

# WPŁYW FIZJOTERAPII OKOŁOOPERACYJNEJ NA POWRÓT DO SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ PO LECZENIU OPERACYJNYM ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

## THE INFLUENCE OF PERIOPERATIVE PHYSIOTHERAPY ON WOMEN WELL-BEING AFTER GYNECOLOGIC SURGERY

Letycja Zgrzeba, Natalia Smolarek, Aleksandra Miksza

Centrum Hiperbaryczne Concept, Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.3>

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Rehabilitacja uznawana jest za nierozłączną część procesu leczenia w onkologii. Pełni funkcję profilaktyczną, leczniczą i paliatywną. Prowadzona fizjoterapia jest ukierunkowana na indywidualnego pacjenta, uwzględnia stopień zaawansowania choroby i jego możliwości. Fizjoterapia prowadzona w szpitalu obejmuje okres przedoperacyjny i pooperacyjny. Celem rehabilitacji po operacyjnym leczeniu żeńskich narządów płciowych jest zapobieganie powikłaniom oraz zaburzeniom czynnościowym powstałym wskutek ingerencji chirurgicznej. Fizjoterapeuta wspólnie z pacjentem dąży do powrotu do pełnej sprawności fizycznej chorego. Rola terapeuty to nie tylko opieka nad fizycznością pacjenta, ale również wsparcie psychiczne.

**Cel.** Subiektywna ocena wpływu ćwiczeń fizjoterapeutycznych na powrót do sprawności fizycznej po leczeniu operacyjnym żeńskich narządów płciowych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Klinice Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu od grudnia 2015 roku do maja 2016 roku. Przeanalizowano dane z ankiet uzyskanych od 100 pacjentek, które zgłosiły się do szpitala w celu leczenia operacyjnego nowotworu narządów płciowych. Badane dokonywały subiektywnej oceny efektów fizjoterapii pooperacyjnej. Z każdą chorą przeprowadzono wywiad dotyczący chorób współistniejących, które mogą mieć wpływ na stan i samopoczucie po zabiegu. Zapytano również o przeszłość ginekologiczną i położniczą. Każda z chorych przystępująca do badania była objęta kompleksową opieką fizjoterapeutyczną. Wyróżniono dwie metody leczenia operacyjnego – laparotomię i laparoskopię.

**Wyniki.** Na podstawie analizy uzyskanych wyników potwierdzono korzystny wpływ fizjoterapii na powrót do sprawności fizycznej po operacyjnym leczeniu żeńskich narządów płciowych. Badania wykazały, iż pacjentki aktywne fizycznie przed operacją w krótszym czasie powracają do sprawności fizycznej.

**Wnioski.** Po analizie wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjentki będące aktywne fizycznie przed zabiegiem operacyjnym szybciej wracają do sprawności fizycznej po operacji.
2. Na podstawie subiektywnej oceny pacjentek dowiedziono, iż prawie wszystkie z nich po ćwiczeniach fizjoterapeutycznych prowadzonych na oddziale ginekologicznym zauważyły poprawę samopoczucia oraz wzrost samodzielności pod względem fizycznym.
3. U pacjentek po laparoskopii pierwsza pionizacja następuje o kilka godzin wcześniej niż u operowanych po laparotomii.
4. Większości pacjentek towarzyszyły lęk i obawa o sprawność fizyczną po operacji ginekologicznej.
5. Zdecydowana większość pacjentek planuje kontynuację ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutę w warunkach domowych.

**Słowa kluczowe:** nowotwory żeńskich narządów płciowych, fizjoterapia onkologiczna, fizjoterapia okołoperacyjna.

### ABSTRACT

**Introduction.** Rehabilitation is considered an integral part of the treatment process in oncology. Serving as preventive, therapeutic and palliative care. Physiotherapy is focused on the individual approach of the patient. Physiotherapy in the hospital consists of preoperative and postoperative treatment. The aim of rehabilitation after surgical treatment of female sexual organs is to prevent complications and functional disorders as a result of surgical intervention. Physiotherapist together with patient want to return to fully physical ability of the patient. The role of the therapist is not limited only to the physical care of the patient's but therapist also support psychological patient.

**Aim.** Subjective evaluation after physiotherapy treatment and the influence on women well-being after gynecologic surgery.

**Material and methods.** The study was conducted in the Department of Gynaecology at the Poznan University of Medical Sciences from December 2015 to May 2016 year. It has been analysed information from questionnaires of 100 patients who visited the hospital for treatment of cancer after operating genitals. Examined engaged in the subjective assessment of the effects of post-operative physiotherapy. In every women has been collected a history of coexisting diseases that may affect the status of well-being after the treatment. Patient were asked about the past -gynaecological and -obstetrical. Each of the patients acceding to study has been affiliated to comprehensive physiotherapy care. Distinguished two methods of operating a laparotomy and laparoscopy.

