

\* Instytut Psychologii UG  
\* Department of Psychology, University of Gdańsk  
\*\* Klinika Ginekologii AMG  
\*\* Gynecological Department, Medical University of Gdańsk  
\*\*\* Oddział Położnictwa i Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Gdańsku  
\*\*\* Department of Obstetrics and Gynecology, Regional Hospital in Gdańsk

MARIOLA BIDZAN \*, JOANNA DWURZNIK \*, JERZY SMUTEK \*\*,  
MAGDALENA GRZYBOWSKA \*\*\*

***The quality of marriage and the level of sexual functioning of the women  
treated for urinary incontinence in the light of the results based on the  
quality of Marriage Scale by Spanier and King's Health Questionnaire***

---

**Jakość związku partnerskiego a poziom seksualnego funkcjonowania kobiet leczonych  
z powodu nietrzymania moczu w świetle wyników badania Skalą Jakości Związku  
DAS Spaniera oraz Kwestionariusza Zdrowia Kingsa**

Nietrzymanie moczu jest objawem, a nie odrębną jednostką chorobową (Radziszewski, Dobroński, Borkowski 2002). Ocenia się, iż problem ten dotyka ok. 17 – 60% kobiet (Rechberger, Jakowicki 2001). Charakter objawów tej dolegliwości sprawia, że jest ona wymieniana wśród chorób mających największy wpływ na funkcjonowanie psychofizyczne populacji kobiet (Bidzan, Groszyk, Smutek, Grzybowska 2004).

Z badań wynika, że istnieje silny związek pomiędzy dysfunkcjami uroginekologicznymi a dysfunkcjami seksualnymi (Shaw 2002). Z powodu nietrzymania moczu u ok. 10-56% pacjentek pojawia się gubienie moczu w trakcie stosunku, a u 35% problemy z osiągnięciem orgazmu (Gordon 1999). Wiąże się z tym podwyższony poziom odczuwanego stresu, lęku o reakcje partnera, co może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie kobiet, obniżyć poczucie atrakcyjności w roli kobiety, a nawet prowadzić do zaburzeń seksualnych. Z przeprowadzonych przez Lwa Starowicza (1985) analiz statystycznych wynika, że zaburzenia seksualne stanowią jedną z ważnych przyczyn rozwodów, uzależnień, prób samobójczych, co sprawia, że stanowią problem społeczny. Należy jednak pamiętać, że sama dolegliwość nietrzymania moczu rzadko jest jedyną i odosobnioną przyczyną ograniczenia aktywności seksualnej kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu oraz stosowania różnych zmian w życiu seksualnym. Poza gubieniem moczu kobiety z tą dolegliwością wymieniają szereg innych przyczyn, m.in. złą więź partnerską, pogorszenie jakości seksu ze strony partnera, chorobę alkoholową partnera, używanie przemocy fizycznej, gwałt, zmniejszenie libido u kobiety, choroby somatyczne partnera (np. stan po zawale), zmniejszenie libido u partnera, choroby przewlekłe kobiety, problemy materialne, mieszkaniowe, zawodowe, obawę przed nieplanowaną ciążą (Smutek, Grzybowska, Bidzan, Płoszyński 2004).

Jak wynika z przeprowadzonych dotąd badań jakość związku małżeńskiego/partnerskiego ma największy wpływ na ocenę seksualnego funkcjonowania kobiet z nietrzymaniem moczu i stosowane zmiany we współżyciu. Jeśli związek z partnerem jest uważany przez kobietę za udany, to mimo wprowadzanych ograniczeń, zdaniem kobiet, ich partnerzy, jak i one same osiągają wystarczający

poziom satysfakcji i w związku z tym lepiej oceniają swe seksualne współżycie (Smutek, Bidzan, Grzybowska, Łożyk 2004).

Celem przeprowadzonych przez nas badań była ocena jakości związku partnerskiego oraz funkcjonowania seksualnego kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu.

## MATERIAŁ I METODA

Zbadano 59 kobiet leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu w Klinice Uroinekologicznej w Gdańsku w 2003 r. Pacjentki kwalifikowano do grupy badawczej na podstawie wywiadu, badań urodynamicznych, badania ginekologicznego z próbami wysiłkowymi, analizie kwestionariuszy Gaudenza oraz jednodobowego dziennika mikcyjnego, zgodnie ze standardem ICS (Abrams P., Cardozo L. i wsp. 2002).

