

Wiedza kobiet na temat mięśni dna miednicy

Women's knowledge concerning pelvic floor muscles

Dagna Kocur

Zakład Psychologii Społecznej i Środowiskowej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Streszczenie

Wstęp: Mięśnie dna miednicy to dla kobiety jedne z ważniejszych partii mięśni mogących mieć związek z poziomem satysfakcji seksualnej obojga partnerów, a w pewnym stopniu ułatwić poród drogami natury. W późniejszym wieku ich osłabienie może powodować takie dolegliwości, jak nietrzymanie moczu, kału czy obniżanie i wypadanie narządów rodnych. Dlatego bardzo ważne jest, aby utrzymywać je w odpowiedniej kondycji, wykonując we właściwy sposób adekwatne ćwiczenia. Celem pracy było określenie stanu wiedzy kobiet na temat mięśni dna miednicy oraz analiza zależności między wykonywaniem ćwiczeń a problemem nietrzymania moczu, satysfakcją seksualną oraz częstotliwością osiągania orgazmów.

Materiał i metody: Zbadano grupę 726 kobiet. Wykorzystano autorską ankietę dotyczącą wiedzy na temat mięśni dna miednicy oraz doświadczeń badanych z ćwiczeniami tych partii mięśni.

Wyniki: 80% badanych wiedziało, gdzie znajdują się mięśnie dna miednicy, 73% znało ich funkcje. Tylko połowa badanych kobiet ćwiczyła je jednak kiedykolwiek. Najczęstszy sposób ćwiczenia mięśni dna miednicy to ich skurcze. Dodatkowo wynik badania pokazał, że kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy, częściej osiągały orgazmy podczas stosunku oraz miały istotnie wyższą satysfakcję z życia seksualnego w porównaniu z kobietami nigdy niećwiczącymi tych partii mięśni.

Wnioski: Ważna jest edukacja kobiet dotycząca budowy, funkcji oraz istotności mięśni dna miednicy, tak aby więcej kobiet wykonywało te ćwiczenia. Istnieje potrzeba dokładnej edukacji kobiet, w jaki sposób powinny wykonywać skuteczne ćwiczenia tych partii mięśni.

Słowa kluczowe: mięśnie dna miednicy, ćwiczenia mięśni dna miednicy, satysfakcja seksualna, nietrzymanie moczu, orgazm

Seksuologia Polska 2016; 14 (1): 31–38

Abstract

Introduction: Pelvic floor muscles are among the most important muscle parts for women; they can also be linked with the level of sexual satisfaction derived by both partners and they can facilitate natural birth. Later in life, their weakness may lead to such problems as urinary and fecal incontinence, as well as lowering and prolapse of reproductive organs. For this reason, it is very important to maintain good condition of pelvic floor muscles by performing suitable exercises in a proper way. The purpose of this work was to determine the level of knowledge of women regarding pelvic floor muscles, as well as to analyze the relation between exercising and urinary incontinence, sexual satisfaction and frequency of experienced orgasms.

Material and methods: 726 women were tested. During the study, the author used her own survey regarding pelvic floor muscles and experience related to exercising these muscle parts.

Results: 80% of patients knew the location of the pelvic floor muscles and 73% were aware of their functions. However, only half of the patients ever exercised them. The most frequent method of exercising pelvic floor muscles involves their contracting. Moreover, the study showed that women who exercised their pelvic floor muscles climaxed more often during intercourse and felt higher satisfaction with their sexual life compared to women who never performed exercises of these muscle parts.

Conclusions: *It is important to educate women regarding the structure, functions and the significance of pelvic floor muscles so that more women start performing these exercises. There is a need to apply precise education regarding how to effectively exercise these muscle parts.*

Key words: *the pelvic floor muscles, pelvic floor exercises, sexual satisfaction, urinary incontinence, orgasm*

Polish Sexology 2016; 14 (1): 31–38

Wstęp

Mięśnie dna miednicy (PFM, *pelvic floor muscle*) to dla kobiety jedne z ważniejszych partii mięśni. Ich znaczny wpływ na zdrowie oraz jakość życia można obserwować na różnych etapach rozwoju. W języku potocznym często występują pod nazwą „mięśnie Kegla”. Pochodzi ona od nazwiska ginekologa Arnolda Kegla, który w 1948 roku po raz pierwszy opisał ćwiczenia tych partii mięśni w celu leczenia problemu nietrzymania moczu [1, 2].

Mięśnie dna miednicy to kilka różnych mięśni, które tworzą razem na dnie miednicy podporę dla narządów wewnętrznych kobiety. Składają się na nie: odgrywający najistotniejszą rolę mięsień dźwigacz odbytu, mięsień guziczny, mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu, mięsień zwieracz cewki moczowej, mięsień poprzeczny głęboki krocza, mięsień poprzeczny powierzchowny krocza, mięsień opuszkowo-gąbczasty oraz mięsień kuluszowo-jamisty. Są zbudowane z dwóch typów włókien: I — oksydacyjnych (70%), przystosowanych do utrzymywania napięcia przez długi czas, pełniących funkcję podporową, oraz II — glikolitycznych (30%) odpowiadających za krótkotrwałą odpowiedź szybkim i silnym skurczem, pełniących funkcję zwieraczową w sytuacji nagłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej [3, 4].

