

\* Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii UG  
\*\* Instytut Położnictwa i Chorób Kobięcych AMG  
\*\*\* Klinika Zaburzeń Rozwoju, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego

MARIOLA BIDZAN\*, JERZY SMUTEK\*\*, LESZEK BIDZAN \*\*\*

---

*Urinary incontinence – the last taboo of the 21st century?*

---

**Nietrzymanie moczu – ostatnim tabu XXI wieku?**

Nietrzymanie moczu (NM), choć znane od wielu stuleci na całym świecie, uznane jest obecnie za problem społeczny. Związane jest to z dużym nasileniem NM, ocenianym na 17-60% (Lemack 2000, Rechberger, Jakowicki 2001, Steciwko 2002).

Przeprowadzone ostatnio badania epidemiologiczne V. Minnasian (2003), którymi objęto 230 tys. osób szacują częstość NM u kobiet na 27.6%, a u mężczyzn na 10%. Ocenia się, że w wieku 15 – 64 lat ok. 3% mężczyzn ma problem z NM, powyżej 64 roku życia NM dotyczy 7-10 % mężczyzn (Evans 2005). Problem NM dotyczy 25% kobiet poniżej 18 lat, 18% poniżej 29 lat, 37% pomiędzy 35 a 54 rokiem życia, zaś 39% kobiet z NM ma powyżej 55 lat. (Bø 2004). Przy czym powyżej 65 roku życia ok. 70% kobiet ma NM.

Raport International Continence Society (ICS) (2003) wykazał, że wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) występuje u około 200 mln Europejczyków obu płci, przy czym 67% stanowią kobiety. Z odrębnych badań, przeprowadzonych na zamówienie amerykańskiej organizacji National Association for Continence (NAFT) w Stanach Zjednoczonych wynika, że spośród chorób społecznych przypadłość NM jest najczęstsza. O ile bowiem na nadciśnienie narzeka 21% kobiet amerykańskich, 20% - na depresję, 9% - na cukrzycę, to na NM cierpi zaś 30% kobiet. Ponieważ w wieku około i pomenopauzalnym częstotliwość NM wzrasta, starzenie się społeczeństwa, które jest obecnie faktem, spowoduje zwiększenie liczby chorych z NM, co w sposób bezpośredni i pośredni wpłynie na stopniowy, ale znaczny wzrost kosztów leczenia i opieki nad tymi chorymi. Ocenia się, że ok. 79% populacji spośród 60 000 pensjonariuszy domów opieki w Australii cierpi na NM, dane z innych krajów są bardzo zbieżne (Raport International Continence Society 2003).

W Polsce do tej pory brak jest całościowych badań dotyczących częstotliwości występowania NM w naszym społeczeństwie. Szacuje się, że problem ten dotyczy ok. 6 mln osób.

Objawy NM, szczególnie w zaawansowanym stadium choroby powodują trudności o podłożu psychologicznym. Zmienia się życie osób z NM na polu rodzinnym (zmiana trybu i stylu życia rodziny w związku z NM, zmiana aktywności seksualnej z partnerem, obciążenie budżetu domowego wydatkami związanymi z leczeniem i zmniejszeniem uciążliwości objawów, jak pieluchomajtki, podpaski itp.), zawodowym (zmiana planów zawodowych, ograniczenie życia zawodowego, czasem zmiana zawodu, a nawet rezygnacja z pracy), społecznym (trudności w dobrym funkcjonowaniu społecznym, ograniczenie kontaktów towarzyskich i społecznych) (Tołłoczko 2002, Smutek, Bidzan, Grzybowska, Płoszyński, Łozyk 2004).

Około 25% osób z NM jest na rencie, gdzie jednym z głównych powodów do przyznania renty było znaczne nasilenie NM i niemożność podjęcia pracy związanej z tym problemem. Powoduje to obniżenie jakości życia, poczucia własnej wartości, własnej godności, spadek pozycji społecznej, pogorszenie nastroju, izolację, zmianę aktywności seksualnej (Norton 1988).

