zamieszkania ani rodzaj pracy nie miały bezpośredniego związku z NTM.

## Wnioski

1. U badanych kobiet po 70. r.ż. stwierdzono częstsze w porównaniu z młodszymi występowanie dysurii, naglących parć na mocz i nawrotów zakażeń moczu.
2. Nietrzymanie moczu u badanych wiązało się z wieloma czynnikami ryzyka – predysponującymi, promującymi oraz urazowymi.
3. Nietrzymanie moczu znacznie pogorszyło jakość życia u wszystkich badanych kobiet.

## Piśmiennictwo

1. Radziszewski P, Dobroński P, Borkowski A. Podział i diagnostyka nietrzymania moczu. *Terapia* 2002; 4: 7-10.
2. Tołłoczko T. Nietrzymanie moczu – problem społeczny i kliniczny. *Terapia* 2002; 4: 4-6.
3. Pawlaczek A. Przyczyny NTM. *Kwartalnik NTM* 2008; 1: 4-5.
4. Wiczyńska-Zajęc A. Nietrzymanie moczu u kobiet. *Terapia* 2002; 4: 27-30.
5. Kamińska J. Nietrzymanie moczu – choroba społeczna. *Kwartalnik NTM* 2007; 4: 5-6.
6. Gomolin I, Kathpalia R. Zakażenie układu moczowego u osób przewlekle chorych i pensjonariuszy domów opieki. *Medycyna po Dyplomie* 2002; 12: 155-62.
7. Dutkiewicz S (red.). Zakażenia drobnoustrojowe układu moczowo-płciowego. Uwagi praktyczne. Wyd. Medagro International, Warszawa 2004.
8. Dutkiewicz S. Problem pęcherza nadaktywnego (OAB) i nietrzymania moczu (NTM). *Profilaktyka Lekarska* 2009; 17: 12-7.
9. Duława J, Strzelczyk P. Zakażenia układu moczowego. *Lek Rodz* 2004; 6: 688-701.
10. Niewiadomski T, Sobczak U. Potrzeba wydalania. W: Talarska D, Tobis K, Szatkiewicz E (red.). *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. PZWL, Warszawa 2009; 174-8.
11. Rabiej M, Gejzlerska E. Dolegliwości urologiczne u kobiet w okresie senu. *Położna. Nauka i Praktyka* 2008; 1: 46-9.
12. Parys BT, Machin DG, Woolfenden KA, Parsons KF. Chronic urinary retention – a sensory problem? *Br J Urol* 1988; 62: 546-9.
13. Guyatt GH, Ferrans CE, Halyard MY i wsp. Jakość życia zależna od stanu zdrowia – od badań klinicznych do praktyki lekarskiej. *Medycyna po Dyplomie* 2008; 17: 24-38.