

前立腺全摘除術後患者のQOLとセルフケアの実態

著者	山崎 章恵, 丹後 キヌ子
雑誌名	共立女子大学・共立女子短期大学総合文化研究所紀要
巻	25
ページ	29-37
発行年	2019-02
URL	http://id.nii.ac.jp/1087/00003257/



前立腺全摘除術後患者の QOL とセルフケアの実態

山崎 章恵 丹後 キヌ子

I. はじめに

前立腺がんの罹患率は急激に上昇し、平成30年の国立がん研究所の推計によれば、罹患者は年間78,400人におよび、男性のがんで4位となっている¹⁾。前立腺がんは60～70代に多いため、人口の高齢化が進行することにより、患者数はさらに増加すると考えられる。

前立腺全摘除術は前立腺がんの根治的治療として広く行われているが、術後排尿障害と性機能障害の発生率が高いことが知られている。術後の排尿障害として約7割が尿失禁を体験するといわれ、徐々に軽減するが尿失禁の症状が残る患者が存在することがわかっている²⁾。排泄は生理的な行為であるとともに、社会的な行為でもあり、日常生活との関連が深い。尿失禁は社会生活の妨げとなり³⁾、生活の質（Quality of Life, 以下 QOL）を低下させるとの報告がある^{4, 5)}。

一方で、前立腺全摘除術後の機能障害に対する対処行動と QOL の関連を明らかにした研究では、問題への取り組みや積極的な気分転換が生活を楽しむことと関連していたと報告されている⁶⁾。対処行動が QOL に関連していることが示唆されるが、対処行動は Lazarus のストレス認知尺度を用いたもので、尿失禁に対する対処行動そのものは測定していない。対処行動を促す看護として、前立腺全摘除術後は尿失禁に対して、症状の改善を目的とした骨盤底筋訓練や失禁パッドの使い方などを主としたパンフレットを用いた指導が行われている⁷⁾。セルフケアの実践には、その行動に至るまでの患者の考えや思いがあり⁸⁾、尿失禁に積極的に対処して行くことが生活の質を高めていくことにつながると考えられる。特に、前立腺全摘除術後の尿失禁は腹圧がかかることにより、漏れやすい腹圧性尿失禁が多いと考えられる。さらに、年齢とともに多くなる過活動膀胱が加わると、腹圧だけでなく膀胱に一定の量がたまと膀胱が収縮することによる尿失禁も起りやすい。そのため、患者自身が排尿状態を記録し、把握することによってどのように対処したらよいかの予防策を考えることができる。しかし、これまでの研究では骨盤底筋訓練の実施状況と尿失禁の關係に着目したものが多く、排尿記録の実施やトイレにいくタイミングをマネジメントするといったセルフケアに着目した研究はない。

そこで、前立腺全摘除術後患者の尿失禁の自覚的重症度および QOL とセルフケア実施状況との關係を明らかにすることを目的として、この研究に取り組むこととした。

II. 研究方法

1. 調査対象

調査対象者は、前立腺がんの告知を受け、前立腺全摘除術を受けた術後1～24ヵ月以内の患者

で、調査時に再発・転移がなく、化学療法や放射線療法を受けていない患者とした。

2. 調査方法と期間

泌尿器科をもつ総合病院およびクリニックの外来看護師に対して、研究者から調査票の配布対象者、調査票の記載方法、郵送方法と調査票の返送期限、その他倫理的配慮等について十分説明を行い、研究協力の同意を得る。

研究対象者の選定条件に該当する者に対して、外来看護師より研究の目的と方法を記載した研究協力説明書を提示し、研究参加の意思を表明した者に調査票が入った封筒を配布する。調査票は切手を貼付した返信用封筒で郵送してもらい回収する。

調査期間は平成30年2月～10月だった。

3. 調査内容

1) 対象者の属性

対象者の属性として、年齢、手術日、術式（腹腔鏡下手術、開腹術）、配偶者の有無、職業の有無、身長、体重。手術日は調査時点での術後経過期間の算出に用いた。身長・体重から、体格指数（Body Mass Index：以下BMI）を算出した。

