

**Agnieszka Zbojna, Lidia Walas,
Wiesław Fidecki**

**Zadania edukacyjne pielęgniarki
wobec kobiet z wysiłkowym
nierzymaniem moczu**

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 25, 67-76

2006

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Agnieszka Zbojna¹, Lilla Walas², Wiesław Fidecki²

¹ Oddział Ginekologii Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu

² Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa

Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej z Pracownią Umiejętności Pielęgniarskich

ZADANIA EDUKACYJNE PIELEŃNIARKI WOBEC KOBIEŃ Z WYSIŁKOWYM NIETRZYMANIEM MOCZU

Problem nietrzymania moczu dotyczy wielu pacjentów. Jest to nie tylko problem natury fizycznej, ale w dużej mierze, psychicznej. Choć dolegliwość ta występuje zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, to jednak częstość jej występowania u obu płci jest różna. Cierpi na nią dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn.

Kobiety najczęściej nie traktują tej przypadłości jako schorzenia i nie zdają sobie sprawy z tego, że jest to choroba w pełni wyleczalna.

Nietrzymanie moczu najczęściej dotyczy kobiet starszych, ale również młodsze kobiety cierpią z tego powodu. Trzeba jednak przyznać, że wiek nie jest tu bez znaczenia, bowiem wraz z wiekiem prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby znacznie się zwiększa. Starsze pokolenie kobiet, nietrzymanie moczu uznaje za rzecz normalną w podeszłym wieku, wynik naturalnego starzenia się organizmu. Niewątpliwie, bezwiedne oddawanie moczu jest bardzo uciążliwe dla każdej kobiety bez względu na to, w jakim jest wieku. Jednakże dla kobiet młodych, przeważnie czynnych zawodowo i aktywnych towarzysko, stanowi niejednokrotnie poważny problem. Dolegliwość ta wpływa w znacznym stopniu na psychikę kobiety. Związane jest to z częstymi, krepującymi wizytami w toalecie jak i towarzyszącym, nieprzyjemnym zapachem rozkładanego moczu. Kobieta czuje znaczny dyskomfort. Bardzo często zdarza się, iż zaczyna się izolować od otoczenia, tracić radość życia, odczuwać zaburzenia natury emocjonalnej. Należy zaznaczyć, iż jest to również problem ekonomiczny. Dane statystyczne różnych krajów mówią o miliardach dolarów, koron, euro wydawanych rocznie na leczenie i rehabilitację osób z nietrzymaniem moczu. Niektórzy autorzy twierdzą, że możemy

już mówić o chorobie społecznej, gdyż kobiety z nietrzymaniem moczu stanowią ok. 8% społeczeństwa (4).

Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób u kobiet. Pochodzące z różnych źródeł dane wskazują, że cierpi na nie 17-46%, a nawet 60% populacji(1). Rzeczywiste rozpowszechnienie choroby jest większe, ponieważ znaczna część kobiet ukrywa objawy, traktując je jako wstydlive lub jako jeden z nieuniknionych skutków procesu starzenia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), nietrzymanie moczu (NTM) należy do jednego z dziesięciu najpoważniejszych problemów społeczno-zdrowotnych współczesnego świata(6).

Arnfinn i współautorzy przedstawili interesującą analizę demograficzną kobiet dotkniętych nietrzymaniem moczu. Badania przeprowadzone u zgłaszających się po poradę z powodu NMT wykazały, że choroba ta dotykała kobiety już w 3 i 4 dekadzie życia. Okazało się bowiem, że pacjentki w wieku 20-29 lat stanowiły 4% wszystkich kobiet z nietrzymaniem moczu. Odsetek chorych w 30-39 r.ż. był jeszcze wyższy i wynosił 12%, pozostałe 84% były pacjentkami w okresie menopauzalnym. Nietrzymanie moczu osiąga więc maksymalną częstość występowania (33% badanej populacji) w 5 dekadzie życia, a więc w okresie wczesnej menopauzy, obniża się w 55-64 r.ż. i ponownie wzrasta do 34% w 8 dekadzie życia (1).