Mięśnie dna miednicy odgrywają ważną rolę. W młodszym wieku ich obniżona funkcjonalność u kobiet może powodować zmniejszenie satysfakcji seksualnej obojga partnerów podczas stosunków waginalnych. Dobrze wyćwiczone mięśnie dna miednicy mogą w pewnym stopniu ułatwić poród drogami natury [5, 6]. Brak silnych PFM może być przyczyną nietrzymania moczu czy kału, szczególnie w późniejszym wieku, okresie menopauzalnym, u kobiet cierpiących na chroniczny kaszel czy zaparcia, u kobiet, które przeszły liczne porody drogą pochwową, lub u kobiet z nadwagą. Słabe PFM mogą powodować w tej grupie obniżanie się i wypadanie narządów rodnych, czyli zaburzenia statyki narządu rodowego [7, 8]. Silne PFM są istotne na wszystkich etapach rozwoju kobiety.

Nietrzymanie moczu czy kału to częsta dolegliwość. Wyniki niektórych badań pokazują, że nawet 60% kobiet może doświadczać wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM). Polega ono na wypływaniu moczu przez nieuszkodzoną cewkę moczową pod wpływem zwiększo-

nego ciśnienia śródbrzusznego i śródpecherzowego, na przykład podczas śmiechu, kaszlu czy wysiłku. Do przyczyn tego zaburzenia zalicza się: uszkodzenie więzadeł podwieszających cewkę moczową, uszkodzenie zwieraczy pęcherza i cewki moczowej oraz osłabienie mięśni dna miednicy. Problem ten zasadniczo wpływa na kondycję psychofizyczną kobiet. W szczególności może powodować silny stres, obniżać samoocenę, poczucie własnej wartości, podwyższać poczucie samotności, wywoływać depresję, ograniczać i utrudniać aktywność zawodową, społeczną czy seksualną [9, 10].

Obniżenie lub wypadanie narządu rodowego kobiety jest skutkiem osłabionych mięśni dna miednicy. Częstość, z jaką występuje to zaburzenie w populacji, jest trudna do oszacowania, ponieważ wiele kobiet nie zgłasza się do lekarza z tą dolegliwością. Przyjmuje się, że około 5% kobiet w wieku 20–59 lat cierpi na jeden z kilku stopni obniżenia macicy. Czynnikiem zwiększającym ryzyko tego typu zaburzeń są: liczne i długotrwałe porody, wrodzony defekt tkanki łącznej, otyłość, przewlekłe zaparcia oraz osłabione mięśnie dna miednicy [11–13].

Ćwiczenie mięśni dna miednicy (PFMT, *pelvic floor muscle training*) jest bardzo ważne nie tylko w procesie leczenia, ale przede wszystkim w profilaktyce [14]. Najpopularniejszą metodą PFMT jest trening polegający na szybkich silnych skurczach kolejno na jak najdłuższym wytrzymaniu skurczu i wielu szybkich skurczów na zakończenie każdego przedłużonego skurczu [15]. Ważne jest, aby pacjentka wykonywała te ćwiczenia prawidłowo. Częstymi błędami popełnianymi podczas tych ćwiczeń są: zbyt słabe skurcze czy uruchamianie tłoczni brzusznej w trakcie wykonywania skurczu. Zdarza się również, że kobiety ćwiczą mięśnie dna miednicy podczas oddawania moczu poprzez przerywanie mikcji. Jest to niebezpieczne i szkodliwe, może powodować zaleganie moczu w pęcherzu, zapalenie pęcherza, częstomocz czy ból podczas oddawania moczu. Poprzez przerywanie mikcji można jedynie sprawdzić kondycję mięśni dna miednicy lub zidentyfikować właściwy rodzaj skurczu mięśni, jaki należy wykonywać podczas ćwiczeń. Nie powinno się jednak ćwiczyć w ten sposób. Współcześnie popularne są ćwiczenia w warunkach domowych, wykonywane za pomocą ciężarków, kulek dopochwowych (tak zwane kulki gejszy) czy pochodzących z tradycji wschodnich

kamiennych, często jodeitowych, przewierconych jajek (*drilled jade egg*). Ćwiczenia w warunkach profesjonalnych (w szpitalach lub niepublicznych praktykach) są prowadzone z użyciem na przykład stożków dopochwowych (*vaginal cones*), aparatury typu *biofeedback* czy urządzeń elektrostymulacyjnych [16–18]. Istotą tych ćwiczeń jest zwiększanie objętości włókien mięśniowych I i II typu, wzrost zarówno siły mięśniowej, jak i tonusu mięśniówki, ale nie tylko. Arnold Kegel w 1948 roku główny nacisk kładł na zwiększenie siły mięśniowej mięśni dna miednicy, współcześnie okazuje się jednak, że jest to niewystarczające. Obecnie więcej nacisku w technice treningu mięśni dna miednicy kładzie się na funkcje i koordynację mięśniową, ucząc pacjentki świadomego kurczenia tych mięśni w celu zamknięcia cewki moczowej podczas aktywności fizycznej powodującej wysiłkowe nietrzymanie moczu. Ćwiczenia związane ze świadomym kurczeniem mięśni PFM wykonuje się między innymi przy użyciu technologii *biofeedback*, bywa ona jednak używana również w celach diagnostycznych [17].