Zastosowano kwestionariusz własnego autorstwa, Skalę G.B. Spaniera DAS, służącą do pomiaru jakości związku oraz Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia Kingsa (Polish version of the King's Health Questionnaire).

Skala Jakości Związku Spaniera poza ogólnym wynikiem wskazującym na ogólny poziom jakości związku ujmuje cztery aspekty przystosowania w związku: zgodność (czyli stopień wzajemnego porozumienia partnerów/małżonków w sprawach istotnych dla funkcjonowania związku), spójność (rozumianą jako wspólne zaangażowanie partnerów/małżonków w sprawy życia codziennego), satysfakcję (czyli ogólne odczucie zadowolenia ze związku i związana z tym odczuciem potrzeba trwania w związku), ekspresję emocjonalną (która odnosi się do wzajemnego okazywania sobie uczuć i wyrazów przywiązania przez partnerów/małżonków) (Cieślak 1989).

Kwestionariusz Zdrowia Kingsa składa się z 19 pytań dotyczących subiektywnego odczucia pacjentki na temat uciążliwości objawów nietrzymania moczu podczas wykonywania codziennych czynności, ograniczeń fizycznych i społecznych, funkcjonowania w życiu rodzinnym i w związku partnerskim. Dla potrzeb niniejszej pracy wykorzystano jedynie dane dotyczące ostatniego aspektu, czyli funkcjonowania w związku partnerskim.

## WYNIKI

**Tab. I Wyniki otrzymane z analizy Skali Jakości Związku DAS Spaniera**

DAS – średnie Wyników	< 100 N= 28	100 – 115 n=14	>115 N=17	Ogółem N=59
Wynik ogólny w Skali DAS	73	106	126	96
Podskala Satysfakcja	25	36	43	33
Podskala Ekspresja Emocjonalna	4	7	10	7
Podskala Zgodność	34	47	54	43
Podskala Spójność	9	14	18	13

Średnia wyników w Skali DAS dla całej grupy wyniosła 96. Ponieważ wyniki poniżej 100 uznaje się za niskie, natomiast powyżej 115 – za wysokie, jest to wynik wskazujący na niski poziom jakości małżeństwa/związku. Ponieważ wśród badanych przez nas osób znalazły się osoby mieszczące się w każdym z przedziałów (niski, średni, wysoki poziom oceny jakości związku) zrezygnowano z analizy średnich dotyczących zarówno wyniku ogólnego, jak i podskal Skali DAS w tych przedziałach. Na podstawie uzyskanych wyników wyodrębniono 3 grupy badanych: z niskimi, średnimi i wysokimi wynikami, Ponieważ liczebności grup były dość zróżnicowane, a różnice pomiędzy grupą ze średnimi wynikami i grupą, która uzyskała wysokie wyniki nieznaczna, zdecydowano się na utworzenie dwóch grup badanych: jednej z wynikami poniżej 100 punktów (gr. A) i drugiej powstałej z połączenia grup z wynikami średnimi oraz wysokimi (B). Średni poziom jakości związku w grupie A wynosił 73 punkty, natomiast w grupie B - 117 punktów.

Średnie wyniki uzyskane przez obie grupy badawcze w podskalach Skali DAS ilustruje tab. II.

**Tab. II Wyniki otrzymane z analizy podskal Skali Jakości Związku DAS Spaniera**

DAS – średnie Wyników	Gr A<100 N= 28	Gr B>100 N=31	Współczynnik korelacji Pearsona	Poziom istotności
Podskala Satysfakcja	25	40	0.649	0.01*
Podskala Ekspresja Emocjonalna	4	9	0.291	0.067
Podskala Zgodność	34	51	0.461	0.007*
Podskala Spójność	9	16	0.268	0.084

