

Dorota Szczygielska¹ , Andrzej Knapik² , Teresa Pop¹ , Edward Saulicz³ 

¹Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, Polska

²Zakład Adaptowanej Aktywności Fizycznej i Sportu, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

³Katedra Kinezyterapii i Metod Specjalnych Fizjoterapii,
Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, Polska

Wpływ fizjoterapii na jakość życia powiazaną ze zdrowiem u mężczyzn z nietrzymaniem moczu po zabiegu prostatektomii radykalnej

ABSTRACT

Introduction. Urinary incontinence among men often occurs as a side effect of prostate cancer treatment – a radical prostatectomy (RP) – an operation to remove the prostate. The aim of such oncological operations is to cure the patient from the cancer and improve the quality of life after the operation. In the non-invasive treatment of urinary incontinence physiotherapeutic methods are applied, especially pelvic floor muscle training.

Aim. To investigate whether physiotherapy applied in the treatment of patients suffering from urinary incontinence after radical prostatectomy affects the qualities of the physical and psychological aspects of their lives.

Material and methods. The study included 60 male patients aged 51–75. All the patients were after radical prostatectomy. The patients took part in 10-week pelvic floor muscle training. The quality of life related to the patients' health was measured before and after the therapy by the SF-36 questionnaire.

Results. Significant improvement in urinary continence was recorded. The comparison of the quality of life demonstrated considerable statistical improvement after the physiotherapeutic treatment ($p < 0.05$) in both the physical and psychological aspects of life among the patients starting treatment up to 6 weeks after the operation. There was no improvement recorded in the group starting treatment after a period longer than 6 weeks from the operation.

Conclusions. Pelvic floor muscle training applied in the treatment of male patients after RP improves the quality of life of the patients, especially their mental health. It is advantageous to begin the treatment in the early stages after the operation.

Key words: radical prostatectomy, urinal incontinence, quality of life, health

Wstęp

Wśród chorób nowotworowych rak gruczołu krokowego (*prostate cancer* – PC) jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn w Polsce (19,7%) i drugą przyczyną zgonów [1]. Nowotwór ten ma największą dynamikę wzrostu zachorowalności, ale jednocześnie w ostatniej dekadzie obserwuje się stabilizację umieralności i poprawę wskaźników przeżyć [2]. Jest to efekt wdrażania coraz skuteczniejszych metod diagnostyki i leczenia tego nowotworu.

Jedną z często stosowanych opcji leczenia (w zależności od stopnia ryzyka) jest prostatektomia radykalna (*radical prostatectomy* – RP). Metoda ta, choć skuteczna w ratowaniu życia chorych, niesie za sobą skutki uboczne, do których należą przede wszystkim inkontynencja (nietrzymanie moczu – NTM) oraz erekcyjna dysfunkcja (impotencja) [3]. Częstość wystąpienia wysiłkowego NTM po RP według różnych autorów oscyluje pomiędzy 2% a 43% [4]. Niezależnie od przyczyn występowania, NTM stanowi ogromny problem nie tylko w wymiarze fizycznym, ale i psychologicznym oraz społecznym. Zmusza do zmiany stylu życia, ogranicza lub wręcz uniemożliwia osobom z NTM sprawne funkcjonowanie społeczne, wpływając tym samym negatywnie na jakość życia [5,6]. Naturalne jest więc poszukiwanie dróg rozwiązania tego problemu. Jednym ze sposobów może być wykorzystanie

metod stosowanych w fizjoterapii. Rekomendacje International Continence Society (ICS) dotyczące zachowawczego leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn obejmują zmianę stylu życia i ćwiczenia mięśni dna miednicy (*pelvic floormuscle training* – PFMT) [7].

Ocena jakości życia (*quality of life* – QL) odgrywa kluczową rolę w ewaluacji i leczeniu pacjentów onkologicznych [8]. Długość przeżycia przestaje być jedynym czynnikiem decydującym o wyborze dalszego leczenia – odpowiednio długa perspektywa przeżycia po zabiegu RP sprawia, że nawet niewielkie zmiany jakości życia, będące wynikiem leczenia, mogą istotnie wpływać na dalsze losy pacjenta [9].

Cel badań

Celem było zbadanie, czy zastosowane ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT) u pacjentów z NTM po zabiegu RP z powodu raka wpływają na jakość życia zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym.