Niestety, pomimo tak dużej ilości osób cierpiących na NM dopiero w ostatnim roku środki masowego przekazu zwiększyły nieco zainteresowanie NM. Dziwi także niewielka ilość publikacji dotyczących psychologicznych aspektów NM.

Rodzi się więc pytanie: dlaczego się tak dzieje? Co sprawia, że o NM tak trudno jest nam rozmawiać?

Specyfika NM, szczególnie intymny i wstydlivy charakter objawów sprawiają, że w ocenie zarówno osób dotkniętych, jak i osób postronnych NM obok chorób psychicznych, wenerycznych, upośledzenia umysłowego, widocznego i szpecącego kalectwa jest problemem stygmatyzującym, mogącym pociągać piętnujące reakcje społeczne.

Z nielicznych badań dotyczących tego problemu wynika, że aż 50% kobiet z NM twierdzi, że NM jest przyczyną ich dziwnego samopoczucia, innego niż pozostali ludzie (Norton, MacDonald, Sedgwick, Stanton 1988). Poczucie stygmatyzacji wzrasta wraz z wiekiem, a jedynym czynnikiem mogącym je zredukować jest pewność, że jest się suchym i pewność, że inna osoba nie poczuje zapachu (tamże). Stygmatyzacja może pociągnąć lęk i zażenowanie, (Norton 1988), niską samoocenę, która najczęściej ma swój początek w pojedynczym incydencie, np. popuszczeniem moczu w obecności innych osób. Wraz ze spadkiem poziomu samooceny i poczucia własnej wartości może u niektórych chorych pojawić się nastrój depresyjny (Edgley 2002). Bardzo często na skutek stygmatyzacji istniejące zaburzenie pogłębia się, następują zmiany w życiu pacjentów.

To nie ułatwia funkcjonowania osobom z NM.

Przejawia się to choćby w trudności mówienia o swym problemie lekarzowi. Szacuje się, że na 2 tysiące pacjentów zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu 120 osób ma problemy z NM, ale tylko co 12 pacjent mówi o tym lekarzowi. Z badań dotychczas przeprowadzonych wynika, że średni czas, jak upływa od pojawienia się problemów do szukania pomocy medycznej wynosi 9 lat. W naszej praktyce zdarzały się pacjentki, które na zasygnalizowanie tego problemu czekały 20 lat. Obserwacje własne, jak również niektóre doniesienia wskazują, że trudność w mówieniu o swym problemie nie dotyczy tylko lekarza, ale również osób najbliższych, w tym partnera. (Evans 2005)

Potwierdzona przez specjalistów diagnoza prowadzi do podobnych efektów, co stygmatyzacja. Zachodzi bowiem zalegalizowanie etykiety, a tym samym wyraźniejsze spostrzeganie osoby z NM przez otoczenie oraz pojawianie się jasno określonych wymagań skierowanych do pacjenta. Oczekiwania te mogą pojawiać się w takim postępowaniu wobec pacjenta, by skłonić go do działań zgodnych z etykietą, a tym samym pogłębić nieaprobowany stan, w jakim się pacjent znalazł.

Określenie rodzaju zaburzenia niekiedy jest jednoznaczne z przypisaniem osobie właściwości, których w rzeczywistości nie posiada. Nie byłoby to szczególnym problemem, gdyby nie fakt, że ta dodatkowa charakterystyka zazwyczaj ma wyraźną negatywną konotację społeczną.

Może to być związane z faktem, że NM jest w naszym kraju tematem tabu. Co prawda w ostatnim roku ilość dostępnych informacji o problemie wzrosła, ale wciąż odczuwa się niedosyt informacji o możliwościach leczenia oraz o oferowanych na rynku środkach absorpcyjnych, ułatwiających funkcjonowanie osób dotkniętych NM. NM w ocenie większości ludzi jest symptomem wskazującym, iż funkcje biologiczne nie są wypełniane w należyty sposób. Kontrola najbardziej elementarnej potrzeby fizjologicznej, potrzeby wydalania, jest pierwszą normą wpajaną dziecku. Jest to norma zinternalizowana, każda jednostka ma głęboko wpojone przekonanie, że tego typu odruchy należy kontrolować. NM występujące u dorosłych kobiet może być przez nie spostrzegane jako niemożność sprostanania najbardziej podstawowym wymogom społecznym, co w konsekwencji może obniżyć samoocenę i zachwiać poczuciem tożsamości społecznej (Steciwko 2002).