Po połączeniu grupy ze średnimi wynikami z grupą o wysokich wynikach widać wyraźne różnice pomiędzy grupą z niskimi wynikami (gr A) a grupą B. Średnia wyników w gr A jest bardzo niska i wynosi 73 punkty natomiast średnia wyników dla grupy B należy do średnich wysokich i wynosi 117. W każdej z podskal gr B uzyskała średnie wyniki dużo wyższe od średnich wyników w gr A. W podskali Satysfakcja gr B uzyskała 40 na 50 możliwych, podczas gdy gr A tylko połowę możliwych punktów – 25. W podskali Ekspresja emocjonalna wynik gr B to 9 na 12 możliwych do otrzymania punktów, natomiast wynik gr A to 4. W podskali Zgodność maksymalną liczbą do osiągnięcia jest liczba 65. Gr A osiągnęła 34 punkty, zaś gr B – 51. Natomiast w podskali spójność gr A uzyskała średnią 9, zaś gr B 16, przy możliwych do osiągnięcia 24 pkt.

**WYNIKI OTRZYMANE Z ANALIZY KWESTIONARIUSZA WŁASNEGO AUTORSTWA**

Analizie poddano jedynie pytania dotyczące związku partnerskiego/małżeńskiego.

**Tab. III Ocena związku z partnerem**

Ocena związku z partnerem	Gr A	%	Gr B	%
Pomyłka życiowa	4	15	0	0
Przewaga sytuacji konfliktowych	5	19	0	0
Przeciętnie udany	11	42	5	19
Udany	6	23	16	59
Bardzo udany	0	0	8	30

Person – 0.287, p = 0.533

Wyniki zamieszczone w powyższej tabeli wskazują, że żadna z badanych kobiet z gr. B nie oceniła swego związku ani jako pomyłki życiowej, ani też nie stwierdziła, że w jej związku przeważają sytuacje konfliktowe. W grupie A natomiast żadna z badanych pacjentek nie oceniła swego związku jako bardzo udany. Najwięcej badanych kobiet z gr A oceniło swój związek jako przeciętnie udany, a z gr B jako udany. Subiektywna ocena związku z partnerem nie różnicuje jednak statystycznie istotnie badanych grup.

**Tab. IV Ocena związku uczuciowego z partnerem**

Ocena związku uczuciowego z partnerem	Gr A	%	Gr B	%
Przewaga uczuć negatywnych	3	11	0	0
Obojętność, zniechęcenie	6	21	1	3
Przeciętny poziom zadowolenia	13	46	5	16
Przyjaźń, miłość	5	18	18	62
Głęboka miłość	1	4	7	24

Pearson – 0.240, p = 0.604

Żadna z badanych z gr B nie stwierdziła, że w jej związku dominują negatywne uczucia, większość twierdziła, że w ich związkach dominuje miłość i przyjaźń. Natomiast większość osób zakwalifikowanych do gr A wykazuje przeciętny poziom zadowolenia. Nie są to jednak różnice statystycznie istotne.

**Tab.V Ocena kontaktów seksualnych z partnerem**

Kontakty seksualne	Gr A	%	Gr B	%
Poczucie niższości, lęk	3	12	0	0
Kompleks niesprawności seksualnej, oziębłość	6	23	7	24
Poczucie braków w roli seksualnej przy akceptacji siebie w roli kobiety	7	27	19	66
Pełna akceptacja siebie w roli seksualnej i w roli kobiecej	10	38	1	3
Poczucie wyższości w zakresie doświadczeń seksualnych i w roli kobie-	0	0	0	0

Pearson – 0.880, p = 0.009

Jak wynika z powyższej tabeli ocena kontaktów seksualnych różnicuje badane grupy. Ponieważ część badanych kobiet ominęła to pytanie w kwestionariuszu liczebności grup są zmniejszone. Korelacja jest jednak wysoka, a zależność znaczna. Żadna z badanych kobiet nie ma poczucia wyższości w zakresie doświadczeń seksualnych i w roli kobiety. Większość kobiet z gr B zgłasza, mimo akceptacji siebie w roli kobiety, poczucie braków w roli seksualnej. Może to być spowodowane nietrzymaniem moczu. Żadna jednak z kobiet w tej grupie nie odczuwa lęku i niższości seksualnej, podczas gdy 3 kobiety z gr A zgłosiły ten problem. W tej grupie (A) większość kobiet ma poczucie pełnej akceptacji siebie w roli seksualnej i w roli kobiety.