Potocznie uważa się, że tak zwane mięśnie Kegla są elementem budowy ciała wyłącznie kobiet. To błędne przekonanie, mężczyźni posiadają analogiczne partie mięśni, które również nazywane są potocznie mięśniami Kegla. Ćwiczenia mięśni dna miednicy w przypadku mężczyzn mogą zmniejszać problemy związane z zaburzeniami erekcji, są też zalecane po przezcewkowej resekcji gruczołu krokowego [19]. W przypadku problemów z nietrzymaniem moczu ćwiczenia te są również skuteczne. Mężczyźni, którzy chcą ćwiczyć omawiane partie mięśni, powinni napinać je od 5 do 10 sekund, a następnie powoli relaksować, powtarzając to ćwiczenie około 10 razy, 2 razy dziennie. Jeżeli ćwiczenia są wykonywane prawidłowo, powoduje to, że jądra się lekko podnoszą. Można obserwować ich ruchy w lustrze, oceniając poprawność wykonywania ćwiczenia [20, 21].

Najważniejszym celem badania było określenie stanu wiedzy kobiet na temat mięśni dna miednicy. Kolejne cele dotyczyły zebrania informacji, ile kobiet ćwiczyło te partie mięśni i w jaki sposób. Kolejne zaś dotyczyły analizy zależności między ćwiczeniami a problemem nietrzymania moczu, satysfakcją seksualną oraz częstotliwością osiągania orgazmów podczas stosunku pochwowego.

Materiał i metody

Metoda badawcza

W badaniu wykorzystano autorską ankietę dotyczącą wiedzy na temat mięśni dna miednicy. W an-

kiecie użyto nazwy „mięśnie Kegla”, aby pytania były bardziej zrozumiałe dla badanych kobiet. Potocznie, poza społecznością związaną z medycyną, rzadko używa się bowiem nazwy „mięśnie dna miednicy”. Ankieta zawierała trzy części. Pierwsza, ogólna składała się z: metryczki, pytań dotyczących porodów, życia seksualnego oraz problemów z nietrzymaniem moczu. Druga część dotyczyła wiedzy na temat mięśni dna miednicy. Składały się na nią: w wersji papierowej ankiety — polecenie, aby zaznaczyć mięśnie Kegla na rysunku, natomiast w wersji elektronicznej — aby opisać, gdzie znajdują się mięśnie Kegla. Druga część ankiety zawierała dodatkowo następujące pytania: Za co odpowiadają mięśnie Kegla? W jaki sposób można ćwiczyć mięśnie Kegla? Czy mięśnie Kegla mają wpływ na życie seksualne? Czy osłabienie mięśni Kegla może się wiązać z nietrzymaniem moczu? Czy osłabienie mięśni Kegla może się wiązać z nietrzymaniem kału? Czy silne mięśnie Kegla mogą w pewnym stopniu ułatwić poród siłami natury? Czy Twoje sprawne mięśnie Kegla mogą zwiększyć doznania partnera podczas stosunku? Czy sprawne mięśnie Kegla mogą zwiększać własne doznania seksualne? Trzecia część ankiety dotyczyła indywidualnych doświadczeń z ćwiczeniami tych partii mięśni. Zawierała następujące pytania: Czy ćwiczyłaś kiedyś mięśnie Kegla? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Jeżeli tak, to co Ci to dało?

Badanie przeprowadzono w Polsce z wykorzystaniem klasycznej wersji papierowej ankiety ($n = 249$) oraz ankiety *on-line* ($n = 477$). Badanie wersją papierową zostało przeprowadzone metodą kuli śnieżnej wśród studentek, pracownic firm i zakładów pracy na terenie Polski; ankiety były też zbierane w gabinetach ginekologicznych. Badanie wersją elektroniczną przeprowadzono z wykorzystaniem serwisu www.ebadania.pl.

Po przeprowadzeniu badań i obliczeniu wyników przeprowadzona została analiza ilościowa oraz jakościowa zebranych danych.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 726 kobiet. Średnia wieku badanych to $M = 28,93$ ($SD = 10,27$); 52,62% ($n = 382$) kobiet posiadało wyższe wykształcenie, 41,6% ($n = 302$) średnie, 3,99% ($n = 29$) zawodowe, a 1,79% ($n = 13$) podstawowe. 42,42% ($n = 308$) badanych pochodziło z miast od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, 28,79% ($n = 209$) z miast od 10 do 100 tysięcy mieszkańców, 18,18% ($n = 132$) z miast powyżej 500 tysięcy mieszkańców, a 10,61% ($n = 77$) ze wsi; 30,44% ($n = 221$) badanych pozostawało w związku nieformalnym dłużej niż rok, 29,34% ($n = 213$) było mężatkami, 25,21% ($n = 183$) nie było w stałej relacji intymnej, 11,85% ($n = 86$) badanych