Poza tym w naszym społeczeństwie funkcjonuje stereotyp, że NM jest nieodłącznym objawem starzenia.

To, że NM jest tematem tabu zawdzięcza nie tylko wstydlivym objawom, ale faktowi, że dotąd mówiono o NM jako o problemie, objawie, dolegliwości, a nie jako o chorobie. Nazwanie NM chorobą jest dla osób cierpiących na NM czymś fundamentalnym, bowiem, jak wykazują badania dotąd przeprowadzone, nazwanie problemu (nawet jeśli jest to choroba śmiertelna) redukuje u pacjentów lęk i wyzwala korzystne strategie radzenia sobie z chorobą (Czapiński 1994).

Samo tabu dotyczące NM może być związane z pejoratywnym nazewnictwem dolegliwości. Jak zauważył znany językoznawca prof. Bralczyk „nietrzymanie” choć wydaje się określeniem właściwym, ponieważ zawiera w sobie element oficjalności, jednocześnie sugeruje coś złego, z gruntu patologicznego, gdy tymczasem zastąpienie tej nazwy choćby na „trudności z trzymaniem

moczu” zmienia perspektywę spojrzenia zarówno pacjenta, jak i otoczenia. „Trudności w trzymaniu moczu” wskazują na kłopoty z tym problemem. Słowo „trudności” łagodzi temat, przełamuje barierę językową. Sugeruje, że człowiek generalnie radzi sobie z tą czynnością, ale czasem ma kłopoty. „Trudności” dają poczucie, że pacjent ma do czynienia z dolegliwością (Bralczyk 2004).

Pozostawanie tematem tabu, etykietowanie itp. sprawiają, że osoby cierpiące na NM najczęściej nie rozmawiają o swych kłopotach związanych z NM, a ograniczając kontakty towarzyskie (do czego zmusza ich nie tylko wstyd i zażenowanie, ale problem z dotarciem w dalsze miejsce, szczególnie w przypadkach, gdy nieznana jest mapa toalet po drodze) osoby z NM pozbawiają się naturalnej grupy wsparcia. A przecież, jak wskazują dotychczasowe badania osoby mające wysoki poziom wsparcia społecznego lepiej funkcjonują zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym (Shaw 2001). Dla większości osób, szczególnie starszych, kontakty społeczne mogą być jednym z najważniejszych czynników pomocnych w osiągnięciu dobrej jakości życia (Edgley 2002).

Warto jeszcze zwrócić uwagę na aspekt kulturowy związany z NM. Z badań przeprowadzonych przez Wilkinson (2001) wynika, że kulturowe oczekiwania mogą pogłębiać problemy psychologiczne cierpiących na tę dolegliwość osób. Np. kobiety pakistańskie, będące muzułmankami wykazywały szereg dodatkowych następstw mających ścisły związek z praktykowaną przez nie religią. Wg ich oceny NM sprawiło, że stały się nieczyste, co prowadziło do obaw związanych z niemożnością wypełniania obowiązków religijnych.

W świetle powyższych rozważań w trosce o pacjentów z NM powinniśmy poza leczeniem czysto medycznym wprowadzić dla części pacjentów, którzy tego potrzebują, do powszechnego leczenia psychoterapię, tworzyć grupy wsparcia dla osób z NM i ich rodzin, nie unikać rozmów o NM.

Ważne z psychologicznego punktu widzenia byłoby także publiczne przyznanie się jakiejś powszechnie znanej osoby do problemów związanych z trzymaniem moczu. Obserwacje własne wskazują, że te choroby, które przez długi czas były chorobami piętnującymi, wręcz chorobami tabu, np. alkoholizm czy złośliwy nowotwór stały się chorobami w odczuciu społecznym ważnymi, nie piętnującymi tak bardzo, jak jeszcze kilka, czy kilkanaście lat wcześniej.

