

* Instytut Psychologii UG
* Department of Psychology, University of Gdansk

** Instytut Położnictwa i Chorób Kobietych AMG
** Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Gdansk

*** Szpital Wojewódzki w Gdańsku
*** Department of Obstetrics and Gynecology, Regional Hospital in Gdansk

MARIOLA BIDZAN*, JERZY SMUTEK**, JOANNA ZAPADKA*,
MAGDALENA GRZYBOWSKA ***

*Sexual functioning of women
with stress urinary incontinence – psychological aspects*

**Seksualne funkcjonowanie kobiet
z wysiłkowym nietrzymaniem moczu – aspekty psychologiczne**

Nietrzymanie moczu (NM) występuje z różną częstotliwością w różnych rejonach świata i stanowi bardzo ważny problem medyczny i społeczny, dotyczący według różnych źródeł od 17 do 46%, a nawet 60% populacji (Lemack 2000, Rechberger, Jakowicki 2001, Steciwko 2002). Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że istnieje związek między dysfunkcjami uroginekologicznymi a dysfunkcjami seksualnymi (Shaw 2002). Ocenia się, że zaburzenia seksualne dotyczą ok. 6 - 9% kobiet leczących się u urologów. Nietrzymanie moczu może spowodować zaburzenia seksualne będące pochodną lęku, stresu psychologicznego lub wyciekania moczu podczas stosunku seksualnego (Gungor i wsp. 1997, Gordon 1999, Krauze – Balwińska i wsp. 2001). Kobiety z nietrzymaniem moczu często unikają kontaktów seksualnych (Norton 1988, Lew – Starowicz 2000, Krauze – Balwińska i wsp. 2001) odczuwają zmniejszoną satysfakcję we współżyciu (Bielicki 1995, Gungor i wsp. 1997, Broś 2003).

Ponieważ sfera seksualnego funkcjonowania jest niezwykle istotna dla związku partnerskiego, stąd szczególnego znaczenia nabiera ocena wpływu NM na seksualne funkcjonowanie.

CELEM PRACY jest ocena życia seksualnego kobiet z tym problemem (WNM).

Praktyczny cel pracy polega na przygotowaniu podstaw do rozpoczęcia ewentualnego skojarzonego medyczno – psychologicznego leczenia pacjentek z WNM

MATERIAŁ I METODA

Zbadano 70 kobiet operowanych w 2002 r. z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu w Klinice Ginekologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Gdańsku. Pacjent-

ki 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).

W skład grupy eksperymentalnej (GE) weszły osoby, które zgodziły się na udział w II części badania, dotyczącej sfery seksualnej, natomiast grupę kontrolną (GK) stanowiły kobiety, które nie wyraziły takiej zgody. GE liczyła 39 kobiet, natomiast GK – 31 kobiet. Średnia wieku w GE wynosiła 54.43 lat, natomiast w GK średnia wieku wynosiła 59.43 lat. W GE znalazło się po 13 osób z diagnozą każdego stopnia klinicznego nasilenia (I, II, III) WNM, natomiast w GK u 10 osób rozpoznano I stopień WNM, u 11 – II stopień WNM i u 10 – III stopień WNM. Większość badanych kobiet z obu grup posiadała wykształcenie średnie i żyła w stałych związkach. Każda pacjentka była badana indywidualnie, najpierw przez lekarza prowadzącego, a następnie przez psychologa.

Zastosowano:

1. Kwestionariusz własny (mający formę ustrukturyzowanego wywiadu),
2. Kwestionariusz PISQ opr. przez R.G. Rogers i wsp. (2001) skonstruowany specjalnie do badania funkcjonowania seksualnego kobiet z nietrzymaniem moczu (bada sferę emocjonalno – behawioralną, fizyczną oraz sferę związaną z relacjami partnerskimi życia seksualnego badanych)
3. Skalę Potrzeb i Reakcji Seksualnych autorstwa Z. Lwa – Starowicza (Kirenko 2001), w modyfikacji własnej oraz
4. Skalę SFŻ (Mell – Krat) – wersja kromierzyńska, w adaptacji Z. Lwa - Starowicza (2000)

WYNIKI

W tabelach I – III zamieszczono wyniki, jakie uzyskały badane w pytaniach kwestionariusza własnego autorstwa, które dotyczyły oceny związku z partnerem, oceny związku uczuciowego z partnerem oraz oceny kontaktów seksualnych, biorąc pod uwagę czas, od którego badane subiektywnie uznały, że nietrzymanie moczu zaczęło być dla nich problemem.