Material i metody

Badaniem objęto 60 mężczyzn w wieku 51–75 lat ($x = 63,60$; $SD = 6,21$) operowanych z powodu PC, leczonych po zabiegu w NZOZ Urologica w Rzeszowie. Minimalny czas od zabiegu wynosił 2 tygodnie. Dobór do badań był celowy. Kryteria włączenia do grupy badanej stanowiły zgoda pacjenta na udział w badaniu, rozpoznanie nietrzymania moczu i skierowanie przez lekarza specjalistę w dziedzinie urologii na ćwiczenia, pozytywny wynik w skróconym teście sprawności umysłowych Hodgkinsona oraz pozytywny wynik w skali ocen podstawowych czynności życia codziennego Katza.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz. W części metrycznej zebrano informacje dotyczące wieku badanych oraz liczby dni, jakie upłynęły od operacji. Jakość życia powiązaną ze zdrowiem oceniono przy użyciu kwestionariusza SF-36 [10]. Narzędzie to pozwala na ocenę jakości życia powiązaną ze zdrowiem z uwzględnieniem zarówno fizycznego, jak i psychicznego komponentu zdrowia. Jest on oceniony przez badaczy jako dobre narzędzie do oceny leczenia fizjoterapeutycznego [11]. Kwestionariusz ten składa się z 36 pytań zamkniętych. Odpowiedzi punktowane są od 0 do 100, według zasady – im wyższa punktacja, tym lepszy wynik. Pytania są przypisane ośmiu czynnikom. Cztery czynniki tworzą fizyczny komponent zdrowia, tj. funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodów fizycznych, ból (*bodily pain*), zdrowie ogólnie. Cztery kolejne obejmują psychiczny komponent zdrowia, tj. samopoczucie psychiczne, ograniczenia z powodów emocjonalnych, aktywność oraz funkcjonowanie społeczne. Wersja anglojęzyczna, która stanowiła pierwowzór użytego testu, została dokładnie zbadana pod kątem parametrów teorii psychometrycznej: osiągnięto współczynnik zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha 0,78 do 0,93 w różnych populacjach [9,12]. Badani wypełniali ten kwestionariusz dwukrotnie – przed cyklem ćwiczeń i po usprawnianiu.

Chorych podzielono na trzy grupy. Grupę 1. stanowiło 20 badanych, których numer zgłoszenia się do gabinetu był parzysty. Rozpoczęli oni trening PFMT po 6 tygodniach od operacji. Ćwiczyli pod kontrolą fizjoterapeuty 1 raz w tygodniu od 15 do 20 minut. Pacjenci z tej grupy otrzymali zalecenie, aby wyuczone ćwiczenia wykonywać w domu przynajmniej 3 razy dziennie po 10–15 minut.

Grupę 2 stanowiło 20 badanych, których numer zgłoszenia się do gabinetu był nieparzysty. Rozpoczęli oni trening PFMT po 6 tygodniach od operacji. W gabinecie ćwiczyli 1 raz w tygodniu od 20 do 30 minut mięśnie dna miednicy i mięśnie stabilizatory odcinka lędźwiowego kręgosłupa pod kontrolą EMG powierzchniowego z wykorzystaniem metody zastępczego sprzężenia zwrotnego (*bio-feedback*). Trening przeprowadzony był zgodnie z zasadami obowiązującymi podczas stosowania czterokanałowego aparatu Noraxon. Elektrody powierzchniowe umiejscowione były na ciele pacjenta zgodnie z przyjętym schematem dla mięśnia wielodzielnego. Pacjenci otrzymali zalecenie, aby te

same wyuczone ćwiczenia PFMT wykonywać w domu przynajmniej 3 razy dziennie po 10–15 minut. Grupę 3, kontrolną, stanowili pacjenci, którzy zgłosili się do gabinetu po 6 tygodniach od operacji i wyłonieni zostali spośród pacjentów zgłaszających się do rutynowej kontroli po zabiegu prostatotomii z problemem nietrzymania moczu. Badani ćwiczyli 1 raz w tygodniu od 15 do 20 minut PFMT pod kontrolą fizjoterapeuty. Pacjenci otrzymali zalecenie, aby wyuczone ćwiczenia wykonywać w domu przynajmniej 3 razy dziennie przez 10–15 minut.