W związku z tym, że większość kobiet wstydy się przyznać do swoich problemów i często je ukrywa, trudno jest im pomóc. Trafiają one do lekarza dopiero w momencie, gdy nie potrafią sobie już poradzić z nasilającymi się dolegliwościami. W lżejszej postaci tego schorzenia występuje jedynie nieznaczne nietrzymanie moczu przy wysiłku fizycznym, natomiast w cięższych przypadkach dochodzi do bezwiednego opróżniania pęcherza moczowego, nawet w spoczynku. Obecnie istnieje bardzo wiele sposobów na pozbycie się tej przykrej dolegliwości i powrót do normalnego życia. Niestety, większość kobiet nie wie o tym.

Czynniki ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu

Powszechnie za jeden z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM), uważa się przebyte drogami natury porody. Ciekawych spostrzeżeń dostarczają wyniki uzyskane przez Thom'a i współautorów w badaniach 2000

amerykańskich kobiet. Oprócz rodności kobiet analizowano również wpływ przebiegu porodu na wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu. Okazało się, że po 42 tygodniu ciąży poród trwający dłużej niż 24 godziny i więcej niż 2 porody zwiększają w sposób istotny statystycznie częstość występowania WNM. Przyczyną tak silnej relacji między nietrzymaniem moczu, a porodem ma być uszkodzenie struktur nerwowo-mięśniowych dna miednicy i rozwarstwienie powięzi trzewnej miednicy odpowiedzialnej za utrzymywanie stabilności narządów płciowych (1).

Innym, powtarzającym się w opracowaniach, czynnikiem ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu są przebyte ginekologiczne zabiegi operacyjne. Usunięcie macicy, wskutek naruszenia stabilności narządu rodnego i uszkodzenia nerwów, może spowodować wystąpienie nie tylko WNM, ale też innych postaci nietrzymania moczu. Istotnym czynnikiem jest również niedobór estrogenów spowodowany wiekiem lub zaburzeniami endokrynologicznymi.

Występowanie WNM kojarzy się też z otyłością i liczne badania potwierdzają związek między nietrzymaniem moczu a nieprawidłowymi wartościami indeksu masy ciała (*body mass index* - BMI). Wartości BMI > 30, będące wyznacznikiem otyłości, wykazują jednocześnie dodatnią korelację z wystąpieniem WNM. Co więcej, im wyższy BMI, tym objawy WNM są bardziej nasilone. Udział otyłości w złożonej patofizjologii WNM nie został jednak w pełni wyjaśniony (1).

Wskazuje się również na znaczenie palenia tytoniu w kontekście czynników ryzyka związanych z uporczywym kaszlem, a także chroniczne zaparcia i związane z tym nadmierne parcie na stolec. Również ciężka praca fizyczna polegająca na podnoszeniu ciężarów czy sporty siłowe mogą przyczynić się do powstania WNM (2).

Leczenie nietrzymania moczu

Dzięki gruntownej ocenie diagnostycznej nietrzymania moczu można określić przyczynę oraz rodzaj nietrzymania, a także wybrać najbardziej odpowiedni program leczenia. Początkowo większość pacjentek z WNM jest leczona zachowawczo. Jeśli dane zarejestrowane w dzienniku mikcji wykazują regularnie występujące epizody nietrzymania moczu, wystarczające jest opróżnianie pęcherza w odstępach czasowych pozwalających je uprzedzić.

Leczenie zachowawcze WNM szczególnie I i II stopnia może przynieść poprawę lub wyleczenie w ponad 30% przypadków. Postępowanie to musi być zindywidualizowane, dobrane do możliwości i oczekiwań chorej (4). Cenną opcją terapeutyczną WNM jest kinezyterapia. W ogólnych zarysach ten rodzaj terapii polega na napinaniu mięśni przepony moczowo-płciowej (ćwiczenia Kegla) lub nauce kontroli nad oddawaniem moczu. Wykazano, że u 54-95% kobiet (z niewielkim nasileniem dolegliwości) występuje całkowite wyleczenie lub znaczne ustąpienie dolegliwości(1).

Ćwiczenia Kegla dają wysoką skuteczność pod warunkiem, że pacjentka ma silną motywację, instrukcja wykonywania ćwiczeń napisana jest prostym, zrozumiałym językiem oraz konieczny jest reżim czasowy i regularność ćwiczeń, tzn.: powtarzanie ich 3x dziennie po 5 min. przez 6 tygodni. W celu utrzymania pozytywnego rezultatu konieczne jest kontynuowanie ćwiczeń o mniejszym nasileniu, np.: raz lub dwa razy dziennie (4).