術式は、腹腔鏡下前立腺全摘除術を「腹腔鏡下手術」とし、開腹による恥骨後式前立腺全摘除術を「開腹術」とした。

2) 尿失禁の自覚的重症度とQOL

尿失禁に特異的なQOL質問票である、国際失禁会議尿失禁質問票短縮版（International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form：以下ICIQ-SF）を用いた。ICIQ-SFは尿失禁の自覚的重症度とQOLについて構成されている。尿もれの頻度について「もれなし」：0、「おおよそ1週間に1回、あるいはそれ以下」：1、「1週間に2～3回」：2、「おおよそ1日に1回」3、「1日に数回」：4、「常に」：5の6段階、漏れの量については「なし」：0、「少量」：2、「中等量」：4、「多量」：6の4段階、生活への支障について「まったくない」：0～「非常に」：10の11段階で評価し、これらの得点を合計して尿失禁の重症度を算出する。重症度は0～21点となり、得点が高いほど重症でありQOLへの影響が大きいとされる。さらに、どのようにもれるかを問うことで、尿失禁のタイプが判断できる。

3) セルフケア実施状況

尿失禁に対するセルフケアの実施状況について質問した。セルフケア内容は、骨盤底筋体操の実施、排尿記録、失禁パッド等の使用、水分摂取、トイレへ行くタイミング、体重コントロールなどについてであり、そのほかに実施していることは自由記載欄への記入を求めた。

4. 分析方法

各調査項目について記述統計を算出した。対象者の年齢は65歳未満と65歳以上で2群とし、術

後経過は、先行研究⁵⁾を参考に、3ヵ月以内、4～6ヵ月、7～12ヵ月、13～24ヵ月の4群に分けた。他の調査項目は有無で分けた。術後経過とICIQ-SFはKruskal-Wallis検定、対象者の年齢、術後経過、BMIとICIQ-SFとの関係はSpearmanの順位相関係数、セルフケアの実施の有無とICIQ-SFとの関連についてはMann-WhitneyU検定を用いた。

5. 倫理的配慮

研究対象者の選定条件に該当する者に対して、外来看護師より研究協力説明書を提示し、書面と口頭で研究目的と方法について説明したうえで、研究参加の意思を表明した者に調査票を配布した。調査は無記名であり、研究参加は自由意思であり、調査票の記載と返送をもって研究参加の同意を得たものとする。参加の有無が治療や看護に影響を受けないことを書面および口頭で説明した。

この研究は本学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (KUW-IRBA #17114)。

Ⅲ. 結果

69名から回答が得られ、回答もれなどがみられた4名を除く65名を対象とした (有効回答94.2%)。

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示した。年齢は53歳～78歳で、平均年齢 68.4 ± 5.5 歳だった。術式は腹腔鏡下手術46名 (70.3%)、開腹術19名 (29.7%) だった。術後経過は3ヵ月以内13名 (20.0%)、4～6ヵ月12名 (18.5%)、7～12ヵ月16名 (24.6%)、13～24ヵ月24名 (36.9%) であった。

62名 (95.4%) に配偶者がおり、41名 (63.1%) が職業をもっていた。身長と体重からBMIを求めた結果、18.5～24.9の「普通体重」が47名 (72.3%)、25.0～29.9の「肥満1度」が18名 (27.7%) で、平均は 23.6 ± 2.4 だった。

2. 尿失禁の自覚的重症度およびQOLの実態

1) ICIQ-SF

対象者の尿失禁の自覚的重症度の平均値は 7.0 ± 5.5 だった。尿もれの頻度は平均値 2.5 ± 1.7 であり、尿もれの量の平均値は 2.1 ± 1.6 だった。尿もれがあることによる生活での支障は、平均値 $2.3 \pm$

表1 対象者の属性

項目	平均±SD	人数	%
年齢	68.4 ± 5.5		
65歳未満		15	23.1
65歳以上		50	76.9
術式			
腹腔鏡下		46	70.8
開腹術		19	29.2
術後経過	9.9 ± 7.1		
3ヵ月以内		13	20.0
4～6ヵ月		12	18.5
7～12ヵ月		16	24.6
13～24ヵ月		24	36.9
配偶者			
あり		62	95.4
なし		3	4.6
職業			
あり		41	63.1
なし		24	36.9
BMI	23.6 ± 2.4		
18.5～24.9 (普通体重)		47	72.3
25.0～29.9 (肥満1度)		18	27.7