Poziom kontroli mikcji zbadano za pomocą jednogodzinnego testu wkładkowego. Test ten pozwala ocenić ilościowo poziom nietrzymania moczu. Został on wykonany dwukrotnie: przed rozpoczęciem cyklu ćwiczeń i po całym cyklu usprawniania. Polega on (przy zachowaniu odpowiednich standardów procedury) na dokładnym zważeniu (± 1 gram) stosowanych wkładek przed wykonaniem określonych testem czynności oraz po 1 godzinie od ich zakończenia. Różnica ciężaru wkładki świadczy o poziomie nietrzymania moczu. Przyjmuje się, że 1 gram = 1 ml [13].

Analiza statystyczna

Analiza statystyczna obejmowała wykonanie statystyk opisowych. Obliczono średnie, odchylenia standardowe, przedziały ufności ($\pm 95\%$ CI). Porównania wyników badania I i II dokonano za pomocą testu t dla zmiennych zależnych. Różnice międzygrupowe obliczono za pomocą analizy ANOVA. Przyjęty poziom istotności statystycznej wynosił $p < 0,05$.

Wyniki

Pierwszy etap analizy obejmował zbadanie rzetelności wewnętrznej kwestionariusza SF-36. Współczynniki alfa–Cronbacha (AC) wynosiły odpowiednio dla Fizycznego Komponentu Zdrowia – badanie I: AC = 0,83 (śr. korelacja 0,57), badanie II: AC = 0,83 (śr. korelacja 0,60), natomiast dla Psychicznego Komponentu Zdrowia – badanie I: AC = 0,86 (śr. korelacja 0,68), badanie II: AC = 0,85 (śr. korelacja 0,68). Badani byli w zbliżonym wieku, a analiza nie wykazała różnic dotyczących tego parametru pomiędzy grupami badanych. Porównanie czasu od operacji wykazało różnice, co było zgodne z kryteriami podziału na grupy (tab. I).

Tabela I. Statystyki opisowe wieku, parametrów morfologicznych oraz czasu od operacji do podjęcia ćwiczeń – badani, podział na grupy oraz ich porównanie

Zmienna	Grupa	Średnia (SD)	Min–Max	\pm CI 95,00%	p
Wiek (lata)	1	64,15 (5,80)	54,00–74,00	61,44 –66,86	nss
	2	63,15 (6,43)	54,00–75,00	60,14–66,16	
	3	63,50 (6,65)	51,00–74,00	60,39–66,61	
Czas od operacji (dni)	1	27,55 (7,13)	14,00–39,00	24,21–30,89	***
	2	27,10 (9,50)	10,00–44,00	22,65–31,55	
	3	160,05 (131,38)	45,00–365,00	98,56–221,54	

Legenda: nss – nieistotne statystycznie; *** $p < 0,0001$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza porównań między grupami nie wykazała różnic dotyczących testu wkładkowego zarówno w badaniu I, jak i II (tab. II). Dotyczyło to też czynników i komponentów zdrowia fizycznego (tab. III) oraz psychicznego (tab. IV).

Tabela II. Statystyki opisowe testu wkładkowego oraz porównanie ich między grupami – badanie I i II

Grupa	Badanie I			Badanie II		
	średnia (SD)	± 95%CI	p	średnia (SD)	± 95%CI	P
1	12,95(33,53)	-2,74–28,64	nss	5,75 (22,21)	-4,64–16,14	nss
2	3,22 (3,54)	1,56–4,88		0,65 (1,23)	0,08–1,22	
3	13,44 (25,38)	1,56–25,32		7,01 (15,35)	-0,18–14,19	

Legenda: nss – nieistotne statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Tabela III. Statystyki opisowe czynników i komponentów zdrowia fizycznego – porównanie grup