Modyfikacją sposobu Kegla jest zastosowanie stożków pochwowych o masie 20-100g.

Stosowaną w terapii zachowawczej metodą leczenia jest również Biofeedback. Przy pomocy urządzeń elektronicznych przetwarzających aktywność elektryczną mięśni na formę graficzną, liczbową lub dźwiękową uczy się pacjentkę napinania i rozluźniania odpowiednich grup mięśniowych

W leczeniu stosuje się również leki. Zaleca się hormonalną terapię zastępczą dla kobiet w okresie menopauzy (po wyeliminowaniu ewentualnych przeciwwskazań). Celem terapii farmakologicznej w tym rodzaju nietrzymania moczu jest zwiększenie, przez wzrost napięcia mięśni tworzących aparat zwieraczowy cewki moczowej, ciśnienia śródcewkowego i maksymalnego ciśnienia zamykającego cewkę (1).

W leczeniu zachowawczym ważną rolę odgrywają też: zmiana stylu życia – redukcja masy ciała, zmiana przyzwyczajeń żywieniowych, walka z nałogiem tytoniowym, psychoterapia itp.

Chirurgiczne metody leczenia

Plastykę przedniej ściany pochwy w celu korekcji WNM wykonał po raz pierwszy Kelly w 1913 r. Operacja polegała na założeniu 2-3 szwów materacowych na powięź łonowo-cewkową, a następnie resekcji nadmiaru ścian pochwy. Operacje te, chociaż stały się niezwykle

popularne, zostały w ciągu ostatnich 10 lat niemal zupełnie zarzucone na korzyść nowoczesnych technik slingowych TVT (*tension free vaginal tape*) oraz IVS (*Untravaginal slingplasty*). TVT została wprowadzona do leczenia NM u kobiet w 1995 r. przez Petrosa i Ulmstena jako technika minimalnie inwazyjna i niezwykle prosta. Technika TVT zdecydowanie zdominowała leczenie chirurgiczne WNM u kobiet i doczekała się wielu modyfikacji technicznych, ale podstawowa zasada zabiegu pozostaje taka sama.

Niezwykle interesująca z praktycznego punktu widzenia jest technika IVS, ponieważ umożliwia nie tylko leczenie WNM, ale także korekcję zaburzeń statyki narządu rodowego (wypadanie kikuta pochwy po operacji usunięcia macicy czy też korekcję położenia niezmienionej wypadającej macicy). W ciągu ostatnich dwóch lat bardzo dużą popularność zdobywa technika TOT (*trans obturator tape*), polegająca na zakładaniu taśmy przez otwór zasłonowy (1).

Studium przypadku

Dla potrzeb niniejszej pracy poddano analizie opis sytuacji społeczno – zdrowotnej pacjentki lat 40, która jest mężatką, pracuje jako pracownik umysłowy, mieszka w mieście.

Pacjentka została skierowana do szpitala po uprzednich wizytach w poradni urodynamicznej, do której zgłosiła się w związku z nasilającymi się dolegliwościami ze strony układu moczowego: uporczywego, częstego bezwiednie oddawanego moczu.

Do Oddziału Ginekologicznego przyjęta została w trybie planowanym w dniu 03.01.2005. Przyczyną hospitalizacji była konieczność poddania pacjentki zabiegowi założenia taśmy TVT.

Rozpoznanie medyczne: wysiłkowe nietrzymanie moczu

Sytuacja zdrowotna:

Był to drugi pobyt pacjentki w szpitalu. Ostatnia hospitalizacja miała miejsce przed dwoma miesiącami i związana była z diagnozowaniem. Chora nie podawała poważniejszych schorzeń przebytych w przeszłości. Pacjentka przyznała się do nałogu tytoniowego od ok. 10 lat. W zakresie funkcjonowania narządów, poza układem moczowym nie zaobserwowano odchyłań od normy:

Układ moczowo – płciowy: częste, bezwiedne oddawanie moczu, przebyte dwa porody drogami i siłami natury.

Układ krążenia: tętno prawidłowe: 72 uderzenia/minutę, miarowe, dobrze napięte. Ciśnienie tętnicze krwi w normie 120/75mmHg.

Układ oddechowy: częstość oddechów: 20/min; oddech miarowy, głęboki. Drogi oddechowe drożne, duszność nie występuje.