**Tab. VI Wyniki dotyczące wpływu problemów z pęcherzem na życie osobiste wg Kwestionariusza Zdrowia Kingsa**

Wpływ problemów z pęcherzem na:	Gr A	%	Gr B	%	Współczynnik korelacji	Poziom istotności
<b>Związek z partnerem</b>					0.191	0.758
Nie dotyczy	7	25	3	10		
Wcale	7	25	16	52		
Trochę	4	14	5	16		
Umiarkowanie	3	11	5	16		
Bardzo	7	25	2	6		
<b>Życie płciowe</b>					0.130	0.835
Nie dotyczy	7	25	4	13		
Wcale	6	21	14	45		
Trochę	4	14	8	26		
Umiarkowanie	3	11	1	3		
Bardzo	8	29	4	13		
<b>Życie rodzinne</b>					0.940	0.017
Nie dotyczy	4	14	3	10		
Wcale	14	50	18	58		
Trochę	3	11	6	19		
Umiarkowanie	4	14	1	3		
Bardzo	3	11	3	10		

Jak wynika z powyższej tabeli jedynie wpływ problemów z pęcherzem na życie rodzinne różnicuje badane grupy na poziomie statystycznie istotnym. Natomiast wpływ problemów z pęcherzem na związek z partnerem i na życie płciowe nie różnicuje grupy A i B.

## INTERPRETACJA WYNIKÓW

Interpretacja wyników uzyskanych z analizy Skali G.B. Spaniera służącej do pomiaru jakości związku

Średnia, jaką uzyskały badane w kwestionariuszu DAS mieści się na niskim poziomie. Świadczy ona o niskiej jakości związków, w jakich pozostają badane z nietrzymaniem moczu. Po wyodrębnieniu grup można stwierdzić wyraźne różnice pomiędzy badanymi z niską i wysoką satysfakcją ze związku. We wszystkich podskalach badane z Gr. A uzyskały znacznie niższe wyniki niż badane z Gr. B, co świadczy o tym, iż kobiety te nie mają poczucia zgodności z partnerem w sprawach ważnych dla funkcjonowania związku, mogą nie zgadzać się ze sobą, jeśli chodzi o poglądy religijne, rozporządzanie budżetem domowym, czy sposób spędzania wolnego czasu. Kobiety te mają także poczucie, że ich cele, dążenia i wartości są rozbieżne z celami i wartościami partnera. Poza tym małżonkowie nie angażują się wspólnie w sprawy życia codziennego, czyli spójność w tych związkach jest również na niskim poziomie. Widoczne jest to w tym, iż w diadzie partnerskiej nie ma miejsca na wspólne układanie planów, wspólny śmiech czy spokojną dyskusję na dowolny temat. Partnerzy nie angażują się wspólnie w sprawy związane z obowiązkami codziennymi, nie wspólnie sobie uczuć i wyrazów przywiązania przez partnerów również jest rzadkie. Wiąże się ono ściśle z kontaktami intymnymi, erotycznymi. W parach takich nie ma miejsca na okazywanie miłości. Życie seksualne albo zanikło albo jest na takim poziomie, że nie przynosi zadowolenia żadnemu z partnerów. Często zdarza się, że jedna lub czasem oboje strony, wyszukują wiele usprawiedliwień, by nie doszło do zbliżenia np. z powodu nadmiernego zmęczenia, bólu, choroby. U podstaw takiego zachowania leżą różne oczekiwania względem życia seksualnego, więc nie może ono właściwie przynieść im satysfakcji.

Dlatego też w podskali „satysfakcja” badane z tej grupy osiągnęły również bardzo niskie wyniki. Świadczą one o tym, że uważają one swoje związki za nieszczęśliwe, niespełnione. Czasami deklarują, że czynią wszystko, by związek był udany, ale efekty mimo wszystko nie przynoszą im satysfakcji.

Konsekwencją braku satysfakcji w związkach są częste kłótnie, brak zaufania do partnera, „granie sobie na nerwach”. Pojawia się żal z powodu zawarcia małżeństwa, a partnerzy rozmawiają lub nawet dochodzi do tego, iż wcielają w życie myśl o separacji lub rozwodzie.

Inaczej wyniki testu DAS przedstawiają się w Gr. B, która osiągnęła wysokie wyniki. Tu satysfakcja i subiektywne zadowolenie ze związku utrzymuje się na wysokim poziomie. Dlatego też badaną grupę kobiet z nietrzymaniem moczu należy rozpatrywać osobno, gdyż wyniki uzyskane w tym kwestionariuszu są bardzo różnicującą Gr. A i Gr. B i nie można uogólniać ich na całą badaną populację.