Czynniki i komponent zdrowia	Grupa	Badanie I			Badanie II		
		Średnia (SD)	± 95% CI	p	Średnia (SD)	± 95% CI	p
Funkcjonowanie fizyczne	1	60,00 (21,52)	49,93–70,07		74,75 (18,32)	66,18–83,32	
	2	61,25 (31,95)	46,30–76,20	nss	78,25 (24,72)	66,68–89,82	nss
	3	66,38 (24,35)	54,98–77,77		71,00 (25,42)	59,10–82,90	
Ograniczenia z powodów fizycznych	1	7,50 (20,03)	44,30–64,20		26,25 (40,13)	7,47–45,13	
	2	17,50 (37,26)	0,06–34,94	nss	36,25 (48,31)	13,64–58,86	nss
	3	17,50 (25,78)	5,44–29,56		22,50 (37,96)	4,74–40,26	
Ból	1	54,25 (21,26)	44,30–64,20		65,13 (21,28)	55,16–75,09	
	2	56,88 (20,37)	47,34–66,41	nss	68,25 (23,76)	57,13–79,37	nss
	3	66,88 (23,87)	55,70–78,05		69,25 (23,61)	58,20–80,30	
Zdrowie ogólnie	1	37,04 (18,94)	28,18–45,91		46,04 (18,41)	37,43–54,66	
	2	36,26 (18,34)	27,67–44,83	nss	44,38 (19,56)	35,22–53,53	nss
	3	39,58 (15,62)	32,27–46,89		38,54 (16,49)	30,82–46,26	
Fizyczny komponent zdrowia	1	39,70 (15,08)	32,64–46,75		53,04 (18,59)	44,34–61,74	
	2	42,97 (20,98)	33,15–52,79	nss	56,78 (24,11)	45,50–68,07	nss
	3	47,58 (15,97)	40,11–55,06		50,32 (18,77)	41,54–59,11	

Legenda: nss – nieistotne statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Tabela IV. Statystyki opisowe czynników i komponentów zdrowia psychicznego – porównanie grup

Czynniki i komponent zdrowia	grupa	Badanie I			Badanie II		
		średnia (SD)	± 95% CI	p	średnia (SD)	± 95% CI	p
1	2	3	4	5	6	7	8
Samopoczucie psychiczne	1	46,67 (46,39)	24,96–68,38		51,67 (50,12)	28,21–75,12	
	2	36,67 (48,24)	14,09–59,25	nss	48,33 (48,94)	25,43–71,24	nss
	3	41,67 (43,09)	21,50–77,77		38,33 (44,95)	17,30–59,37	
Ograniczenia z powodów emocjonalnych	1	57,40 (23,30)	46,50–68,30		67,20 (21,54)	57,12–77,28	
	2	57,00 (25,82)	44,92–69,08	nss	65,40 (23,30)	54,50–76,30	nss
	3	62,40 (24,12)	51,11–73,69		64,20 (19,36)	55,14–73,28	
Aktywność	1	44,25 (28,87)	0,00–85,00		55,25 (24,84)	43,62–66,88	
	2	53,00 (21,91)	42,75–63,25	nss	60,75 (20,15)	51,32–70,18	nss
	3	58,25 (19,55)	49,10–67,40		54,75 (19,02)	45,85–63,65	

cd. tab. IV

1	2	3	4	5	6	7	8
Funkcjonowanie społeczne	1	51,25 (30,32)	37,06–65,44		62,50 (20,28)	53,01–71,99	
	2	50,00 (27,51)	37,13–62,87	nss	66,25 (25,03)	54,53–77,97	nss
	3	63,75 (28,93)	50,21–77,29		63,75 (23,96)	52,54–74,96	
Psychiczny komponent zdrowia	1	49,89(26,00)	37,72-62,06		59,15 (24,15)	47,85-70,46	
	2	49,17 (24,01)	37,93-60,40	nss	60,18 (24,54)	48,70-71,67	nss
	3	56,52 (23,95)	45,31-67,72		55,26 (20,41)	45,71-64,81	

Legenda: nss – nieistotne statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Porównanie badań I i II wykazało wiele zmian istotnych statystycznie, które dotyczyły czynników i komponentów zdrowia w grupach 1 i 2 (tab. VI) oraz wyników testu wkładkowego (tab. V) we wszystkich trzech grupach. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie dotyczących zmiany samopoczucia psychicznego w żadnej z trzech grup (tab. VI).

Tabela V. Test wkładkowy – porównanie badania II i I

Grupa	Badanie II–Badanie I		p
	różnica średnich	± 95% CI	
1	14,75	9,98–19,52	***
2	17,00	5,96–28,04	**
3	4,63	-6,61–15,86	nss

Legenda: nss – nieistotne statystycznie; ** p < 0,01; *** p < 0,0001

Źródło: opracowanie własne.