Tab. I Ocena związku z partnerem

Ocena związku z partnerem	N - GE	GE	N - GK	GK
Pomyłka życiowa	5	12.8%	4	12.9%
Przewaga sytuacji konfliktowych	5	12.8%	2	6.45%
Przeciętnie udany	12	30.77%	3	9.68%
Udany	12	30.77%	11	35.5%
Bardzo udany	5	12.8%	11	35.5%

Pearson – 2.391, p = 0.664

Jak wynika z tabeli najwięcej kobiet z GE ocenia swój związek jako przeciętnie udany i udany, zaś w GK jako udany i bardzo udany. Nie ma jednak istotnych różnic statystycznych między grupami pod względem oceny związku.

Tab. II Ocena związku uczuciowego z partnerem

Ocena związku uczuciowego z partnerem	N - GE	GE	N - GK	GK
Przewaga uczuć negatywnych	6	15.38%	-	-
Obojętność, zniechęcenie	-	-	6	9.6%
Przeciętny poziom zadowolenia	15	38.46%	12	38.7%

Przyjaźń, miłość	12	30.72%	11	35.5%
Głęboka miłość	6	15.38%	5	16%

Pearson – 4.006, $p = 0.405$

Brak istotnych różnic pomiędzy grupami pod względem oceny związku uczuciowego z partnerem. Większość kobiet w obu grupach odczuwa przeciętny poziom zadowolenia ze swojego obecnego związku.

Tab. III Ocena kontaktów seksualnych z partnerem

Kontakty seksualne	GE	GE	GK	GK
Kompleks niesprawności seksualnej	12	30.72 %	4	12.9%
Poczucie braków w roli seksualnej przy akceptacji siebie w roli kobiety	15	38.46 %	7	22.58%
Pełna akceptacja siebie w roli seksualnej i w roli kobiecej	6	15.38 %	20	64.5%
Poczucie wyższości w zakresie doświadczeń seksualnych i w roli kobiety	6	15.38 %	-	-

Pearson – 7.570, $p = 0.054$

Jak wynika z powyższej tabeli istnieją różnice statystycznie istotne pod względem oceny funkcjonowania seksualnego. Kobiety z GE częściej deklarują poczucie braków w roli seksualnej, natomiast kobiety z GK częściej deklarują pełną akceptację swej roli seksualnej.

Tab. IV Wyniki uzyskane z analizy kwestionariuszy funkcjonowania seksualnego

METODY	X	SD	Test t – Studenta
PISQ	24.57	5.062	12.844
Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych	40.57	19.234	5.581
SFZ (Mell – Krat)	81.86	12.941	16.735

Z powyższej tabeli wynika, że kobiety, które wypełniły kwestionariusze dotyczące funkcjonowania seksualnego różnią się między sobą pod względem seksualnego funkcjonowania. Stanowią one grupę zróżnicowaną.

Tab. V Wyniki uzyskane przez badane z GE w podskalach Kwestionariusza PISQ

Podskale Kwestionariusza PISQ	X	SD	Test t – Studenta
EMOCJONALNO-BEHAWIORALNA	33.00	13.241	6.594
FIZYCZNA	32.29	4.152	20.574
RELACJE PARTNERSKIE	16.57	3.259	13.454

Jak wynika z analizy podskal kwestionariusza PISQ, badane, które zgodziły się wypełnić ten kwestionariusz, różnią się między sobą pod względem funkcjonowania seksualnego w różnych jego dziedzinach. Największe zróżnicowanie dotyczyło sfery emocjonalno – behawioralnej zachowań seksualnych, najmniejsze zaś rozbieżności zaobserwować można w sferze relacji partnerskich.

Tab. VI Korelacje pomiędzy wynikami skal funkcjonowania seksualnego

Skale		Potrzeb i reakcji seksualnych	SFŻ (Mell-Krat)	PISQ
Potrzeb i reakcji seksualnych	korelacja istotność	1	0.739 0.058	0.571 0.180
SFŻ (Mell – Krat)	korelacja istotność	0.793 0.058	1	0.792* 0.034
PISQ	korelacja istotność	0.571 0.180	0.792* 0.034	1

Z tabeli wynika, że istnieje wysoka korelacja dodatnia pomiędzy wynikami Skali SFŻ (Mell – Krat) i wynikami Kwestionariusza PISQ. Zaobserwować także można tendencje do dodatniej korelacji między wynikami w Skalach Potrzeb i Reakcji seksualnych oraz Mell – Krat. Brak istotnej statystycznie korelacji między wynikami osiągniętymi w Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych i PISQ.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Kobiety, które udzieliły informacji na temat swego seksualnego funkcjonowania częściej ujawniały poczucie braków w roli seksualnej, natomiast kobiety, które nie udzieliły szerszych informacji dotyczących funkcjonowania seksualnego częściej akceptowały zmienione przez chorobę funkcjonowanie seksualne. Ta różnica może oznaczać, że badane z GE częściej odczuwają nieprawidłowości w funkcjonowaniu w tej sferze wywołane WNM i w związku z tym mają większą potrzebę podzielenia się swoimi problemami i obawami z przedstawicielami świata medycznego. Może to być forma poszukiwania pomocy.