**Results.** Based on the analysis results confirmed the beneficial effect of physical therapy to return to physical well-being after surgical treatment of female genital mutilation. Studies have shown that physically active patients before the operation in a shorter time return to physical ability after operation.

**Conclusions.** After analysis of the results they are following conclusions:

1. Patients being physically active before surgery faster return to well-being after surgery.
2. Subjective evaluation of the patients proved that almost all of them after physiotherapy exercises carried out on the gynaecological department saw improvement in mood and increase self-reliance in terms of the physical.
3. Patients after laparoscopy had first verticalization few hours earlier than patients after laparotomy.
4. Most patients had anxiety and fear of physical activity after gynaecological surgery.
5. The majority of patients are planning to continue the exercise recommended by a physiotherapist at home.

**Keywords:** cancer of the female sexual organs, oncology physiotherapy, perioperative physiotherapy.

## Wstęp

Nowotwory zaraz po chorobach układu krążenia to choroby o najwyższej śmiertelności [1]. Nowotwory żeńskich narządów płciowych stanowią prawie 20% spośród wszystkich nowotworów [2]. Na wzrost rozpoznawalności składają się udoskonalane metody diagnostyczne, a także poszukiwanie i unowocześnienie znanych już metod leczenia [1].

W procesie leczenia nowotworów konieczne jest kompleksowe postępowanie. Często stosuje się radykalne działania. Skutkują one zaburzeniami czynności zdrowych narządów i układów sąsiadujących ze zmianami. Uszkodzenia te ograniczają aktywność życiową pacjenta oraz obniżają jakość życia. Skutkiem tych działań jest niepełnosprawność, która w konsekwencji prowadzi do znacznej izolacji społecznej [1].

Rehabilitacja obecnie uznawana jest za nierozłączną część procesu leczenia w onkologii. Jest skuteczna w ograniczeniu powikłań, skróceniu czasu hospitalizacji oraz powrotu do sprawności bez towarzyszących skutków ubocznych. Przywracanie dobrej kondycji psychofizycznej pacjenta okazało się dużym sukcesem, także w całościowej walce z rakiem [1, 2].

Głównym celem fizjoterapii po leczeniu operacyjnym nowotworów jest zapobieganie powikłaniom oraz zaburzeniom czynnościowym powstałym w wyniku zabiegu operacyjnego. Zakłada się, że u każdej pacjentki mogą wystąpić powikłania pooperacyjne. Zważywszy na ten czynnik, należy do każdego podchodzić indywidualnie, a zarazem z większym naciskiem na profilaktykę. Działania fizjoterapeutyczne należy rozpocząć w okresie przedoperacyjnym, gdy mamy styczność z pierwszymi czynnikami ryzyka powikłań. Proces rehabilitacyjny prowadzony po operacji jest kontynuacją działań rozpoczętych już przed zabiegiem. Planowanie fizjoterapii uzależnione jest od rodzaju zabiegu. Ważne są też stan ogólny pacjentki oraz jej wydolność krążeniowo-oddechowa [1, 3]. Po zakończeniu hospitalizacji należy przekazać chorej dalsze zalecenia dotyczące ćwiczeń oraz zaproponować kontynuację fizjoterapii w warunkach domowych [4].

Odpowiednio zaplanowany proces rehabilitacyjny pomaga w zachowaniu prawidłowego krążenia krwi i w odpływie chłonki. Utrzymuje drożność oskrzeli, wspomaga odpowiednią ruchomość stawów, zapobiega przykurczom dzięki zwiększaniu siły mięśniowej, co skutkuje utrzymaniem w miarę możliwości dobrej sprawności fizycznej. Pacjentka w trakcie prowadzonej rehabilitacji ruchowej osiąga lepsze napięcie nerwowe. Jest w stanie chociaż w pewnym stopniu zminimalizować stres wynikający z towarzyszącej jej choroby oraz wpłynąć na wzrost odporności organizmu. Podczas ćwiczeń kinezyterapeutycznych powinno się zastosować umiarkowaną ich intensywność w przedziale 60–80% częstości skurczów serca. Zajęcia powinny trwać od 20 do 30 minut w zależności od indywidualnych możliwości pacjentki [4]. Fizjoterapia okołoooperacyjna obejmuje ćwiczenia pobudzające krążenie krwi, ćwiczenia oddechowe, trening skutecznego kaszlu, zmiany pozycji złożeniowych oraz dążenie do jak najszybszej pionizacji.