Ponieważ uzyskane wyniki w ocenie jakości związku nie są jednorodne dla badanej populacji, ale różnicują badane osoby na grupę o bardzo dobrej jakości związku i grupę o złej jakości związku małżeńskiego, można stwierdzić, iż to nie choroba i kłopoty z nietrzymaniem moczu są przyczyną złej jakości związków w jednej z grup. To nie choroba wpływa na jakość związku, ale jakość związku może wpłynąć na przebieg choroby, np. poprzez wsparcie jakiegoś partnera chora może dobrze sobie radzić z chorobą, nie wykazywać ubocznych psychologicznych skutków nietrzymania moczu, jak np. poczucie stygmatyzacji, dążenie do izolacji, lęk, utrata bezpieczeństwa.

Uzyskane wyniki są zgodne z wynikami badań przeprowadzonych przez nasz zespół na innej grupie badawczej. Potwierdzają one, iż jakiegokolwiek zaburzenia seksualne u kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu oraz stosowane przez nie strategie mają najczęściej tło wieloczynnikowe, czyli związane są nie tylko z faktem gubienia moczu w czasie współżycia, ale z ogólną jakością związku. Zatem jakość związku jest istotnym i jednym z wielu czynników rzutujących na seksualne funkcjonowanie kobiet gubiących mocz (Smutek, Bidzan, Grzybowska, Płoszyński 2004). Inne badania tego zespołu potwierdzają również to, iż w związkach o wysokiej jakości i satysfakcji, choroba kobiety i wynikające z niej następstwa, tj. stosowanie strategii przy współżyciu, nie wywierają negatywnych następstw dla relacji partnerskich, a najbardziej restrykcyjne strategie dla aktywności seksualnej partnerów stosują kobiety w tych przypadkach, gdzie obok gubienia moczu współlistnieją też inne przyczyny ograniczeń współżycia, gdzie niezadowolenie ze związku nie ogranicza się do choroby kobiety, ale ma głębsze podłoże i dotyczy wielu innych aspektów funkcjonowania partnerów (Smutek, Bidzan, Grzybowska, Płoszyński 2004).

### INTERPRETACJA WYNIKÓW UZYSKANYCH Z ANALIZY KWESTIONARIUSZA WŁASNEGO

Jeżeli chodzi o ocenę związków jako takich przez badane oraz ocenę tych związków pod kątem emocjonalnym, a także realizację ich, udzielone odpowiedzi nie różnicowały w sposób istotny wydzielonych grup. Cała populacja badanych ocenia swoje związki jako udane lub przeciętnie udane. Należy jednak zauważyć, że w Gr. B żadna z pań nie stwierdziła, że jej związek okazał się „pomyłką życiową”, ani nie stwierdziła, że w jej związku przeważają sytuacje konfliktowe.

Większość kobiet w Gr. A ocenia swój związek pod względem uczuciowym na przeciętnym poziomie. Za to w drugiej grupie badane mówią o miłości, przyjaźni, a nawet głębokim poczuciu szczęścia, czyli wyniki w tej skali w pełni odzwierciedlają wyniki różnicujące grupy w skali DAS.

Co do realizacji związku, pierwsza grupa uważa go za „prawie zrealizowany”, co może wiązać się posiadaniem dzieci, długością stażu małżeńskiego, czy z dorobieniem się wspólnie majątku. W grupie drugiej zaś znamienne jest to, iż żadna z pań nie uznała swojego związku za niezrealizowany, a większość stwierdziła, że ich związki są związkami spełnionymi.