Tabela VI. Porównanie czynników i komponentów zdrowia oraz testu wkładkowego – badanie II i badanie I

Czynniki i komponenty zdrowia	Grupa	Badanie II–Badanie I		p
		różnica średnich	± 95% CI	
1	2	3	4	5
Funkcjonowanie fizyczne	1	14,75	9,98–19,52	***
	2	17,00	5,96–28,04	**
	3	4,63	-6,61–15,86	nss
Ograniczenia z powodów fizycznych	1	18,75	0,20–37,30	*
	2	18,75	1,40–36,09	*
	3	5,00	-13,05–23,05	nss
Ból	1	10,88	3,97–17,78	**
	2	11,38	3,92–18,82	**
	3	2,38	-7,93–12,68	nss
Zdrowie ogólnie	1	9,00	2,88–15,14	**
	2	8,13	3,08–13,17	**
	3	-1,04	-9,55–7,46	nss
Fizyczny komponent zdrowia	1	13,34	7,10–19,59	**
	2	13,81	7,27–20,35	**
	3	2,74	6,36–11,84	nss

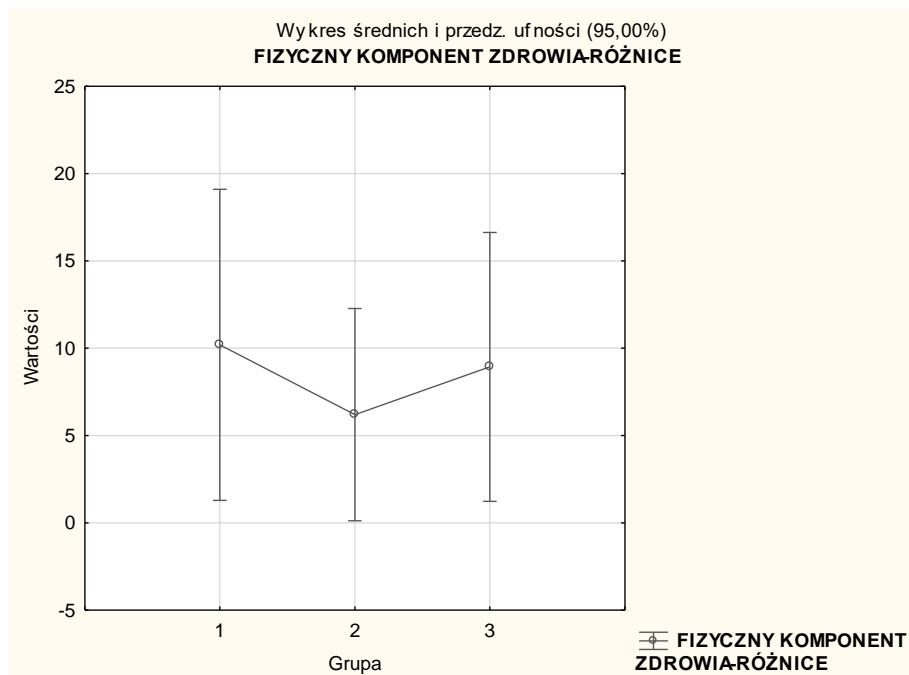
cd. tab. VI

	1	2	3	4	5
Samopoczucie psychiczne		1	5,00	-6,62–16,62	nss
		2	11,67	-9,37–32,70	nss
		3	-3,33	-24,14–17,47	nss
Ograniczenia z powodów emocjonalnych		1	9,80	2,15–17,44	*
		2	8,40	4,28–12,51	**
		3	1,80	-5,60–9,20	nss
Aktywność		1	11,00	5,76–16,23	**
		2	7,75	4,58–10,93	***
		3	-3,50	-11,65–4,64	nss
Funkcjonowanie społeczne		1	11,25	2,57–19,93	*
		2	16,25	6,19–26,31	**
		3	0,00	-9,10–9,10	nss
Psychiczny komponent zdrowia		1	9,26	3,95–14,58	**
		2	11,02	4,61–17,43	**
		3	-1,26	-11,44–8,92	nss
Test wkładkowy		1	-7,20	-13,42–0,97	*
		2	-2,57	-3,89–1,25	**
		3	-6,44	-12,72–0,15	*