pozostawało w związku nieformalnym krócej niż rok, a 3,16% (n = 23) określiło swoją sytuację jako „inna niż wymienione”; 89,12% (n = 647) badanych identyfikowało się jako kobiety heteroseksualne, 6,75% (n = 49) jako biseksualne, 1,79% (n = 13) jako homoseksualne, a 2,34% (n = 17) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie; 26,58% (n = 193) kobiet rodziło — 150 badanych w sposób naturalny, 41 poprzez poród cesarski, a 2 badane nie udzieliły odpowiedzi; 65,84% (n = 478) badanych prowadziło aktywne życie seksualne.

Wyniki

Pierwsza część ankiety dotyczyła ogólnej wiedzy na temat mięśni dna miednicy. Na pytanie, gdzie znajdują się mięśnie Kegla, 80,03% (n = 581) badanych odpowiedziało poprawnie, 10,33% (n = 75) udzieliło niepoprawnej odpowiedzi, a 9,64% (n = 70) nie udzieliło żadnej. W wersji papierowej ankiety za poprawne uznawane było zaznaczenie obszaru miednicy, natomiast w wersji elektronicznej ankiety uznawane były odpowiedzi na przykład: „dno miednicy”, „oplatają pochwę i odbył”, „w miednicy”. Przykładowe błędne odpowiedzi na pytanie, gdzie znajdują się mięśnie Kegla, to: „na nogach”, „na piersiach” czy „w macicy”.

Na pytanie, za co odpowiadają mięśnie Kegla, 73,28% (n = 532) badanych udzieliło odpowiedzi poprawnej, 23,55% (n = 171) nie udzieliło żadnej odpowiedzi, a 3,17% (n = 23) podało błędną odpowiedź. Tabela 1 prezentuje najczęstsze odpowiedzi badanych. Przykładowe błędne odpowiedzi to: „za skurcze macicy”, „za bóle brzucha” czy „za bóle menstruacyjne”. Przykładowe inne odpowiedzi to: „za elastyczność pochwy”, „trzymanie macicy na miejscu”, „napięcie krocza” czy „za trzymanie napięcia mięśni dna miednicy i mięśni zwieraczy”.

Na pytanie, jak ćwiczyć mięśnie Kegla, 72,53% (n = 528) badanych udzieliło jakiegokolwiek odpowiedzi.

Na pierwszym miejscu znalazły się skurcze mięśni Kegla, popularne również były odpowiedzi dotyczące przerywania mikcji (tab. 2). Inne ciekawe ćwiczenia podane przez badane to: ćwiczenia rozciągające, ćwiczenia z piłką, chodzenie na wysokich obcasach, ćwiczenia izometryczne, joga, pływanie, pilates, taniec brzucha czy masturbacja. W tabeli 3 zaprezentowano odpowiedzi na szczegółowe pytania zamknięte dotyczące funkcji mięśni Kegla.

Druga część ankiety dotyczyła indywidualnych doświadczeń z ćwiczeniami mięśni dna miednicy. Na pytanie, czy ćwiczyłaś mięśnie Kegla, 54,82% (n = 398) kobiet odpowiedziało twierdząco, 42,84% (n = 311) badanych przecząco, a 2,34% (n = 17) wstrzymało się od odpowiedzi.

Tabela 1. Odpowiedzi na pytanie: Za co odpowiadają mięśnie Kegla?

Odpowiedzi	n	%
Doznania seksualne	211	38,01
Trzymanie moczu	308	55,49
Podtrzymanie pochwy	157	28,28
Ułatwienie porodu	100	18,01
Skurcze pochwy	72	12,97
Inne	21	3,78
Trzymanie kału	13	2,34

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ część badanych wymieniła kilka funkcji, za które odpowiadają mięśnie Kegla

Tabela 2. Odpowiedzi na pytanie: Jak ćwiczyć mięśnie Kegla?

Ćwiczenia	n	%
Poprzez kurczenie ich	318	60,22
Przerywając oddawanie moczu	100	18,93
Poprzez skurcze powtarzane w seriach	68	12,87
Inne ćwiczenia	53	10,03
Używając kulek waginalnych (gejszy)	32	6,06

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ część badanych wymieniła kilka elementów, za które odpowiadają mięśnie Kegla

Tabela 3. Odpowiedzi na pozostałe pytania dotyczące mięśni dna miednicy

Pytania	Tak		Nie		Nie wiem	
	n	%	n	%	n	%
Czy mięśnie Kegla mają wpływ na życie seksualne?	551	75,9	24	3,3	151	20,8
Czy osłabienie mięśni Kegla może się wiązać z nietrzymaniem moczu?	569	78,37	22	3,04	135	18,59
Czy osłabienie mięśni Kegla może się wiązać z nietrzymaniem kału?	177	24,38	234	32,24	315	43,38
Czy silne mięśnie Kegla mogą w pewnym stopniu ułatwiać poród siłami natury?	551	75,89	23	3,17	152	20,94
Czy Twoje sprawne mięśnie Kegla mogą zwiększyć doznania partnera podczas stosunku?	536	73,82	27	3,72	163	22,46
Czy sprawne mięśnie Kegla mogą zwiększać własne doznania seksualne?	558	76,86	25	3,45	143	19,69