Z analizy kwestionariuszy dotyczących funkcjonowania seksualnego wynika, że nie ma jakichkolwiek prawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym kobiet z nietrzymaniem moczu. Niektóre badane przez nas kobiety zdają się funkcjonować bardzo dobrze, inne gorzej. Wyniki są bardzo zróżnicowane. Nie można stwierdzić, że kobiety z nietrzymaniem moczu funkcjonują źle w dziedzinie seksu, albo, że funkcjonują dobrze. Każda z badanych kobiet jest pod tym względem indywidualnością. Analizując poszczególne aspekty funkcjonowania seksualnego można wyciągnąć podobne wnioski. Nie ma żadnych podobieństw w zakresie zachowań behawioralnych i emocjonalnych, partnerskich i sfery fizycznej wśród uczestniczek badania. Są one najbardziej zbliżone do siebie pod względem oceny swoich interakcji z partnerem seksualnym, a największe zróżnicowanie prezentują pod względem reakcji i zachowań seksualnych. Zgadzać się to może z faktem, że każda jednostka inaczej realizuje swoją seksualność. Stan nietrzymania moczu może nie mieć na to wpływu. Może jednak być wykorzystywany przez osoby, dla których seks nie ma zbyt dużej wartości, jako powód do ograniczenia kontaktów seksualnych z partnerem. Szczególnie widoczne to jest wśród naszych pacjentek anorgazmicznych. W grupie tej gubienie moczu w czasie współżycia przyspiesza decyzję o rezygnacji z kontaktów seksualnych. Nie wpływa to jednak na ogólną ocenę związku. U tych osób, które przywiązują dużą wagę do tego sposobu pogłębiania (podtrzymywania) więzi z partnerem, obawa przed popuszczeniem moczu nie jest w stanie ograniczyć podejmowania aktywności seksualnej, a jedynie w różnym stopniu je modyfikuje.

WNIOSKI

1. Funkcjonowanie seksualne kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu nie jest związane z problemem WNM. W dużej mierze zależy od ogólnego poziomu funkcjonowania seksualnego istniejącego przed wystąpieniem choroby.
2. Większość kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu realizuje swe potrzeby seksualne w taki sposób, jak przed wystąpieniem trudności z NM (mimo, że stan WNM może im to utrudniać, nie są to jednak trudności na tyle istotne, by spowodować istotne zmiany w tej dziedzinie).
3. Kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu przeżywające problemy w swym życiu seksualnym chętnie mówią o swych trudnościach i szukają pomocy medycznej i psychologicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Abrams P., Cardozo L. i wsp. (2002): ICS standardization of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 21, 167 – 178.
2. Adamkiewicz M. (1997): Obniżenie narządów rodnych kobiety. Nietrzymanie moczu. Diagnostyka, leczenie i profilaktyka korekcyjnymi wkładkami Kolpexin. Wyd. NTN, Warszawa
3. Bielicki K., Cisło M. (1995): Społeczne aspekty występowania nietrzymania moczu u kobiet. W: (red.) Wilczyński A: Materiały Jubileuszowego Sympozjum Położniczo – Ginekologicznego 45 – lecia pracy naukowo – zawodowej Prof. dr hab. Jerzego Robaczyńskiego w I Katedrze Klinice Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Ośrodka Naukowo – Badawczym w Świeradowie – Zdroju. Wrocław.
4. O'Brien J., Augustin M., Sethi P., O'Boyle P. (1991): Urinary incontinence: prevalence, need for treatment and effectiveness of intervention by nurse. *Br Med J* 303, 1308 – 12
5. Broś M. (2003): Powikłania po leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet sposobem TVT. *Gin. Pol.* 74, 9, 930 – 936.
6. Gordon (1999): Sexual dysfunction in women attending an urogynecology clinic. *Int Gyn J* 10, 325 – 328.
7. Gungor T., Ekin M., Dogan M., Mungan T., Ozcan U., Gokmen O. (1997): Influence of aterior colporrhaphy with colpoperineoplasty operations for stress incontinence and/or genital descent on sexual life. *J. Pak. Med. Assoc.* 47 (10), 248 – 250.
8. Kirenko J., Lew – Starowicz Z. (2001): seks po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania, Ryki.
9. Krauze – Balwińska Z., Fryczkowski M., Paradysz A., Bujak – Rosenbeiger E. (2001): Problemy diagnostyczne oraz jakość życia pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. *Problemy Med Rodz.*, Vol. III, 2, 31
10. Lemack G.E., Zimmern P.E. (2000): Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: Results of a mailed questionnaire. *Urology* 56, 2, 2223 – 227.
11. Lew – Starowicz Z. (2000): Zaburzenia seksualne u kobiet z problemami urologicznymi. *Nowa Medycyna* 101,