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest subiektywna ocena wpływu ćwiczeń fizjoterapeutycznych na powrót do sprawności fizycznej po leczeniu operacyjnym żeńskich narządów płciowych.

Wnioski sformułowano na podstawie subiektywnej oceny pacjentek po odbytej rehabilitacji na oddziale ginekologicznym.

## Materiał i metody

### Metody i narzędzia badawcze

Ocena wpływu fizjoterapii na powrót do sprawności fizycznej dokonana została na podstawie ankiety. Udzielając odpowiedzi na pytania, pacjentki dokonywały subiektywnej oceny. Odpowiedzi udzielane były indywidualnie przez każdą z respondentek. Forma ankiety jest prosta; ankietę można wypełnić w okresie pooperacyjnym.

### Opis grupy badawczej

Badania przeprowadzono w Klinice Ginekologii Operacyjnej w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu od grudnia 2015 roku do maja 2016 roku wśród 100 kobiet w wieku od 21 do 83 lat. Kryterium kwalifikującym do udziału w badaniu było rozpoznanie lub podejrzenie nowotworu żeńskich narządów płciowych. Każda z pacjentek była objęta kompleksową opieką fizjoterapeutyczną zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Okres przedoperacyjny obejmował głównie wyuczenie chorych prawidłowego wykonywania ćwiczeń, które pacjentki powtarzać będą po zabiegu operacyjnym. Fizjoterapia pooperacyjna obejmowała instruktaż dotyczący zaleceń i przeciwwskazań w powrocie do pełnej sprawności fizycznej, pionizację, naukę samodzielnego wstawania z łóżka, poruszania się. Ćwiczenia indywidualne ukierunkowane były również na zapobieganie powstawaniu powikłań związanych z zabiegiem chirurgicznym oraz na jak najwcześniejszy powrót pacjentki do samodzielności, poprawę samopoczucia oraz szybki powrót do pełnej sprawności fizycznej.

Badania przeprowadzane były w okresie pooperacyjnym od 2. do 5. doby po zabiegu. Każda pacjentka została poinformowana o charakterze badania oraz wyraziła świadomą zgodę na udział w nim.

## Wyniki

Wyniki badań wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy fizyczną aktywnością przed chorobą i brakiem takiej aktywności. Wszystkie aktywne fizycznie kobiety, które stanowiły 86% badanych, po ćwiczeniach i instruktażu fizjoterapeuty zauważyły, iż wstawanie z łóżka jest mniej bolesne.

Pozostała grupa pacjentek nieaktywnych fizycznie przed zabiegiem, stanowiąca 14%, zdecydowanie trudniej radziła sobie z samodzielnym wstawaniem z łóżka. W tej grupie 85,71% kobiet zauważyło poprawę we wstawaniu z łóżka po współpracy z fizjoterapeutą, a 14,29% nie zauważyło takiej zależności.

Na podstawie wyników kwestionariuszy uzyskano informację, iż 62% respondentek obawiało się o swoją sprawność fizyczną po operacji, a 38% kobiet nie miało takich myśli. Wyniki świadczą o wysokim poziomie lęku, który towarzyszy chorym przed zabiegiem operacyjnym. Prawdopodobnie jest to związane z dotychczasowymi doświadczeniami i wyobrażeniami dotyczącymi ingerencji chirurgicznej. Tym bardziej rola fizjoterapeuty nie może ograniczać się tylko do troski o fizyczność pacjentki. Wsparcie psychiczne zarówno przed zabiegiem, jak i po nim może znacząco wpłynąć na kondycję emocjonalną pacjentki. Rzeczowe przekazanie informacji o przewidy-

wanym stanie sprawności po operacji stanowi podstawę do poczucia bezpieczeństwa pacjentki.

Na pytanie o obawy przed uczestnictwem w ćwiczeniach fizjoterapeutycznych 94% respondentek odpowiedziało przecząco, a pozostała część (6%) udzieliła odpowiedzi twierdzącej. Kobiety, które przyznały się do obawy przed uczestnictwem w zajęciach z fizjoterapeutą, argumentowały swój strach lękiem przed wystąpieniem bólu. Jednak dominująca część badanych wykazała się zaufaniem i spokojem w stosunku do prowadzonej rehabilitacji na oddziale ginekologicznym.

Na pytanie „Czy posiada Pani wiedzę na temat fizjoterapii?” 53% ankietowanych odpowiedziało przecząco. Uzyskany wynik może świadczyć o braku wcześniejszej styczności z dziedziną fizjoterapii. Działania fizjoterapeutyczne są szeroko prowadzone w szpitalach, ambulatoriach, jak również są dostępne prywatnie. Niestety nadal świadomość konieczności korzystania z pomocy fizjoterapeuty jest mała.