表2 術後経過と ICIQ-SF 件

項目	n=65			
	3ヵ月以内	4～6ヵ月	7～12ヵ月	13～24ヵ月
	n=13	n=12	n=16	n=24
	平均±SD	平均±SD	平均±SD	平均±SD
尿失禁の自覚的重症度(0～21)	9.1±5.2	7.8±5.7	8.0±4.8	4.7±5.5
①尿もれの頻度(0～5)	3.4±1.4	2.9±1.8	2.8±1.5	1.7±1.8
②尿もれの量(0～6)	2.8±1.3	2.5±1.7	2.4±1.5	1.4±1.5
③尿もれのための生活での支障(0～10)	2.9±3.1	2.3±2.6	2.8±2.2	1.6±2.5
尿失禁の発症機会	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
①なし-尿もれはない	0(0.0)	2(16.7)	2(12.5)	9(37.5)
②トイレにたどりつく前にもれる	1(7.7)	3(25.0)	1(6.3)	2(8.3)
③せきやくしゃみをしたときにもれる	10(76.9)	6(50.0)	9(56.3)	7(29.2)
④眠っている間にもれる	1(7.7)	1(8.7)	0(0.0)	4(16.7)
⑤体を動かしているときや運動しているときにもれる	9(69.2)	8(66.7)	10(62.5)	8(33.3)
⑥排尿を終えて服を着たときにもれる	0(0.0)	3(25.0)	2(12.5)	5(20.3)
⑦理由がわからずもれる	4(30.8)	4(33.3)	3(18.8)	4(16.7)
⑧常にもれている	2(15.4)	2(16.7)	0(0.0)	2(8.3)

2.6だった。

術後経過による ICIQ-SF の平均値の変化を表2に示した。尿失禁の自覚的重症度は術後3ヵ月以内は9.1±5.2で、術後13～24ヵ月で4.7±5.5となった。尿もれの頻度は術後3ヵ月以内は3.4±1.4であったのに対し、術後13～24ヵ月で1.7±1.8であった。尿もれの量も、術後3ヵ月以内は2.8±1.3であったのに対し、術後13～24ヵ月で1.4±1.5であった。尿もれのための生活での支障は、3ヵ月以内は2.9±3.1であったが術後13～24ヵ月で1.6±2.5であり、尿失禁は術後の経過によって改善していた。

術後3ヵ月以内では、対象者すべてに尿もれの症状がみられた。術後13～24ヵ月では9人(37.5%)は尿失禁がなかった。尿失禁のタイプは、術後3ヵ月以内では「せきやくしゃみをしたときにもれる」10人(76.9%)、「体を動かしたときや運動しているときにもれる」9人(69.2%)と、腹圧性尿失禁が多かった。術後13～24ヵ月では、「せきやくしゃみをしたときにもれる」7人(29.2%)、「体を動かしたときや運動しているときにもれる」8人(33.3%)だった。尿失禁の症状をもつ対象者は減っていたが、いずれの時期においても腹圧性尿失禁が多かった。

2) ICIQ-SF に関連する要因

術式別、配偶者の有無、職業の有無と ICIQ-SF の平均値の比較を表3に示した。配偶者の有無と職業の有無では有意差を認めなかった。術式別では、尿失禁の自覚的重症度で、腹腔鏡下手術では7.8±5.4、開腹術では5.0±5.2であり有意差がみられた(p<0.05)。腹腔鏡下手術を受けた対象者の方が得点が高く、開腹術の対象者よりも重症と評価していた。生活への支障についても腹腔鏡下手術2.7±2.7に対し、開腹術1.4±2.2で有意差があり(p<0.05)、腹腔鏡下手術を受けた対象者の方が生活への支障が大きいと評価していた。

尿失禁の自覚的重症度とQOLに影響する要因として、年齢、術後経過、BMIについて相関関係を検討した結果を表4に示した。年齢と ICIQ-SF の関連はみられなかった。術後経過では、自覚

表3 属性と ICIQ-SF との平均値の比較

		n=65				
		人数	自覚的 重症度	尿もれ の頻度	尿もれ の量	生活の 支障
術式	腹腔鏡下	46	7.8±5.4 *	2.8±1.7	2.3±1.6	2.7±2.7 *
	開腹術	19	5.0±5.2	1.9±1.8	1.7±1.5	1.4±2.2
配偶者	あり	62	6.9±5.8	2.5±1.7	2.1±1.6	2.3±2.7
	なし	3	8.7±0.6	4.3±0.6	2.0±0	2.3±0.6
職業	あり	41	6.4±5.5	2.4±1.8	1.9±1.5	2.1±2.6
	なし	24	7.9±5.4	2.8±1.6	2.1±2.6	2.6±2.7

Mann-WhitneyU検定 * $p < 0.05$

表4 属性と ICIQ-SF との相関関係

		n=65			
項目	自覚的 重症度	尿もれ の頻度	尿もれ の量	生活の 支障	
年齢	0.099	0.044	0.130	0.118	
術後経過	-0.300 *	-0.361 **	-0.351 **	-0.200	
BMI	0.232	0.252 *	0.229	0.203	