Legenda: nss – nieistotne statystycznie; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$

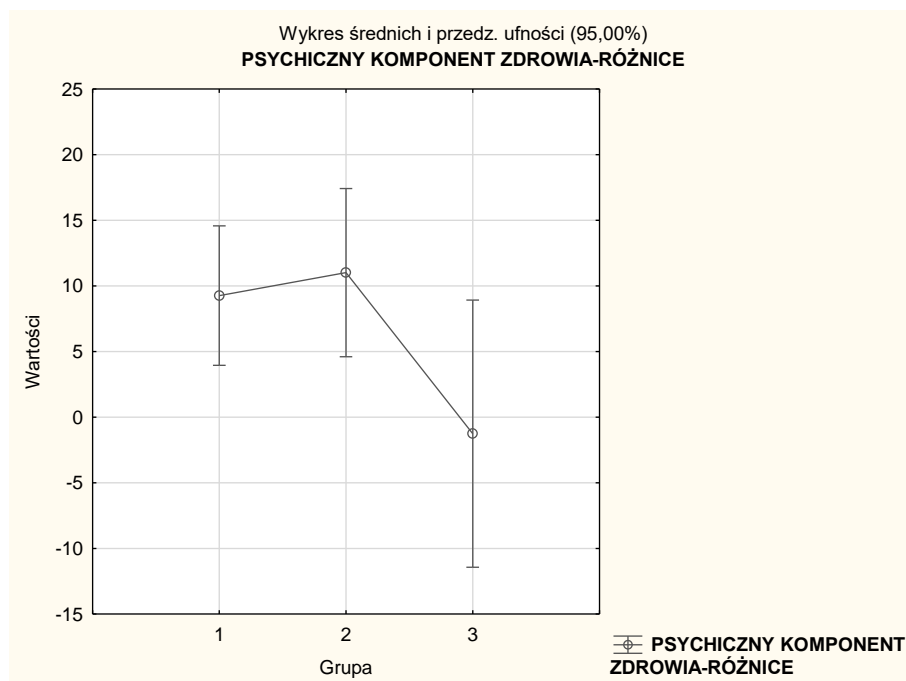
Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę zmiany w badaniach I i II, zauważalna jest poprawa fizycznego komponentu zdrowia we wszystkich trzech grupach (ryc. 1).



Ryc. 1. Zmiany fizycznego komponentu zdrowia pomiędzy badaniami II i I.

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 2. Zmiany psychicznego komponentu zdrowia pomiędzy badaniami II i I.

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Radykalna prostatektomia jest najczęstszym, skutecznym sposobem leczenia ograniczonego do narządu raka prostaty. Niestety RP wiąże się z nietrzymaniem moczu i ma znaczący negatywny wpływ na jakość życia. Stąd też poszukuje się sposobów na zmniejszenie lub zlikwidowanie tej dolegliwości, a PFMT są najczęściej stosowaną metodą nieinwazyjną [14]. Przedstawione wyniki badań własnych wskazują na obiektywnie zmierzoną za pomocą testu wkładkowego skuteczność zastosowanej terapii. Jednak analiza doniesień wskazuje na niespójne wyniki dotyczące efektywności PFMT [14,15,16]. Stanowi to przesłankę do poszukiwań dotyczących zarówno ćwiczeń, czasu ich stosowania, jak i uzupełniania o inne środki oddziaływania [17]. Oprócz poprawy funkcji trzymania moczu kluczowe znaczenie ma poprawa jakości życia. W odniesieniu do psychicznego komponentu zdrowia poprawa zauważalna jest tylko w grupach 1 i 2 (ryc. 2).

Pojęcie jakości życia jest bardzo złożone. W aspekcie medycznym zasadniczym celem jej pomiaru jest możliwie pełna ocena efektywności zastosowanego leczenia, uwzględniająca subiektywne spojrzenie samego pacjenta na wyniki leczenia przez pryzmat oceny stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznej i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych [9,18].