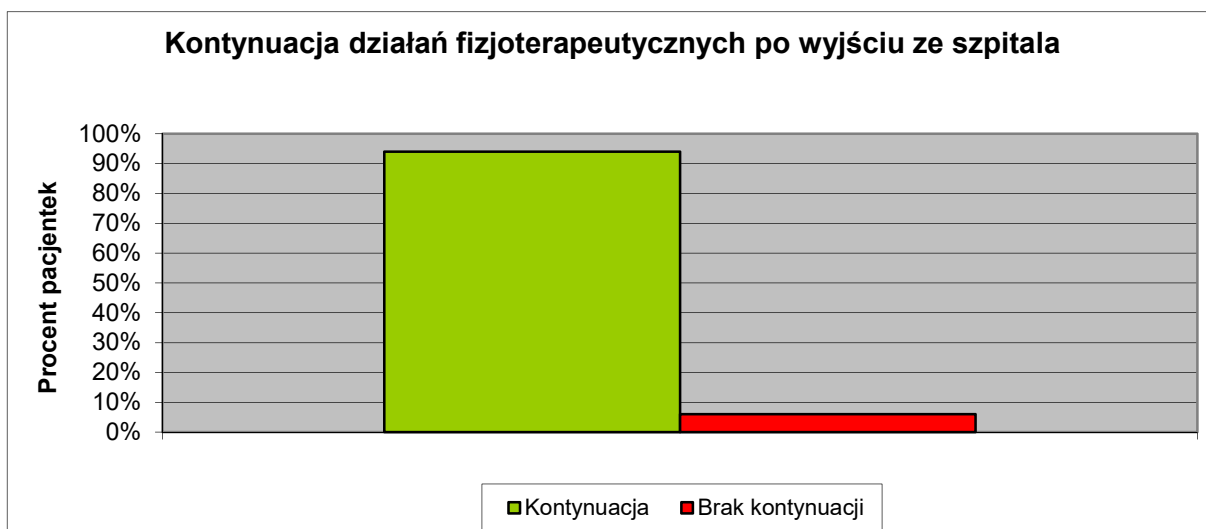
Wszystkie z ankietowanych pacjentek (100) uznały, że ćwiczenia fizjoterapeutyczne prowadzone na oddziale ginekologicznym IV są proste do wykonania oraz instruktaż wykonania jest przekazywany w sposób zrozumiały. Wynik świadczy o odpowiednim przygotowaniu fizjoterapeuty do pracy z pacjentkami po zabiegach operacyjnych nowotworów żeńskich narządów płciowych oraz o właściwym przekazaniu wiedzy.

Respondentki zapytane o to, czy planują kontynuować fizjoterapię po wyjściu ze szpitala, odpowiedziały twierdząco (94%). Uzyskany wynik świadczy o wysokiej świadomości pacjentek, iż kontynuacja procesu rehabilitacji wpłynie na poprawę sprawności fizycznej. Powyższe wyniki przedstawiono na **rycinie 1**.

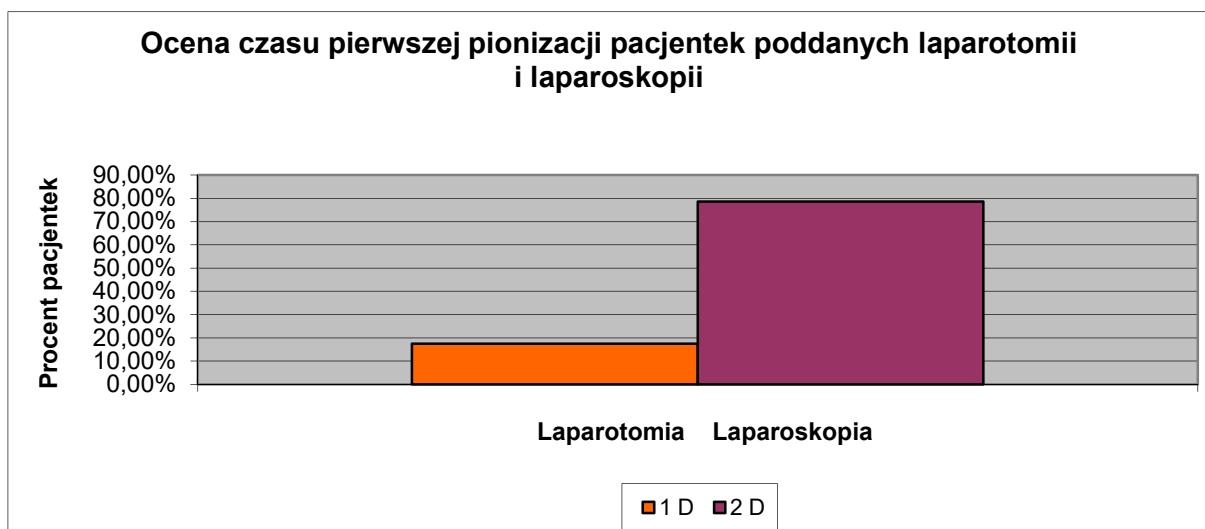
Odnotowano istotną zależność statystyczną pomiędzy okresem pierwszej pionizacji pacjentek po laparotomii (86%) i laparoskopii (14%). Chore operowane metodą laparoskopową, które pierwszą pionizację odbyły w dniu operacji, stanowiły 78,57%. Kobiety spionizowane w 1. dobie po laparotomii stanowiły jedynie 17,44%. Pozostałe kobiety swoją pierwszą pionizację odbyły w 2. dobie po zabiegu. Zabieg metodą laparoskopii pozwala na wcześniejsze uruchamianie pacjentek. Uzyskane wyniki zostały przedstawione na **rycinie 2**.