Tabela 4. Wykształcenie badanych a wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy

Wykształcenie	Kobiety, które nie ćwiczyły mięśni dna miednicy		Kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy		z	p
	n	%	n	%		
Podstawowe	8	2,57	4	1,01	1,605	0,108
Zawodowe	20	6,43	4	1,01	3,964	< 0,001
Średnie	150	48,23	146	36,68	3,094	0,002
Wyższe	133	42,77	244	61,3	4,910	< 0,001

17 kobiet nie udzieliło odpowiedzi

Tabela 5. Najczęstsze sposoby ćwiczenia mięśni dna miednicy wykonywane przez badane

Ćwiczenia	n	%
Skurcze mięśni Kegla	222	55,78
Przerywanie oddawania moczu	73	18,34
Skurcze powtarzane w seriach	67	16,83
Inne ćwiczenia	29	7,29
Kulki waginalne (gejszy)	14	3,52

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ część badanych wymieniła kilka zalet, z którymi wiąże się ćwiczenie mięśni Kegla

100% to kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy, czyli 398

W tabeli 4 przedstawiono wykształcenie badanych z podziałem na grupy kobiet ćwiczących mięśnie dna miednicy oraz tych, które nigdy nie wykonywały takich ćwiczeń. Istotnie więcej kobiet z wykształceniem wyższym ćwiczyło PFM.

Najczęstszy sposób ćwiczenia PFM to skurcze mięśni oraz przerywanie mikcji. Inne ciekawe sposoby (nie zawsze poprawne) podane przez ankietowane kobiety, które pojawiły się w tym pytaniu, to: „zaciskając pośladki”, „wykonując przysiady”, „belly dance”, „jazda konna”, „ćwiczenie podczas stosunku”, „ćwicząc, wkładając do pochwy dwa palce i zaciskam mięśnie”. Wyniki zaprezentowano w tabeli 5.

Na pytanie o korzyści, jakie dało ćwiczenie mięśni dna miednicy, badane najczęściej odpowiadały, że nic im to nie dało (31,96%), lub że zwiększyło to ich satysfakcję seksualną (29,78%). Wyniki zaprezentowano w tabeli 6. Inne odpowiedzi, które pojawiły się w pytaniu dotyczącym korzyści, to: „dłuższe przeżywanie orgazmu”, „świadomość ciała”, „ułatwienie porodu”, „szybszy powrót kondycji po porodzie”. Stosunkowo często pojawiały się odpowiedzi typu: „to się okaże za kilka lat”, „działam profilaktycznie”.

Tabela 6. Korzyści z ćwiczenia mięśni dna miednicy w opinii badanych kobiet

Korzyści	n	%
Brak korzyści	117	29,4
Satysfakcja seksualna dla mnie	109	27,39
Inne odpowiedzi	44	11,05
Brak problemów z nietrzymaniem moczu	44	11,05
Nic, ponieważ za krótko ćwiczyłam	40	10,05
Lepsza kondycja, wzmocnienie, sprężystość mięśni pochwy	30	7,54
Satysfakcja seksualna dla partnera	20	5,02

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ część badanych wymieniła kilka zalet, z którymi wiąże się ćwiczenie mięśni Kegla

100% to kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy, czyli 398

Średnia ocena życia seksualnego badanych na skali 1–5 (1 — „bardzo nieudane”; 5 — „bardzo udane”) wyniosła 3,95 (SD = 0,9). W tabeli 7 przedstawiono porównanie grup kobiet, które nigdy nie ćwiczyły mięśni dna miednicy, z ćwiczącymi te partie mięśni.

Wynik testu *t* wskazuje, że kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy, oceniały swoje życie seksualne lepiej niż kobiety, które nigdy nie ćwiczyły PFM.

Pomiarowi poddano również częstotliwość osiągnięcia orgazmów przez badane kobiety. Na pytanie, jak często osiągasz orgazm podczas stosunku pochwowego, 40,91% (n = 297) odpowiedziało „czasem”, 33,75% (n = 245) — „bardzo często”, 20,52% (n = 149) — „nigdy”, a 4,82% (n = 35) nie udzieliło żadnej odpowiedzi. W tabeli 8 zaprezentowano porównanie kobiet, które nigdy nie ćwiczyły mięśni dna miednicy, z kobietami, które ćwiczyły te partie mięśni. Kobiety ćwiczące PFM częściej osiągały orgazmy podczas stosunku. Różnica między dwoma wskaźnikami struktury okazała się istotna statystycznie: p = 0,008.