Spearmanの順位相関係数 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

的重症度 ($r = -0.300$, $p < 0.05$), 尿もれの頻度 ($r = -0.361$, $p < 0.01$), 尿もれの量 ($r = -0.351$, $p < 0.01$) について負の相関関係がみられ, 術後経過が長いほど自覚的重症度, 尿もれの頻度, 尿もれの量の得点が低くなっていた。BMIは尿もれの頻度と相関関係がみられ, BMIが高くなるほど尿もれの得点が高くなっていた ($r = 0.252$, $p < 0.05$)。

3. セルフケアの実施状況と QOL の実態

セルフケアの実施状況を術後経過別に表5に示した。術後3ヵ月以内の対象者のセルフケア実施率で最も高かったのは, 手術後の骨盤底筋訓練13名(100%), パッドの選択12名(92.3%), 現在の骨盤底筋訓練の実施10名(76.9%)だった。術後24ヵ月間のセルフケアの実施率をみると, 最も実施率が高かったのは手術後の骨盤底筋訓練58名(89.2%), パッドの選択48名(73.8%), 現在の骨盤底筋訓練の実施39名(60.0%), 手術後の排尿記録の実施34名(52.3%)などであった。独自に行っているセルフケアとして, 自由記載では歩行やパッドの交換などの7つの記述がみられた。

セルフケアの実施状況と ICIQ-SF を表6に示した。セルフケアの実施の有無と ICIQ-SF の得点に有意差がみられたのは, 現在の骨盤底筋体操の実施, パッドの選択, トイレのタイミングであり, いずれも実施している対象者の得点が有意に高かった ($p < 0.05$)。体重コントロールを実施していた13名のうち, 普通体重は6名, 肥満1度は7名で, 肥満1度の対象者の方が有意に実施率が高かった ($p < 0.05$)。

IV. 考察

1. 尿失禁の自覚的重症度と QOL の実態

本研究の ICIQ-SF の得点からすると尿失禁の症状はあるものの日常生活での支障は顕著ではな

表5 術後経過とセルフケアの実施状況

項目	3ヵ月以内	4～6ヵ月	7～12ヵ月	13～24ヵ月	合計
	n=13 人(%)	n=12 人(%)	n=16 人(%)	n=24 人(%)	n=65 人(%)
手術前骨盤底筋訓練の実施	9 (69.2)	8 (66.7)	6 (37.5)	9 (37.5)	32 (49.2)
手術後骨盤底筋訓練の実施	13 (100)	10 (83.3)	15 (93.8)	20 (83.3)	58 (89.2)
現在の骨盤底筋訓練の実施	10 (76.9)	8 (66.7)	11 (68.8)	10 (41.7)	39 (60.0)
手術前排尿記録の実施	3 (23.1)	5 (41.7)	6 (37.5)	3 (12.5)	17 (26.2)
手術後排尿記録の実施	9 (69.2)	6 (50.0)	9 (56.3)	10 (41.7)	34 (52.3)
現在の排尿記録の実施	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)	3 (12.5)	4 (6.2)
パッドの選択	12 (92.3)	9 (75.0)	11 (68.8)	16 (66.7)	48 (73.8)
水分摂取の調整	3 (23.1)	3 (25.0)	1 (6.3)	2 (8.3)	9 (13.8)
トイレに行くタイミングの調整	9 (69.2)	3 (25.0)	3 (18.8)	6 (25.0)	21 (32.3)
体重コントロール	1 (7.7)	2 (16.7)	4 (25.0)	6 (25.0)	13 (20.0)
その他(7)					
1日2～3Kmの歩行					
排尿時にストップしてみる					
3時間ごとのパッドの確認					
腹筋を鍛える					
外出時のパッドの持参					
ウォーキング					
ヨガ					

く、自覚的重症度も低いことがわかった。前立腺全摘除術患者を対象とした先行研究⁵⁾と比較すると、本研究対象者の ICIQ-SF の得点の方が低く、手術療法の進歩により前立腺全摘除術後の尿失禁は改善傾向であることがわかる。術後経過と ICIQ-SF は負の相関があり、尿失禁の症状は術後経過により徐々に改善していた。

術式を比較すると、開腹による恥骨後式前立腺全摘除術を受けた患者よりも腹腔鏡下前立腺全摘除術を受けた患者の方が尿失禁の自覚的重症度が高い傾向がみられた。先行研究においても、開腹術に比べ、腹腔鏡下前立腺全摘除術の方が失禁量が多かったという報告がある⁹⁾。術後3ヵ月以内はすべての対象者が尿失禁を経験していたことから、いずれの術式であっても尿失禁の発症は避けられないと考えられた。前立腺全摘除術後の尿失禁については、年齢やBMIが関連するといわれているが¹⁰⁾、本研究においては年齢との関連は認められず、BMIが高いほど尿失禁の頻度が高いという関連がみられた。前立腺全摘除術後の尿失禁は腹圧性尿失禁が多いことから、体重の増加は腹圧を増強させ、尿失禁の頻度が高まったと推察された。