Spośród respondentek zapytanych o ocenę wpływu ćwiczeń na ich samopoczucie 98% uznało, że czują się lepiej po wykonaniu zalecanych ćwiczeń; 2% pacjentek nie zauważyło takiej zależności.

Aż 97 pacjentek ze 100 ankietowanych zauważyło, że po ćwiczeniach fizjoterapeutycznych czują się pewniej



Rycina 1. Graficzne przedstawienie kontynuacji działań fizjoterapeutycznych po wyjściu ze szpitala



Rycina 2. Graficzne przedstawienie oceny czasu pierwszej pionizacji po wykonaniu laparotomii i laparoskopii

pod względem fizycznym. Nie obawiają się samodzielniego poruszania bez asekuracji czy korzystania z toalety bez pomocy drugiej osoby.

### Dyskusja

Leczenie zachowawcze lub operacyjne powinno być ściśle powiązane z wieloetapową rehabilitacją wewnątrzszpitalną i ambulatoryjną. Decyzja o tych działaniach podejmowana jest w zależności od sposobu zaplanowanego postępowania chirurgicznego. Jeszcze przed zabiegiem kobieta powinna być dokładnie poinformowana o sposobie i o typach leczenia. Fizjoterapeuta powinien przedstawić indywidualny plan działania i etapy osiągania coraz

większej sprawności fizycznej. Rehabilitacja ma kluczowe znaczenia dla pacjentek po zabiegach chirurgicznych. Bez niej powrót do formy sprzed zabiegu byłby dłuższy i trudniejszy. Postępowanie to ułatwi akceptację zmian, które zaszły w organizmie. Pozwoli także poczuć się pełnowartościową kobietą w sferze emocjonalnej i fizycznej.

Badania epidemiologiczne prowadzone w wielu ośrodkach, wykonane zgodnie z zasadami evidence-based medicine, wykazały, iż podejmowany regularnie wysiłek fizyczny ma wpływ na obniżenie ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego, układu ruchu, choroby metaboliczne oraz niektóre nowotwory. Powyższe rozważania wskazują również na fakt, iż aktywność

fizyczna jest ważna nie tylko jako profilaktyka. Przede wszystkim przyczynia się do lepszej tolerancji leczenia operacyjnego i szybszej poprawy jakości życia [5]. Badania pokazały, że kobiety aktywne fizycznie przed operacją, które stanowiły 86% badanych, nie miały problemu ze sprawnym uruchamianiem po operacji. Grupa pacjentek nieaktywnych fizycznie, która stanowiła 14%, zdecydowanie trudniej radziła sobie z podstawowymi etapami pionizacji i uruchamiania. Wśród powyższych ankietowanych ponad 85% kobiet zauważyło poprawę we wstawianiu z łóżka po współpracy z fizjoterapeutą.

Stan emocjonalny pacjentek odgrywa istotną rolę w rehabilitacji pooperacyjnej. Fizjoterapia to oddziaływanie nie tylko na ciało człowieka, ale także na jego psychikę. Bardzo często chorym przebywającymi w szpitalu przed zabiegiem towarzyszy obawa przed nieznanym. Lęk o własną przyszłość, w tym również sprawność i wydolność fizyczną [6, 7]. Dodatkowo w przypadku kobiet dochodzi do poczucia utraty kobiecości, co może przyczynić się do obniżenia nastroju oraz do depresji. W prezentowanym badaniu aż 62 ankietowane wyraziły właśnie takie obawy. Możliwe jest powiązanie niepokoju z zakorzenionym w mentalności polskiej przeświadczeniem, iż nowotwór i operacja to wyrok na całe życie. Podobne spostrzeżenia odnotowali w swojej pracy Lewicka i wsp. [8]. Pacjenci poddani zabiegom chirurgicznym odczuwali wysoki poziom lęku, co pokrywa się z wynikami niniejszej pracy. W związku z tym istotną rolę w rehabilitacyjnym postępowaniu postoperacyjnym odgrywa indywidualny dobór ćwiczeń uwzględniający aktualny stan emocjonalny pacjentki. Pozwala to na dostosowanie aktywności fizycznych do możliwości osiągnięcia wyznaczonych uprzednio celów.