Pytaniem najbardziej różnicującym badane w tym kwestionariuszu jest pytanie o seks w związku. Wprawdzie żadna z badanych nie ma poczucia wyższości nad partnerem w zakresie doświadczeń seksualnych, ale w Gr. A aż trzy panie odczuwają poczucie niższości i lęk wobec partnera (w Gr. B żadna nie zgłosiła takich odczuć względem partnera). Godny uwagi jest wynik, mówiący, iż to większość pań z Gr. A twierdzi, że w pełni akceptuje siebie w roli seksualnej i w roli kobiety, zaś w Gr. B panie mają poczucie braków w tej sferze, ale akceptują siebie w roli kobiety. Jest to być może spowodowane chorobą. Z tym, że w związkach udanych, gdzie satysfakcja z życia seksualnego jest wysoka, kobiety bardziej odczuwają zmianę, potrzebę wprowadzania niekorzystnych strategii do alkowy. Przeszkadza im to i utrudnia satysfakcjonujące jak dotąd współżycie. Mają po prostu skalę porównawczą w stosunku do tego, jak było kiedyś. Zaś kobiety pozostające w związkach o niskiej satysfakcji nie mają owego porównania. Swoje funkcjonowanie w sferze intymnej zarówno przed zachorowaniem, jak i w czasie choroby oceniły na niskim poziomie, dlatego też mają prawo czuć się w miarę dobrze, gdyż nic się nie zmieniło, a pełna akceptacja siebie w roli seksualnej i w roli kobiety może wynikać z próby podnoszenia swojej wartości w swoich oczach jako kobiety, czego ich zdaniem nie dostrzega partner. Nieliczne dotąd przeprowadzone badania dotyczące tego aspektu wskazują, że część kobiet z nietrzymaniem moczu ma problemy w życiu seksualnym. Nietrzymanie moczu wiąże się z różnymi następstwami: poczuciem zakłopotania, lękiem, unikaniem aktywności seksualnej czy problemami w relacjach partnerskich (Lew-Starowicz 2000).

#### **INTERPRETACJA WYNIKÓW UZYSKANYCH Z ANALIZY KWESTIONARIUSZA ZDROWIA KINGSA**

Problemy z pęcherzem mają także duży wpływ na życie osobiste badanych, a zwłaszcza na kontakty z partnerem oraz życie płciowe. Wprawdzie w Gr. B więcej kobiet stwierdziło, że problemy te nie mają wcale wpływu na tę sferę ich życia, ale większość pań przyznaje się, że ma trudności pod tym względem. Potwierdzają to badania Bidzan, Smutka i Zapadki (2004) nad funkcjonowaniem seksualnym kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Wyniki tych badań jednoznacznie stwierdzają, iż większość kobiet z takim problemem zdrowotnym realizuje swoje potrzeby seksualne w taki sposób, jak przed wystąpieniem trudności z nietrzymaniem moczu i mimo, że choroba może utrudniać funkcjonowanie seksualne, nie są to jednak trudności na tyle istotne, by spowodować istotne zmiany w tej dziedzinie (tamże).

To, iż więcej badanych stwierdza brak wpływu choroby na ich funkcjonowanie emocjonalne i seksualne w związku, może wynikać z wysokiej jakości partnerstwa, co zapewnia im zrozumienie ze strony partnera, poczucie bezpieczeństwa i pełną akceptację, tak jak to było dotychczas. Mimo, że w tej grupie więcej badanych przyznało się, że ma problemy z nietrzymaniem moczu, czyli wyciekaniem podczas stosunku płciowego, to można jednak przypuszczać, iż problemy pojawiające się w związku nie są wynikiem choroby, mimo że kobiety mogą tak twierdzić

#### **WNIOSKI**

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Tylko część kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu ocenia swoje funkcjonowanie seksualne na niskim poziomie. Są to te panie, które także na niskim poziomie oceniają jakość swojego związku. Dlatego też można stwierdzić, że seksualne funkcjonowanie kobiet z nietrzymaniem moczu jest w większym stopniu uzależnione od jakości partnerstwa i satysfakcji pod tym względem niż od nasilenia objawów choroby.
2. Jakość funkcjonowania seksualnego zależy od wielkości wsparcia ze strony partnera i wielkości satysfakcji ze związku. Im są one wyższe, tym większa satysfakcja ze współżycia. Jest to niezależne od nietrzymania moczu. Przy wysokiej satysfakcji ze związku chora otrzymuje od partnera poczucie bezpieczeństwa, wsparcie z trudnościami przy współżyciu oraz utwierdzenie, że mimo choroby jest pożądana i atrakcyjna. Przy braku tych czynników, satysfakcja seksualna utrzymuje się na niskim poziomie.
3. Nietrzymanie moczu jako wyizolowany czynnik nie ma większego wpływu na funkcjonowanie seksualne pacjentek.