Tabela 7. Porównanie grup kobiet ćwiczących mięśnie dna miednicy i kobiet niećwiczących pod względem ogólnej satysfakcji seksualnej

	Kobiety, które nie ćwiczyły mięśni dna miednicy (n = 311)		Kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy (n = 397)		t	p	d Cohena
	M	SD	M	SD			
Satysfakcja seksualna	3,504	1,866	4,209	1,607	-5,387	< 0,001	0,79

18 kobiet nie udzieliło odpowiedzi

Tabela 8. Ćwiczenie mięśni dna miednicy a częstotliwość osiągnięcia orgazmów

Jak często osiągasz orgazm?	Kobiety, które nie ćwiczyły mięśni dna miednicy (n = 311)		Kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy (n = 398)		z	p
	n	%	n	%		
Brak odpowiedzi	26	8,36	5	1,26	4,590	< 0,001
Nigdy	71	22,83	78	19,6	1,048	0,295
Czasem	125	40,19	163	40,95	0,205	0,838
Bardzo często	89	28,62	152	38,19	2,670	0,008

17 kobiet nie udzieliło odpowiedzi

Tabela 9. Poród a problem nietrzymania moczu

Problem nietrzymania moczu	Kobiety, które rodziły (n = 191)		Kobiety, które nie rodziły (n = 531)		z	p
	n	%	n	%		
Nie mam problemu z nietrzymaniem moczu	160	83,77	501	94,35	4,509	< 0,001
Mam problem z nietrzymaniem moczu	28	14,66	21	3,96	5,044	< 0,001
Nie wiem, czy mam problem z nietrzymaniem moczu	3	1,57	9	1,69	0,115	0,908

4 kobiety wstrzymały się od odpowiedzi na pytanie dotyczące problemu nietrzymania moczu

W badaniu eksplorowano również problem nietrzymania moczu. Na pytanie, czy masz problem z nietrzymaniem moczu, 90,7% (n = 648) badanych odpowiedziało przecząco, 8,04% (n = 49) udzieliło twierdzącej odpowiedzi, a 1,26% (n = 12) odpowiedziało: „nie wiem”. Nie zaobserwowano różnicy między kobietami, które ćwiczyły PFM, a tymi, które nie wykonywały takich ćwiczeń.

W grupie kobiet, które rodziły, znalazło się istotnie więcej kobiet z problemem nietrzymania moczu (tab. 9). Różnica między dwoma wskaźnikami struktury okazała się istotna statystycznie: p = 0,000. Nie zaobserwowano zależności między rodzajem porodu a problemem nietrzymania moczu.

Dyskusja

Wiedza kobiet na temat mięśni dna miednicy w Polsce nie jest tak mała, jak można by przypuszczać na podstawie na przykład liczby wykonywanych zabiegów operacyjnych podwieszenia narządu rodnego — jest to około 15% wykonywanych operacji ginekologicznych [22], czy też istotności problemu nietrzymania moczu, którą można oszacować na podstawie przykładowo reklam telewizyjnych wkładek i podpasek. Optymistycznie, 80% kobiet wie, gdzie znajdują się mięśnie dna miednicy. Jest to zgodne z wynikami badań Bo i wsp., które wykazały, że 17% kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu nie wie o możliwości ćwiczenia mięśni dna miednicy [23]. Wciąż co piąta kobieta nie wie jednak o istnieniu mięśni dna miednicy oraz ich istotności.

Jeżeli chodzi o funkcje tych partii mięśni, to wyniki były zbliżone. Na pytanie: za co odpowiadają mięśnie Kegla odpowiedziało 73,28% badanych, nie były to jednak odpowiedzi szczegółowe. Pojawiło się również wiele błędnych odpowiedzi. Część kobiet była przekonana, że mięśnie te odpowiadają za skurcze macicy oraz skurcze menstruacyjne. Zdarzały się jednak odpowiedzi bardzo szczegółowe, na przykład „za trzymanie napięcia mięśni dna miednicy i mięśni zwieraczy”. Tego rodzaju odpowiedzi pokazują, że część kobiet dobrze zna funkcje, jakie pełnią mięśnie dna miednicy.

Na pytanie, jak ćwiczyć mięśnie Kegla, odpowiedzi udzieliło 72,73% ankietowanych. Na pierwszym miejscu znalazły się ćwiczenia poprzez skurcze tych partii mięśni. Niestety, na drugim miejscu pojawiło się przerywanie oddawania moczu jako sposób ćwiczenia mięśni dna miednicy. Jest to szkodliwa i niebezpieczna metoda, która nie przynosi oczekiwanych skutków. Co więcej, może doprowadzić do infekcji [24]. Niepokojący jest fakt, że takie ćwiczenia stosuje prawie 19% kobiet. Mało popularne okazały się kulki waginalne (kulki gejszy) — tylko 6% kobiet wie, że można w ten sposób ćwiczyć mięśnie dna miednicy. Ta sytuacja prawdopodobnie zmieni się w ciągu najbliższych lat ze względu na rozwój rynku zabawek i gadżetów erotycznych oraz związany z nim marketing [25, 26].