Fizjoterapia staje się zawodem wysokiego zaufania społecznego. Coraz więcej chorych zdaje sobie sprawę z jej istotności, zwłaszcza w okresie okołoperacyjnym. Wśród ankietowanych pacjentek nie odnotowano obaw przed wprowadzeniem zajęć z fizjoterapeutą. Kobiety miały świadomość korzystnego wpływu ćwiczeń fizycznych na ich sprawność pooperacyjną (94%). Jeżeli ankietowane deklarowały obawy przed uczestnictwem w zajęciach, to lęk dotyczył jedynie obawy przed bólem, a nie braku profesjonalnego podejścia fizjoterapeuty. Jak zauważyły w swej pracy Fryc-Przybyłowska i Tokarska, codzienne czynności samopielegnacyjne i samoopiekuńcze stanowią podstawę do powrotu do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym [9]. Nieodzownym elementem w powyższym procesie jest jak najwcześniejsze wprowadzenie działań fizjoterapeutycznych mających na celu naukę prawidłowego wykonywania opisanych czynności. W chwili zaproponowania pomocy w postaci zajęć z fizjoterapeutą

i dokładnego wytłumaczenia ich celu ankietowane niemal jednogłośnie wyraziły chęć uczestnictwa. Motywacją do podjęcia przez pacjentki aktywności fizycznej na oddziale pooperacyjnym może być silna determinacja powrotu do zdrowia.

Pomimo tego, że fizjoterapia cieszy się dużym zaufaniem wśród polskiego społeczeństwa, to wiedza na jej temat jest wciąż stosunkowo mała. Niewątpliwie świadczy o tym fakt, że aż 53% respondentek nie miało żadnej wiedzy na temat fizjoterapii. Przyczyną powyższego stanu rzeczy może być brak styczności z szeroko pojętą rehabilitacją. Szereg podstawowych dolegliwości bólowych związanych z układem ruchu w pierwszej kolejności uśmierza się, stosując jedynie farmakoterapię. Takie praktyki nadal popierane są zarówno przez lekarzy, jak i samych pacjentów, gdyż nie wymaga się własnej inicjatywy w poprawie stanu zdrowia. W większości takich przypadków zastosowanie fizjoterapii (choćby technik manualnych) mogłoby zmniejszyć dolegliwości bólowe. Pozytywnym aspektem jest to, że wiedzę na temat fizjoterapii ma prawie połowa ankietowanych pacjentek (47%). Przy podstawowym poziomie wiedzy z zakresu rehabilitacji towarzyszący lęk jest znacznie mniejszy. Pacjenci wykazują większą chęć uczestnictwa w zajęciach ruchowych, przez co sprawniej przebiega ich powrót do zdrowia. Wśród badań sprawdzających poziom wiedzy na temat fizjoterapii notuje się nadal niezadowalające wyniki. Przykładem mogą być chociażby badania podjęte przez Weber-Nowakowską i wsp., przeprowadzone w województwie zachodniopomorskim, dotyczące wiedzy mieszkańców na temat fizjoterapii. Wyniki wykazały niedostateczny poziom wiedzy ankietowanych [10].

Jednym z najważniejszych elementów postępowania terapeutycznego jest prawidłowe oraz dokładne wytłumaczenie kolejnych ćwiczeń pacjentowi. Bez odpowiedniego instruktażu ćwiczenia mogłyby zostać wykonane w sposób nieprawidłowy, prowadząc tym samym do szkód zamiast pożytku. W prezentowanym badaniu instruktaż obejmował nie tylko opis werbalny ćwiczenia, ale także jego dokładny pokaz. Według 100% respondentek ćwiczenia fizjoterapeutyczne prowadzone na oddziale ginekologicznym były proste do wykonania. Instruktaż został przeprowadzony w sposób jasny oraz zrozumiały, co przyczyniło się do zwiększenia chęci podjęcia aktywności ruchowej. Z prostotą przekazu nierozzerwalnie połączone jest dostosowanie trudności ćwiczeń do aktualnych możliwości pacjentek. Również i w tym przypadku niemal 100% ankietowanych uznało, że ćwiczenia wykonywały bez większych trudności. Jest to zasługa profesjonalnego fizjoterapeuty, którego zadaniem jest staranne oraz indywidualne dobranie form ruchu. Na oddziale ginekologicznym