12. 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*, 303, 1308 – 12
13. Rechberger T., Jakowicki J. (red.) (2001): Nietrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie. Wyd. BiFOLIUM, Lublin
14. Shaw Ch. (2002): A Systematic Review of the Literature on the Prevalence of Sexual Impairment In Women with Urinary Incontinence and the Prevalence of Urinary Leakage during Sexual Activity. *European Urology* 42, 432 – 440.
15. Steciwko A. (red.) (2002): Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego. Tom 4: Nietrzymanie moczu – problem interdyscyplinarny, choroby gruczołu krokowego. Wyd. Continuo, Wrocław.

STRESZCZENIE

Celem pracy jest ocena życia seksualnego kobiet z WNM. Praktyczny cel pracy polega na przygotowaniu podstaw do rozpoczęcia ewentualnego skojarzonego medyczno – psychologicznego leczenia pacjentek z WNM.

Zbadano 70 kobiet operowanych w 2002 r. z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) w Klinice Ginekologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Gdańsku. Pacjentki kwalifikowano do badań zgodnie ze standardem ICS (Abrams P. i wsp. 2002), tj. na podstawie wywiadu, badań urodynamicznych, badania ginekologicznego z próbami wysiłkowymi, analizie kwestionariuszy Gaudenza oraz jednodobowego dziennika mikcyjnego. (w tym nast. dałam to samo – będzie mniej do tłumaczenia).

W skład grupy eksperymentalnej (GE) weszły osoby, które zgodziły się na udział w II części badania, dotyczącej sfery seksualnej, natomiast grupę kontrolną (GK) stanowiły kobiety, które nie wyraziły takiej zgody. GE liczyła 39 kobiet, natomiast GK – 31. Zastosowano kwestionariusz własny, kwestionariusz PISQ skonstruowany przez Rogers i współautorów (2001) specjalnie do badania funkcjonowania seksualnego kobiet z nieotrzymaniem moczu, Skalę Potrzeb i Reakcji Seksualnych Z. Lwa – Starowicza w modyfikacji własnej oraz Skalę SFŻ (Mell – Krat) w adaptacji Lwa – Starowicza.

Otrzymane wyniki wskazują, że: 1. Funkcjonowanie seksualne kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu nie jest związane z problemem WNM, ale w dużej mierze zależy od ogólnego poziomu funkcjonowania seksualnego istniejącego przed wystąpieniem choroby 2. Większość kobiet z WNM nadal realizuje swe potrzeby seksualne w taki sposób, jak przed wystąpieniem trudności z NM (mimo, że choroba może im to utrudniać, nie są to jednak trudności na tyle ważne, by spowodować istotne zmiany w tej dziedzinie).

3. Kobiety z WNM przeżywające problemy w swym życiu seks. Chętnie mówią o swych trudnościach i szukają pomocy medycznej i psychologicznej

ABSTRACT

The aim of this work is to assess sexual life of women with stress urinary incontinence. The practical aim is to prepare the base to start medical and psychological treatment of the patients with stress urinary incontinence.

Seventy women that were operated on for stress urinary incontinence in 2002 were tested in Department of Obstetrics and Gynecology (Medical University of Gdansk). The patients were qualified for the tests according to the standard of the International Continence

Society (Abrams P. i wsp. 200 2) i.e. on the basis of an interview, the urodynamic evaluation, gynecological examination, analysis of the Gaudenz questionnaire and prospective bladder diary.

Those women who had agreed to take part in the second part of the tests joined the experimental group (GE); those who disagreed joined the check group (GK). GE consisted of 39 women whilst GK - 31. Self written questionnaire and the PISQ questionnaire written by Rogers and coauthors especially for the purpose of testing sexual functioning of women with urinary incontinence were applied, furthermore self-modified Scale of Needs and Sexual Reactions created by Z. Lew-Starowicz and the SFŽ Scale (Mell – Krat) in the adaptation of Z. Lew-Starowicz.

Conclusions:

1. Sexual functioning of women with the stress urinary incontinence is not connected with stress urinary incontinence but it greatly depends on the general level of sexual functioning that was before the disorder appeared.
2. Most of the women with stress urinary incontinence still realize their sexual needs in the same way as before the difficulties caused by urinary incontinence appeared (though the condition may make this more difficult these are not difficulties of such importance so as to cause significant changes in that sphere)
3. The women with stress urinary incontinence undergoing problems in their sexual life eagerly talk about their problems and seek medical and psychological help