Ankieta wykorzystana w niniejszym badaniu zawierała sześć pytań zamkniętych dotyczących szczegółowych funkcji, za które odpowiadają mięśnie dna miednicy. Problematyka nietrzymania moczu wydaje się nagłośniona medialnie bardziej niż problem

nietrzymania kału, ale i w tym przypadku 19% kobiet nie wiedziało, że osłabienie mięśni dna miednicy może się wiązać z nietrzymaniem moczu. W kwestii nietrzymania kału aż 32% kobiet było przekonanych, że mięśnie dna miednicy nie mają nic wspólnego z tym problemem, a 43% badanych nie wiedziało, czy taka zależność występuje. Wynik przeprowadzonego badania pokazał, że większość kobiet wie o udziale mięśni dna miednicy w porodzie naturalnym. Może to być wynikiem rosnącej w Polsce popularności szkół rodzenia i rozpowszechnienia informacji na ten temat w mediach. Ponad 20% kobiet nie ma świadomości, że sprawne mięśnie dna miednicy mogą zwiększyć doznania seksualne zarówno własne, jak i partnera. Może się to odbijać negatywnie na życiu seksualnym kobiet, ale także i ich partnerów.

Druga część ankiety dotyczyła doświadczeń badanych kobiet z ćwiczeniami mięśni dna miednicy. Na pytanie, „Czy ćwiczyłaś mięśnie Kegla?“, tylko 55% badanych odpowiedziało twierdząco. Dla przypomnienia: 73% kobiet wiedziało, jak ćwiczyć mięśnie dna miednicy. Oznacza to, że 18% kobiet wie, jak wykonywać ćwiczenia, ale z jakichś powodów ich nie wykonuje. Istotny wynik, którego dostarczyło badanie, dotyczy zależności między ćwiczeniami mięśni dna miednicy a częstotliwością osiągania orgazmów. Kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy, istotnie częściej doświadczały orgazmów niż kobiety, które nigdy ich nie ćwiczyły. Wynik ten jest zgodny z doniesieniami literatury o wpływie mięśni dna miednicy na orgazm [27]. Co więcej, kobiety, które ćwiczyły mięśnie dna miednicy, oceniały swoje życie seksualne istotnie lepiej niż kobiety, które nigdy nie ćwiczyły tych partii mięśni.

Najczęściej wymienianym sposobem ćwiczenia mięśni dna miednicy były ich skurcze, na drugim miejscu znalazło się przerywanie oddawania moczu. To pytanie również pokazało, że jest to istotny problem. Inne ciekawe sposoby ćwiczenia mięśni dna miednicy to między innymi: „umieścić w pochwie jakiś przedmiot, na przykład dildo i na nim zaciskać mięśnie lub próbować to wypchnąć”. Przy takich ćwiczeniach może pojawić się uruchamianie tłoczni brzusznej podczas skurczu, co jest niewskazane [7]. Korzyści wymieniane przez badane, które osiągnęły dzięki ćwiczeniom mięśni dna miednicy, to satysfakcja seksualna dla badanej i dla partnera, brak problemów z nietrzymaniem moczu czy sprężystość mięśni pochwy. Aż 32% badanych odpowiedziało jednak, że ćwiczenie mięśni dna miednicy nie przyniosło żadnych widocznych rezultatów. Może to być związane z ich nieprawidłowym wykonywaniem, „ćwiczeniem” poprzez przerywanie mikcji. Kolejna kwestia może dotyczyć braku systematyczności. Jedenaście procent kobiet odpowiedziało, że ćwiczenie tych partii mięśni nic im nie dało, ponieważ

ćwiczyły zbyt krótko lub sporadycznie. Wyniki badań pokazują, że treningi na poziomie 50% maksymalnego wysiłku nie powodują zmian w strukturze tkanek, natomiast trening na poziomie 80% prowadzi do przyrostu masy mięśniowej [28]. Co więcej, rezultaty badań pokazują, że nawet 70% kobiet wykonujących ćwiczenia mięśni dna miednicy czyniło to w nieprawidłowy sposób pomimo ustnego instruktażu [23].

Prawie 7% badanych kobiet przyznało, że ma problem z nietrzymaniem moczu. Kobiety, które rodziły, częściej doświadczały problemów tego typu. Powszechnie uważa się, że wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęściej spowodowane ciężką i porodem drogami natury [29]. W niniejszym badaniu nie zaobserwowano różnic w kwestii problemu nietrzymania moczu w grupie kobiet, które rodziły w sposób naturalny, ani w grupie kobiet, które rodziły poprzez cesarskie cięcie. Według badań istotnie rzadziej tego typu dolegliwości występują po cięciu cesarskim, ale zabieg ten wykonany w trakcie zaawansowanego porodu nie chroni przed obniżeniem narządów miednicy [30].