Układ nerwowy: pełna świadomość; prawidłowy, bardzo dobry kontakt słowny. Pacjentka łatwo nawiązuje rozmowę i chętnie opowiada o sobie. Sen prawidłowy.

Funkcjonowanie zmysłów: wzrok – prawidłowy, słuch – prawidłowy. Czucie dotyku i temperatury – prawidłowe.

Układ pokarmowy: łaknienie i pragnienie – prawidłowe, uzębienie – pełne bez ubytków.

Stan odżywienia: ciężar ciała – 62kg, wzrost: 164cm. Wskaźnik BMI: 23,2 - prawidłowa masa ciała

Skóra, włosy, paznokcie: skóra - czysta bez wykwitów patologicznych, włosy i paznokcie czyste. Nie występuje zagrożenie powstaniem odleżyn.

Stan psychiczny: pacjentka aktywna, otwarta na współpracę w leczeniu, akceptuje zalecenia pielęgniarskie i lekarskie. Obawia się tylko niepomyślnego wyniku czekającego ją zabiegu operacyjnego. Chora wykazuje stabilny nastrój. Nie ma problemu z nawiązywaniem kontaktu z innymi pacjentkami i personelem.

Sytuacja rodzinno – społeczna: pacjentka mieszka z mężem i dwójką dzieci we własnym domu jednorodzinnym (M-5). Warunki socjalno – bytowe ocenia jako bardzo dobre.

Pacjentka jest stosunkowo młodą kobietą, w okresie intensywnej aktywności zawodowej, rodzinnej, towarzyskiej. Do zgłoszenia się do poradni urologicznej skłoniły ją nasilające się objawy ze strony układu moczowego, a zwłaszcza częste, bezwiedne, niekontrolowane oddawanie moczu. Wcześniej kobieta nie leczyła się z powodu zaobserwowanych dolegliwości, nie szukała pomocy u specjalistów. Kobieta jest w dobrym stanie zdrowia, nie chorowała na żadne choroby przewlekłe. Z wywiadu wynikało, iż „winą” za powstałe dolegliwości obarczała przebycie dwóch porodów oraz ogólne starzenie się organizmu. Nie posiadała wiedzy, która pozwoliłaby na niwelowanie lub zmniejszenie uciążliwych objawów, a przede wszystkim wczesną profilaktykę schorzenia. Sytuacja, z którą pacjentka nie mogła już sobie poradzić, która w istotny sposób zaburzała jej aktywność i prowadziła do zaburzeń sfery emocjonalnej skłoniła ją dopiero do wizyty w poradni. Na tym etapie

choroby została już zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego. Pobyt na oddziale ginekologicznym oraz sam zabieg stał się dla pacjentki źródłem dużego stresu.

Zakres zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentką w opisanej sytuacji, w kontekście występujących problemów pielęgnacyjnych.

1. Okazanie wsparcia emocjonalnego pacjentce w trudnej dla niej sytuacji:

W toku prowadzonej przez pielęgniarkę obserwacji, w procesie pielęgnowania, wystąpiły problemy pielęgnacyjne natury emocjonalnej związane zarówno z okresem poprzedzającym zabieg, jak i pooperacyjnym. Problemy te wynikały głównie z tego, iż zabieg dotyczył intymnej sfery pacjentki, tak pod względem psychicznym jak i fizycznym. Pielęgniarka, poprzez częsty kontakt z chora, stała się istotnym źródłem wsparcia dla pacjentki, okazując jej zainteresowanie, życzliwość oraz przekazując konkretne informacje dotyczące postępowania przed i po zabiegu.

2. Sprawowanie roli opiekuńczo-pielęgnacyjnej:

Stosując w opiece metodę procesu pielęgnowania, pielęgniarka w sposób wnikliwy rozpoznała problemy pacjentki i zastosowała indywidualny plan opieki. Problemy opiekuńcze związane były m.in. z przygotowaniem do badania ginekologicznego przed zabiegiem oraz postępowaniem po zabiegu. Problemem dla pacjentki była obecność cewnika w pęcherzu moczowym oraz dolegliwości bólowe. Pielęgniarka wyjaśniała cel założenia cewnika, dbała o jego czystość i obserwowała diurezę. Ważną, a jednocześnie krępującą i niepokojącą dla pacjentki kwestią było też usunięcie cewnika i czynności podejmowane po jego usunięciu, np.: sprawdzenie zalegania moczu w pęcherzu. Rola pielęgniarki polegała na cierpliwym wyjaśnianiu niepokojących kwestii, zapewnieniu możliwie najlepszych warunków intymności oraz sprawnym instrumentalnie wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych bez niepotrzebnego przedłużania krępujących pacjentkę czynności. Dolegliwości bólowe łagodzone poprzez odpowiednie ułożenie i ewentualnie stosowanie środków przeciwbólowych po konsultacji z lekarzem.