Wyniki przedstawionych badań wskazują na ogólną poprawę jakości życia po przeprowadzonej fizjoterapii. Jednak były one zróżnicowane w poszczególnych grupach, a w przypadku grupy III zmiany nie były istotne statystycznie w żadnym z czynników i komponentów zdrowia (tab. III). Sugerowałoby to potrzebę wdrażania fizjoterapii możliwie najwcześniej po operacji. Uwagę zwraca też duże zróżnicowanie zmian psychicznego komponentu zdrowia w tej grupie, a nawet spadek średniej, mimo korzystnego efektu terapeutycznego dotyczącego problemu nietrzymania moczu. Również w przypadku samopoczucia psychicznego zmiany nie były istotne statystycznie. Stanowiąc to może przyczynek do rozważań nad potrzebą szerszej niż tylko fizjoterapeutyczna opieki nad osobami po RP. Chodzi tutaj zarówno o potrzeby edukacyjne pacjentów [15], jak i konieczność wsparcia psychologicznego [19].

Badania dotyczące jakości życia u osób po RP były już prowadzone. Litwin i wsp. w prospektywnym badaniu na 247 pacjentach po RP z 48-miesięcznym okresem obserwacji przy użyciu SF-36 wykazali, że po trzech miesiącach 60% pacjentów wróciło do stanu wyjściowego, a do 12 miesięcy ponad 90% osiągnęło wartości sprzed RP [12]. Średni czas do osiągnięcia całkowitej poprawy wyniósł 4,5 miesiąca. W kolejnych latach poprawa nie występowała lub była nieistotna klinicznie. W badaniach Lubeck i wsp. dokonano prospektywnej oceny QL u 351 pacjentów po RP. Grupę kontrolną stanowili bacznie obserwowani pacjenci z PC. W stosunku do grupy kontrolnej wśród operowanych chorych zaraz po zabiegu nastąpił istotny spadek wartości SF-36. Po roku obserwacji odnotowano gwałtowny wzrost we wszystkich czynnikach SF-36 do wartości przekraczających wyniki w grupie kontrolnej [20]. Podobne rezultaty uzyskali w swoich badaniach Madalinska i wsp. [21]. Wyniki te wskazują na adaptację osób po RP sugerującą, że czas jaki upłynął od zabiegu RP powinien być brany pod uwagę przy analizie wyników leczenia i usprawniania. Sosnowski i wsp. w swoich badaniach najwyższą jakość życia stwierdzili u chorych z nowotworem ograniczonym do narządu, a najniższą w grupie z rozsiałą postacią raka. Zauważyli również, że u tych chorych objawy pogarszające jakość życia dotyczyły nie tylko układu moczowego, ale również jelit czy powiązane z zastosowanym u tych pacjentów leczeniem hormonalnym. Najbardziej jakość życia obniżały zmęczenie, bezsenność, ból i duszność [22].

Poważnym problemem, mającym wpływ na jakość życia, jest występowanie u chorych onkologicznie symptomów depresji. Jej rozpoznanie często jest bardzo trudne, ponieważ wiele z objawów depresji przejawia się w sposób nieostry i niecharakterystyczny lub nakłada się na objawy związane z chorobą nowotworową i jej leczeniem [23]. Depresja towarzysząca chorobom nowotworowym określana jest jako depresja wtórna, somatogenna, organiczna, reaktywna i rozwija się w odpowiedzi na trudne, stresujące wydarzenia przekraczające możliwości adaptacyjne jednostki. Wpływa ona negatywnie na przebieg choroby, leczenia i proces zdrowienia, współdziałanie pacjenta w procesie leczenia, wybór strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, rodzaj relacji z ludźmi i otrzymywania wsparcia społecznego oraz w konsekwencji na jakość życia.

Wnioski

1. Zastosowanie ćwiczeń mięśni dna miednicy u pacjentów z nietrzymaniem moczu po zabiegu prostatektomii radykalnej korzystnie wpływa na jakość życia związaną ze zdrowiem, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym.
2. Korzystny wpływ na poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem u osób po zabiegu prostatektomii radykalnej ma wczesne rozpoczęcie fizjoterapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny A. i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2019: 10.
2. Wojciechowska U., Didkowska J. Changes in five-year survival rates in Poland in patients diagnosed in the years 1999-2010. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2017; 67(6): 349–358.
3. Przybyła A.K. Urologia rehabilitacyjna/rehabilitacja urologiczna. *Przegląd Urologiczny* 2014; 1(83): 33.
4. Matuszewski M. Nowoczesne metody leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn. *Przegląd Urologiczny* 2013; 1(77): 21–25.
5. Muc K. Analiza wybranych parametrów klinicznych pacjentów po operacji radykalnej załonowej prostatektomii z powodu raka stercza w materiale własnym. *Przegląd Urologiczny* 2013; 4(80): 59-60.
6. Klimaszewska K., Bartusek M. Inkontynencja jako problem społeczno-ekonomiczny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 16,3(60): 62–66, doi:10.1515/pielxxiw-2017-0029.
7. The 2019 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus statements, Educational modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. ICS Standards 2019. <https://www.ics.org/Publications/ICS%20Standards%202019.pdf> [accessed: 16.04.2020].