Mimo że już w 1948 roku Arnold Kegel zastosował ćwiczenia mięśni dna miednicy jako skuteczną metodę leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, u kobiet wciąż dominuje chirurgiczna metoda leczenia tej choroby. Mimo że większość kobiet wie, gdzie znajdują się mięśnie dna miednicy, jakie pełnią funkcje oraz jak należy je ćwiczyć, wciąż niewiele kobiet wykonuje te ćwiczenia odpowiednio i regularnie. Między innymi z tego powodu tak wiele z nich jest przekonanych, że ćwiczenia tych partii mięśni nie przyniosły im żadnych korzyści. Ważne jest, aby edukować zarówno kobiety, jak i personel medyczny nie tylko w sytuacji, gdy pacjentka zgłasza się z problemem nietrzymania moczu lub obniżenia się i wypadania narządu rodowego, ale o wiele wcześniej. Szczególnie ważna w tym przypadku jest profilaktyka.

Wnioski

Niezwykle istotna jest edukacja kobiet dotycząca budowy, funkcji i istotności mięśni dna miednicy, która zachęci je do regularnych ćwiczeń. Istnieje również potrzeba dokładnej edukacji kobiet w zakresie poprawnego wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy.

Piśmiennictwo:

1. Kegel A.H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1948; 56: 238–248.
2. Kegel A.H. Physiologic therapy for urinary stress incontinence. *J. Am. Med. Assoc.* 1951; 146: 915–917.
3. Lawson J.O. Pelvic anatomy. I. Pelvic floor muscles. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1974; 54: 244.

4. Ashton-Miller J.A., Howard D., Delancey J.O.L. The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 2001; 35: 1–7.
5. Mørkved S., Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br. J. Sports Med.* 2014; 48: 299–310.
6. Mørkved S., Bø K., Schei B., Salvesen K.Å. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101: 313–319.
7. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int. Urogynecol. J.* 2004; 15: 76–84.
8. Brækken I.H., Majida M., Engh M.E., Bø K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010; 203: 170–172.
9. Rosenthal A.J., McMurtry C.T. Urinary incontinence in the elderly. Often simple to treat when properly evaluated. *Postgrad. Med.* 1995; 97: 109–116.
10. Grimby A., Milsom I., Molander U., Wiklund I., Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing* 1993; 22: 82–89.
11. Palma P., Riccetto C., Hernández M., Olivares J.M. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urol. Esp.* 2008; 32: 618–623.
12. Jelovsek J.E., Maher C., Barber M.D. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007; 369: 1027–1038.
13. Jeon M.J., Chung S.M., Jung H.J., Kim S.K., Bai S.W. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2008; 66: 268–273.
14. Liebergall-Wischnitzer M., Hochner-Celnikier D., Lavy Y., Manor O., Shveiky D., Paltiel O. Randomized trial of circular muscle versus pelvic floor training for stress urinary incontinence in women. *J. Womens Health* 2009; 18: 377–385.
15. Price N., Dawood R., Jackson S.R. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas* 2010; 67: 309–315.
16. Bø K., Talseth T., Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318: 487–493.
17. Mørkved S., Bø K., Fjørtoft T. Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100: 730–739.
18. Berghmans L.C.M., Frederiks C.M.A., De Bie R.A. i wsp. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *NeuroUrol. Urodyn.* 1996; 15: 37–52.
19. Porru D., Campus G., Caria A. i wsp. Impact of early pelvic floor rehabilitation after transurethral resection of the prostate. *NeuroUrol. Urodyn.* 2001; 20: 53–59.
20. Dorey G., Speakman M.J., Feneley R.C., Swinkels A., Dunn, C.D. Pelvic floor exercises for erectile dysfunction. *BJU Int.* 2005; 96: 595–597.
21. Ide W., Vahlensieck W., Gilbert T., Vollmer K. Rehabilitacja urologiczna. Skuteczne leczenie nietrzymania moczu i zaburzeń erekcji. *Elipsa-Jaim*, Kraków 2010; 130.
22. Fijałkowski W., Markowska R., Michalczyk H., Sadowska L. Rehabilitacja w położnictwie i ginekologii: wybrane fazy rozwoju wewnątrzłonowego i profilaktyka uszkodzeń okołoporodowych dziecka i matki. *AWF*, Wrocław 1998; 168–169, 176–181.
23. Bo K., Larsen S., Oseid S., Kvarstein B., Hagen R., Jorgensen J. Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with urinary stress incontinence. *NeuroUrol. Urodyn.* 1988; 7: 261–262.
24. Burgio K.L. Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2009; 36: 475–491.
25. Glavind K. Conservative treatment of stress incontinence with Geisha balls. *Int. Urogynecol. J.* 2001; 12: 223–225.
26. McCaughey M., French C. Women's sex-toy parties: Technology, orgasm, and commodification. *Sexual. Cult.* 2001; 5: 77–96.
27. Perry J.D., Whipple B. Pelvic muscle strength of female ejaculators: Evidence in support of a new theory of orgasm. *J. Sex Res.* 1981; 17: 22–39.
28. Strupińska E. Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu — techniki i metodyka ćwiczeń. *Przegl. Urol.* 2007; 8: 17–19.
29. Foldspang A., Mommsen S., Djurhuus J.C. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *Am. J. Public Health* 1999; 89: 209–212.
30. Larsson C., Källen K., Andolf E. Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case-control study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009; 200: 243–246.