3. Rola edukacyjna pielęgniarki:

Jednym z głównych problemów kobiety po zabiegu była obawa co do dalszego funkcjonowania jej organizmu po operacji i brak wiedzy na

temat zachowania się w spełnianiu funkcji wydalniczych. Delikatna materia omawianego problemu wymagała od pielęgniarki nie tylko znajomości procedur i czynności instrumentalnych, ale również szczególnego taktu i stwarzała szerokie pole do wykazania się w umiejętnościach edukacyjnymi i psychologicznymi. Przekazanie pacjentce informacji dotyczących sposobu postępowania bezpośrednio po zabiegu oraz w późniejszym okresie pooperacyjnym było głównym zadaniem edukacyjnym pielęgniarki. Zakres treści edukacyjnych dotyczył sfery ogólnozdrowotnej np. higienicznego trybu życia (szczególnie wzbudzenia motywacji do walki z nałogiem tytoniowym), a także komunikatów bardzo szczegółowych i konkretnych, dotyczących samoopieki np. częstotliwości opróżniania pęcherza moczowego w trzymiesięcznym okresie pooperacyjnym:

I miesiąc - pęcherz opróżniać bardzo często, nawet co 2 godz. (w razie potrzeby szukać toalety w pobliżu). Ostatnie płyny przyjmować do godz. 18.00, żeby nie było potrzeby opróżniania pęcherza w nocy. Nie przetrzymywać moczu.

II miesiąc - pęcherz opróżniać tak często, jak zachodzi potrzeba. Nadal nie próbować przetrzymywać moczu w pęcherzu. (Siusiać wtedy, kiedy się zachce, w razie potrzeby szukać toalety w pobliżu).

III miesiąc - próbować przetrzymywać moczu w pęcherzu, żeby ćwiczyć mięśnie pęcherza i zwieracza. (Siusiać jakiś czas po tym, jak wystąpi uczucie parcia na moczu).

Zadania edukacyjne pielęgniarka realizowała poprzez częste, rzeczowe rozmowy z pacjentką, wyjaśnianie jej niezrozumiałych kwestii oraz przekazanie materiałów broszurowych dotyczących omawianego zagadnienia. Zalecała korzystanie z literatury, polecając konkretne pozycje wydawnicze. Umożliwiła również pacjentce kontakt z innymi kobietami, które przeżyły podobny zabieg w celu wymiany doświadczeń.

Pełna świadomość sytuacji i poczucie bezpieczeństwa pacjentki umożliwiły właściwe przeprowadzenie hospitalizacji i rekonwalescencji.

Podsumowanie

Analiza przypadku pacjentki oraz przegląd literatury nasuwa wniosek, iż stopień wiedzy kobiet na temat rozważanego problemu jest wciąż zbyt niski. Szczególnie niewystarczający wydaje się zakres wiedzy na temat czynników ryzyka i znacznych możliwości profilaktyki w tym zakresie. Zbyt dużo kobiet zgłasza się po pomoc już w okresie mocno

zaawansowanych objawów i wówczas jedynym sposobem pomocy jest zabieg chirurgiczny. Naszym zdaniem należałoby wdrażać intensywniej programy edukacyjne, które zwiększyłyby świadomość kobiet i nauczyły korzystać z pomocy i samopomocy. Programy te powinny być adresowane nie tylko do kobiet starszych, ale i tych w młodym wieku, chociażby w zakresie przedstawienia czynników ryzyka i zasygnalizowania problemu. Szeroki zakres rzetelnej informacji powinny otrzymywać szczególnie pacjentki oddziałów położniczych, poradni K, a także poradni rodzinnych. Są to zwykle kobiety młode, których kontakt z placówkami ochrony zdrowia jest jeszcze dość częsty ze względu na rodzenie dzieci i choroby wieku rozwojowego u potomstwa. W tym okresie już powinny one otrzymać zakres wiedzy dotyczącej profilaktyki. Programy edukacyjne mogłyby uczyć: jakie są czynniki ryzyka, jak radzić sobie z przykrymi dolegliwościami, jakie stosować ćwiczenia profilaktyczne, jak wykonywać proste testy diagnostyczne (np. test podpaskowy, czy prowadzenia dzienniczka mikcji), gdzie szukać pomocy. Należy też, przede wszystkim, ciągle obalać mity i przesady mówiące o nieuchronności wystąpienia problemu, a podkreślać możliwości skutecznej terapii.