spotyka się różne pacjentki, z wieloma dodatkowymi obciążeniami chorobowymi, o różnym stanie emocjonalnym. Dlatego niewskazane jest traktowanie wszystkich chorych według jednego schematu. Taką samą obserwację wysnuł Woźniewski, który podkreślił, by traktować każdego pacjenta indywidualnie, uwzględniając jego prywatne potrzeby. Jak zauważono w obu badaniach, istotną rolę odgrywa indywidualne podejście do każdej z pacjentek. Każda z nich powinna czuć się jak najbardziej komfortowo. Usprawniając fizycznie, nie wolno pomijać aspektu psychologicznego każdego chorego [1].

Zastosowanie programu fizjoterapeutycznego podczas hospitalizacji spotkało się z uznaniem wśród 94% pacjentek. Dodatkowo wykazywały one chęć kontynuacji procesu rehabilitacji po wyjściu ze szpitala. Uzyskany wynik świadczy o wysokiej świadomości kobiet odnoszącej się do wpływu rehabilitacji na poprawę sprawności fizycznej po zabiegach ginekologicznych. Gawryluk i Nalewczyńska potwierdzają, że po wypisaniu chorej do domu należy zalecić dalszą fizjoterapię. Postępowanie rehabilitacyjne powinno odbywać się w trybie zarówno domowym, ambulatoryjnym, jak i sanatoryjnym [4]. Potwierdzona została skuteczność wykonywania ćwiczeń kinezyterapeutycznych, masażu blizny oraz fizykoterapii w leczeniu ambulatoryjnym u kobiet po operacji w obrębie jamy brzusznej i miednicy mniejszej.

W rehabilitacji pozaszpitalnej skuteczne okazują się być również zabiegi z zakresu balneoterapii, oferowane przez sanatoria o profilu leczenia chorób kobiecych. Niemniej jednak wszelkie działania związane z większą ingerencją terapeutyczną wymagają dobrych wyników histopatologicznych, w tym wykluczenia nowotworów złośliwych.

Wciąż przedmiotem szerokiej dyskusji jest moment pionizacji pacjentki po zabiegu chirurgicznym. Kluczowy może być rodzaj zastosowanej interwencji. Jak wcześniej opisano, zabiegi laparotomii wiążą się z większą ingerencją w ciało pacjentki, powodując większy dyskomfort oraz dolegliwości bólowe. Niemożliwe staje się szybkie wprowadzenie pionizacji, co może prowadzić do zbędnych obciążeń psychicznych pacjentki. Jednakże w miarę możliwości należy jak najszybciej rozpocząć jej uruchamianie w celu profilaktyki zrostów oraz choroby zakrzepowo-zatorowej. Laparoscopia z kolei jest bezpieczniejszą formą ingerencji chirurgicznej, lecz nie można jej wykonywać w każdej jednostce chorobowej. U chorych z wykonaną laparoskopią pionizacja następowała w 1. dobie po operacji. Było to możliwe dzięki małym bliznom pooperacyjnym, które nie powodowały tak dużych dolegliwości bólowych. Zdecydowanie później, bo dopiero w 2. dobie po zabiegu, pionizowane były chore po laparotomii. Szybka pionizacja ma

korzystny wpływ na stan emocjonalny pacjentek. Kobiety będące w stanie wykonać samodzielnie proste czynności samoobsługi, np. mycie zębów czy korzystanie z toalety, czują się lepiej, niż zakładały przed operacją.

Samopoczucie to subiektywnie oceniany stan zadowolenia pod względem psychicznym i fizycznym. Ankietowane pacjentki zgodnie odpowiadały, że po ćwiczeniach fizjoterapeutycznych ich ogólny stan psychofizyczny miał tendencję wzrostową; 98% respondentek uznało, że czuje się dużo lepiej po wykonaniu zalecanych ćwiczeń. Poparcie dla uzyskanych wyników możemy znaleźć w artykule Sowy. Autor opisuje wpływ ćwiczeń fizycznych na wzrost poziomu naturalnych opiatów endorfin w osoczu. Zwiększone stężenie noradrenaliny i serotoniny w mózgu po aktywności znacząco wpływa na zmniejszenie objawów depresyjnych. Szerokie zastosowanie fizjoterapii na oddziałach ginekologicznych ma więc uzasadnienie w piśmiennictwie [11].