Jak stwierdziła dr Jo Laycock, wybitna specjalistka z zakresu urologii: „Analizując polską świadomość społeczną dotyczącą NM śmiało mogę stwierdzić, że jest do dokładnie ten sam poziom, który w Wielkiej Brytanii występował 20 lat temu. Dlatego cały czas podkreślam – o problemie NM trzeba mówić, mówić i jeszcze raz mówić...” (Laycock 2004 za: Kowalewska 2004, s. 19).

## PIŚMIENNICTWO

1. Abrams P. i wsp. ICS standarization of termonology of lower urinary tract function. *Neurourology Urology* 2002; 21:167-78.
2. Bø K. (2004): Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med* 34 (7), 451-64.
3. Bralczyk J. (2003): Przychodzi pacjent do lekarza.... *Kwartalnik NTM* 7, 16-17.
4. Czapiński (1994): Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Pracownia testów psychologicznych PTP, Warszawa
5. Edgley J.: (2002): The psychosocial impact of incontinence and dementi: the perils of quilt by association. *J Am Geriatrics Society* 43, 310-311.
6. Evans D. (2005): Lifestyle solutions for men with continence problems. *Nurs Times* 101 (2), 61-64.
7. Jolleys J.V. (1997): Nietrzymanie moczu. W: (red.:) McPherson A.: *Problemy zdrowotne kobiet*. PWN, Warszawa.
8. Kowalewska M. (2004): NTM w Wielkiej Brytanii. *Kwartalnik NTM* 1 (8), 19.
9. Lemack G.E., Zimmern P.E. (2000): Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: Results of mailed questionnaire. *Urology* 56 (2), 223-227.
10. Minnasian 2003
11. Norton P.A., MacDonald L.D., Sedgwick P.M., Stanton S.L. (1988): Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *Br Med J* 297, 1187-1189.
12. Raport International Continence Socjety (ICS) (2003)
13. Rechberger T. Jakowicki J. (2001): Nietrzymanie moczu u kobiet, diagnostyka i leczenie. Wydawnictwo BiFolium, Lublin

14. Shaw Ch. (2001): 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 (2002) 432-440.
15. Shaw Ch. (2001): A review of psychosocial predictors of help – seeking behavior and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *J Clin Nursing* 10, 15-24.
16. Smutek J., Bidzan M., Grzybowska M., Płoszyński A., Łozyk 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, suppl..XIV, 515, Sectio D, 194- 200.*
17. Steciwko A. (2002): Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego. Tom 4: Nieotrzymanie moczu – problem interdyscyplinarny, choroby gruczołu krokowego. Wyd. Continuo, Wrocław.
18. Tołłoczko T. (2002): Nietrzymanie moczu – problem społeczny i kliniczny. *Terapia* 4 (3), 4-6.
19. Wilkinson K. (2001): Pakistani women’s perceptions and experiences of incontinence. *Nursing Standard*; 16 (5), 33-39.

### **STRESZCZENIE**

Pacjentkom z nietrzymaniem moczu trudno mówić o nietrzymaniu moczu nie tylko lekarzowi, ale i partnerowi. Zwlekają z tym kilka – kilkanaście lat. To, że nietrzymanie moczu jest tematem taboo zawdzięcza nie tylko wstydlivym objawom, stygmatyzacji, ale nie nazywaniu nietrzymania moczu chorobą, tylko objawem, problemem, dolegliwością. Sprzyja temu też pejoratywne nazewnictwo dolegliwości. Nazwanie nietrzymania moczu kłopotem z trzymaniem moczu,, chorobą, mówienie o problemie mogłoby zapobiec psychologicznym konsekwencjom związanym z nietrzymaniem moczu.

### **ABSTRACT**

It is difficult for the women suffering from urinary incontinence to talk about it not only with their doctor but also with their partner. They postpone it a few or more years. Urinary incontinence is a taboo not only because of embarrassing symptoms, stigmatizing, but also due to not treating urinary incontinence as an illness but as a symptom, a problem, a complaint. It is enhanced by pejorative naming. Calling urinary incontinence a trouble with holding urine, an illness, talking about the problem could avert psychological consequences.