Pielęgniarki pracujące na oddziałach szpitalnych, prowadzące proces pielęgnowania pacjentek w różnym wieku i hospitalizowanych z powodu różnych schorzeń, na etapie gromadzenia danych i rozpoznawania sytuacji zdrowotnej powinny zwracać większą uwagę na funkcjonowanie układu moczowego, objawy występujące u kobiety i zakres jej wiedzy na temat możliwości zapobiegania i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Wyłonienie takiego problemu u pacjentki pozwoliłoby na wczesne wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie dalszego postępowania. Również programy edukacyjne promujące zdrowy styl życia powinny wskazywać na palenie tytoniu, otyłość, przewlekłe zaparcia czy ciężką pracę fizyczną jako czynniki ryzyka w wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet. Należy też zachęcać kobiety do podejmowania hormonalnej terapii zastępczej pozwalającej utrzymać właściwy poziom hormonów, zwłaszcza estrogenów, w organizmie.

To właśnie pielęgniarka jest tą osobą do której pacjentki chętniej zwracają się o pomoc, radę nie tylko z powodu płci, ale i mniejszej, niż w kontakcie z lekarzem, bariery psychologicznej. Oczywiście warunkiem zdobycia zaufania jest, jak wspomniano, okazywanie życzliwości i

rzeczywistego zainteresowania kobietom oraz udzielanie im rzeczowego wsparcia w trudnej sytuacji.

Celem powyższego opracowania było zwrócenie uwagi na rangę problemu i potrzebę szerszej edukacji kobiet w zakresie możliwości i sposobów niwelowania przykrych dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu. Jak podkreślano wcześniej, jest to problem niejednokrotnie utrudniający życie kobietom, które uczestniczą bardzo aktywnie w życiu zawodowym i towarzyskim, prowadzący nawet do izolowania się i zaburzeń emocjonalnych. Istotną kwestią w podjęciu decyzji o szukaniu pomocy i leczeniu jest często bariera psychiczna oraz brak wiedzy na temat możliwości pozbycia się tych przykrych dolegliwości. Jest to problem w dalszym ciągu wstydlivy, często utożsamiany z nieuchronnością starzenia się i utratą własnej atrakcyjności.

Wydaje się więc, iż wzrost świadomości kobiet stanowi klucz do zmniejszenia statystyk epidemiologicznych w tym zakresie. Stąd duża rola pracowników ochrony zdrowia, ale także np.: mediów w propagowaniu możliwości radzenia sobie z problemem. Działania muszą być szeroko zakrojone i długofalowe. Tylko takie mogą dać znaczące efekty w postaci zmniejszenia statystyk zachorowań, a kobietom pomóc odzyskać dobre samopoczucie, poprawić jakość życia i podnieść poczucie własnej wartości.

Literatura:

1. Rechberger T., *Nietrzymanie moczu u kobiet – problem medyczny, społeczny i socjalny* [w:] „*Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*”, (red.) T. Pertyński, URBAN & PARTNER, Wrocław 2004.
2. Stadnicka G, Iwanowicz - Palus G. Bień A., *Wysiłkowe nietrzymanie moczu- czynniki ryzyka. Cz. I*, „*Pielęgniarka i Położna*” 2002, Nr 9.
3. Stadnicka G. Iwanowicz - Palus G. Bień A., *Wysiłkowe nietrzymanie moczu profilaktyka, leczenie. Cz. II*, „*Pielęgniarka i Położna*” 2002, Nr 10.
4. Zajda J., Połujański M., Zbrzeźniak M., *Leczenie nietrzymania moczu u kobiet – problem społeczny, ekonomiczny i leczniczy* [w:] „*Nowa Medycyna*”, Nr 5/2000.
5. Kózka M. (red.), *Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej*, Wyd. Instytut Pielęgniarstwa CMUJ, Kraków 1997.
6. <http://zdrowie.com.pl/>