Samodzielność w codziennym życiu osób zdrowych jest naturalną rzeczą. Wstając rano z łóżka, nikt nie zastanawia się, jak dotrzeć do toalety czy wyjść z domu. Sytuacja całkowicie zmienia się po przebytej operacji drogą brzuszną, gdy ból i osłabienie nie pozwalają na swobodną aktywność. Konieczna jest umiejętność odpowiedniej techniki wstawania z łóżka i poruszania się. Odpowiednio prowadzona fizjoterapia uczy prawidłowego unikania obciążania blizny i powstawania bólu. Spośród 100 ankietowanych pacjentek 97 odpowiedziało, że po ćwiczeniach fizjoterapeutycznych czują się pewniej pod względem fizycznym. Czyżewski i wsp. dowiedli, że aktywność fizyczna korzystnie wpływa na poziom pooperacyjnej samodzielności, sprawności i niezależności w chodzie w okresie szpitalnym [12].

Podsumowując: fizjoterapia odgrywa istotną, choć czasem zapomnianą rolę w procesie przywracania sprawności fizycznej u pacjentek po zabiegach chirurgicznych nowotworów narządów rodnych. Pozytywną informacją jest jednak wzrost wiedzy społeczeństwa na ten temat. Wśród pacjentek odnotowuje się zdecydowaną chęć do walki o poprawę swojego zdrowia. Świadomość pacjentek oraz ich zaufanie do kompleksowości leczenia są wysokie. Zdecydowana większość badanych zadeklarowała kontynuację ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutę w warunkach domowych.

## Wnioski

Po analizie wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjentki będące aktywne fizycznie przed zabiegiem operacyjnym szybciej wracają do sprawności fizycznej po operacji.

2. Na podstawie subiektywnej oceny pacjentek dowiedziano, iż prawie wszystkie z nich po ćwiczeniach fizjoterapeutycznych prowadzonych na oddziale ginekologicznym zauważyły poprawę samopoczucia oraz wzrost samodzielności pod względem fizycznym.
3. U pacjentek po laparoskopii pierwsza pionizacja następuje o kilka godzin wcześniej niż u operowanych po laparotomii.
4. Większości pacjentek towarzyszyły lęk i obawa o sprawność fizyczną po operacji ginekologicznej.
5. Zdecydowana większość pacjentek planuje kontynuację ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutę w warunkach domowych.

### Oświadczenia

#### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

#### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

### Piśmiennictwo

1. Woźniewski M, Kornafel J (red.). Rehabilitacja w onkologii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010. 1–8, 41–44, 56–57, 61–70, 75–78, 268–279.
2. Markowska J (red.). Ginekologia onkologiczna. Tom 1. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2006. 142–145, 167–169, 208–209.
3. Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012. 13–15, 223–228.
4. Szukiewicz D (red.). Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. Warszawa: PZWL; 2012. 71–84, 148–158.
5. Litwiniuk M, Kara I. Aktywność fizyczna a nowotwory. *Oncol Rev.* 2012;2:228–233.

6. Lewicka M, Sulima M. Anxiety-depressive disorders in women under-going surgery for gynaecological diseases. *J Pub Health.* 2013;3:8–12.
7. Derewianka-Polak M, Kotarski J, Bednarek W, Polak G, Makara-Studzińska M. Lęk przed operacją – niedoceniony problem w ginekologii operacyjnej. *Ginekol Położ.* 2014;9(9):23–28.
8. Lewicka M, Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Sulima M, Kanadys K, Wiktor H. Poziom lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym a kategoria zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych. *Med Ogólna Nauki Zdr.* 2012;18(2):107–111.
9. Fryc-Przybyłowska B, Tokarska R. Aktywność i samoopieka pacjentek po ginekologicznych zabiegach operacyjnych. *Położ Nauka Prakt.* 2014;3:30.
10. Weber-Nowakowska K, Gębska M, Wiatrak A, Skorb K, Dąbrowski K, Żyżniewska-Banaszak E. Fizjoterapeuta – zawód znany czy nieznan? Wiedza mieszkańców województwa zachodniopomorskiego na temat fizjoterapii. *Doniesienia wstępne. Ann Acad Med Stetin.* 2013;59(2):138–142.
11. Sowa J. Organizacja opieki medycznej w ginekologii onkologicznej – od profilaktyki do fizjoterapii. *Rehabil Prakt.* 2013;3:64–66.
12. Czyżewski P, Domaniecki J, Dąbek A, Kopytiuk R. Wpływ aktywności fizycznej na efekty fizjoterapii po operacjach brzusznych u osób starszych. *Post Rehab.* 2013;3:5–12.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16  
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

#### Adres do korespondencji:

Letycja Zgrzeba  
Centrum Hiperbaryczne Concept  
ul. Sycowska 11  
60-003 Poznań  
tel. kom.: 792 321 135  
e-mail: zgrzeba.letycja@gmail.com