8. Wolski Z., Sosnowski M. Badania walidujące kwestionariusze jakości życia EORTC QLQ-C30 i QLQ – PR25 oraz ocena jakości życia polskich pacjentów z rakiem stercza (QLQ3,25). *Przegląd Urologiczny* 2013; 4(80): 29–31.
9. Gliniewicz B., Sikorski A. Jakość życia po prostatektomii radykalnej. *Urologia Polska* 2005; 58(1): 21–25.
10. Ware J.E. Jr, Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptualframework and itemselection. *MedCare* 1992; 30(6): 473–483.
11. Knapik A., Zowada B, Saulicz E. i wsp. Efektywność terapii zespołu bolesnego barku mierzona Kwestionariuszem SF-36. *Eukrasia* 2010; 12: 67–73.
12. Litwin M.S., Melmed G.Y., Nakazon T. Life after radical prostatectomy: a longitudinal study. *Journal of Urology* 2001; 166: 587–592.
13. Chapple Ch.R., MacDiarmid S., Patel A. *Urodynamika to proste*. Elsevier. Wrocław 2009: 11–13.
14. Au D., Matthew A.G., Alibhai S.M.H. et al. Pfilates and Hypopressives for the Treatment of Urinary Incontinence After RadicalProstatectomy: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *PMR* 2019, doi: 10.1002/pmrj.12157.
15. Moore K.N., Griffiths D., Hughton A. Urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial comparing pelvicmuscle exercises with or without electrical stimulation. *BJU Int.* 1999; 83(1): 57–65.
16. Wang W., Huang Q.M., Liu F.P., Mao Q.Q. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radicalprostatectomy: a meta-analysis. *BMC Urol.* 2014; 14: 99, doi: 10.1186/1471-2490-14-99.
17. Mungovan S.F., Huijbers B.P., Hirschhorn A.D., Patel M.I. What makes men leak? An investigation of objective and self-report measures of urinary incontinence early after radical prostatectomy. *Neurourol Urodyn* 2016; 35(2): 225–229, doi: 10.1002/nau.22701.
18. de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. [W:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Red. J. Meyza. Centrum Onkologii – Instytut. Wyd. I. Warszawa 1997, 77–82.
19. Dembe K., Chłosta P.L., Czech A.K. *Oblicza choroby nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz dla ich rodzin lub opiekunów*. Polskie Towarzystwo Urologiczne. Warszawa 2019.
20. Lubeck D.P., Litwin M.S., Henning J.M. et al. Changes in health-related quality of life in the first year after treatment for prostate cancer: results from CaPSURE. *Urology* 1999; 53: 180–186.
21. Madalinska J.B., Essink-Bot M.L., de Koning H.J. et al. Health-related quality-of-life effects of radical prostatectomy and primary radiotherapy for screen-detected or clinically diagnosed localized prostate cancer. *J. Clin. Oncol.* 2001; 19: 1619–1628.
22. Sosnowski M., Wolski Z., Jabłonowski Z. Walidacja kwestionariuszy EORTC QLQ – C30 i QLQ – PR25 do oceny jakości życia polskich pacjentów z rakiem gruczołu krokowego. *Przegląd Urologiczny* 2014; 5 (87): 21–23.
23. Kosowicz M., Kulpa M. Umieszczenie kontroli zdrowia oraz lęk i depresja a czynniki socjodemograficzne u pacjentów z chorobą nowotworową układu moczowo-płciowego. *Przegląd Urologiczny* 2015; 1 (89): 64–65.

Adres do korespondencji:

Dorota Szczygielska

e-mail: dszczygielska@ur.edu.pl