## PIŚMIENNICTWO

1. Abrams P., Cardozo L. i wsp. (2002): ICS standardization of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 21, 167 – 178
2. Bidzan M., Groszyk A., Smutek J., Grzybowska M. (2004): Sfera seksualna kobiet leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu w świetle badania testem projekcyjnym Rorschacha, *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska*, Vol. LIX, Supl. XIV, 1, 139 – 143
3. Bidzan M., Smutek J., Zapadka J. (2004): Seksualne funkcjonowanie kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu – aspekty psychologiczne, *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska*, Vol. LIX, Supl. XIV, 1, 144 – 149
4. Borówka A. (1997): Nietrzymanie moczu – uwagi ogólne. *Nowa Medycyna* 4 (3), 2
5. Cieślak K. (1989): Polska wersja skali G.B. Spaniera służącej do pomiaru jakości związku małżeńskiego (DAS). *Przegląd Psychologiczny* 4, 1041-1049
6. Gordon (1999): Sexual dysfunction In women attending an urogynecology clinic, *International gynecology Journal* 10, 325-328
7. Lew – Starowicz Z. (1985) : Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. PZWL, Warszawa
8. Lew – Starowicz Z. (2000): Zaburzenia seksualne u kobiet z problemami uroginekologicznymi. *Nowa Medycyna* 7(5), 35 – 37
9. Radziszewski P., Dobroński P., Borkowski A. (2002): Podział i diagnostyka nietrzymania moczu. *Terapia* 4 (3), 7-10
10. Rechberger T., Jakowicki J.A. (2002): Nieotrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie. *Wyd. Bifolium*, Lublin
11. Shaw Ch. (2002): A systematic review of the literature the prevalence of sexual impairment In women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *European Urology* 42, 432 – 440
12. Smutek J., Bidzan M., Grzybowska M., Płoszyński A. (2004): Wpływ stosowanych przez kobiety strategii radzenia sobie z problemem gubienia moczu w czasie współżycia na seksualne funkcjonowanie ich partnerów. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska*, Vol. LIX, Supl. XIV, 6, 171 – 179
13. Smutek J., Grzybowska M., Bidzan M., Płoszyński A., (2004): Wpływ typu i zaawansowania klinicznego nieotrzymania moczu u kobiet na stosowanie strategii radzenia sobie z problemem gubienia moczu w trakcie współżycia. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska*, Vol. LIX, Supl. XIV, 6, 171 – 179
14. Smutek J., Bidzan M., Grzybowska M., Płoszyński A., Łożyk J. (2004): Nietrzymanie moczu u kobiet. Znaczenie jakości związku partnerskiego w wyborze strategii radzenia sobie z problemem gubienia moczu w trakcie współżycia. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska*, Vol. LIX, Supl. XIV, 6, 194 – 200
15. Tołłoczko T. (2002): Nietrzymanie moczu – problem społeczny i kliniczny. *Terapia* 4 (3), 4-6

## STRESZCZENIE

W celu oceny jakości związku partnerskiego oraz funkcjonowania seksualnego kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu zbadano 59 kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu w Klinice Uroginekologicznej w Gdańsku. Zastosowano kwestionariusz własnego autorstwa, Skalę G.B. Spaniera DAS, służącą do pomiaru jakości związku oraz Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia Kingsa (Polish version of the King's Health Questionnaire).

Przeprowadzone badania wskazują, że tylko część kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu ocenia swoje funkcjonowanie seksualne na niskim poziomie. Są to te panie, które także na niskim poziomie oceniają jakość swojego związku. Nietrzymanie moczu jako wyizolowany czynnik nie ma większego wpływu na funkcjonowanie seksualne pacjentek.

## ABSTRACT

59 women experiencing urinary incontinence were examined to analyze quality of marriage and the level of sexual functioning

A self-prepared questionnaire, the Marriage Scale by G.B. Spanier (DAS) and King's Health Questionnaire were used.

The research shows that only some women suffering from urinary incontinence evaluate their sexual functioning (life) on a low level. These are the women who evaluate their marriage also on a low level. Urinary incontinence as an isolated factor does not influence significantly sexual functioning of the patients.