2. セルフケアの実態

対象者が最も実施していたセルフケアは、骨盤底筋訓練であり、特に手術後の実施率は高かった。これは、前立腺全摘除術後の尿失禁の改善のために訓練の実施が推奨されていることによると考えられる¹⁰⁾。調査時点での骨盤底筋訓練の実施率は術後の経過が長くなるにつれて低くなることから、尿失禁の改善とともに実施しなくなることが推察された。パッドの選択については術後1年以上経過しても66.7%の対象者が実施しており、自由記載にも「3時間ごとのパッドの確認」、「外

表6 セルフケアの実施状況と ICIQ-SF

n=65

項目	人数	自覚的 重症度	尿もれの頻 度	尿もれの量	生活の支障	
手術前骨盤底筋訓練の実施	あり	32	6.7±5.4	2.5±1.8	2.1±1.6	2.1±2.5
	なし	33	7.2±5.6	2.6±1.7	2.2±1.6	2.5±2.7
手術後骨盤底筋訓練の実施	あり	58	7.2±5.5	2.6±1.8	2.2±1.6	2.4±2.6
	なし	7	5.3±5.3	1.9±1.8	1.7±1.4	1.7±2.5
現在の骨盤底筋訓練の実施	あり	39	8.8±5.1 *	3.2±1.5 *	2.5±1.5 *	3.1±2.7 *
	なし	26	4.2±4.8	1.6±1.7	1.5±1.5	1.1±1.9
手術前排尿記録の実施	あり	17	7.5±6.3	2.6±1.9	2.5±1.9	2.5±3.0
	なし	48	6.8±5.2	2.5±1.7	2.0±1.4	2.2±2.5
手術後排尿記録の実施	あり	34	7.1±6.0	2.5±1.9	2.2±1.8	2.3±2.7
	なし	31	6.8±4.8	2.6±1.5	2.0±1.3	2.3±2.5
現在の排尿記録の実施	あり	4	7.0±6.7	2.8±2.2	2.0±1.6	2.3±3.2
	なし	61	7.0±5.4	2.5±1.7	2.1±1.6	2.3±2.6
パッドの選択	あり	48	8.1±5.7 *	3.0±1.7 *	2.4±1.7 *	2.8±2.8 *
	なし	17	3.7±3.0	1.4±1.3	1.4±0.9	0.9±1.1
水分摂取の調整	あり	9	9.7±7.5	3.1±1.9	2.7±2.3	3.9±3.8
	なし	56	6.5±5.0	2.5±1.7	2.0±1.5	2.0±2.3
トイレに行くタイミングの調整	あり	21	9.2±5.8 *	3.3±1.7 *	2.7±1.7 *	3.2±2.9 *
	なし	44	5.9±5.0	2.2±1.7	1.9±1.5	1.8±2.4
体重コントロール	あり	13	7.4±7.1	2.4±2.1	2.3±2.2	2.7±3.0
	なし	52	6.9±5.1	2.6±1.7	2.1±1.4	2.2±2.5

Mann-WhitneyU検定 * $p<0.05$

出時のパッドの持参」などの記述がみられた。これらのことから多くの対象者が術後経過によって尿失禁の頻度や量が減少したとしてもパッドを使用し続けていることがわかった。トイレに行くタイミングの調整は、術後3ヵ月以内の対象者の実施率は術後排尿記録実施と同じ69.2%と高いものの、その後は20%程度に低下して、術後13~24ヵ月に至ってもほぼ横ばいの実施率だった。前立腺全摘除術後の尿失禁は腹圧性尿失禁が多いが、膀胱内の尿の量が多いと失禁しやすいことが考えられるため、尿失禁の症状がある場合はトイレに行くタイミングを調整していると考えられる。この3つのセルフケアを実施している対象者はしていない対象者と比べて ICIQ-SF の得点が有意に高いことから、尿失禁の自覚的重症度が高い対象者が積極的に行っているセルフケアであるといえる。体重コントロールの実施は術後3ヵ月以内では1名(7.7%)の実施であり、術後の経過が長くなるにつれ実施率が25%に高まっていた。肥満は腹圧性尿失禁を悪化させる要因であり、本研究においても BMI と尿失禁の頻度に関連がみられた。術後に体調が回復し、体重の増加がみられた段階で体重コントロールを意識して実行していることがうかがえた。体重コントロールの実施と ICIQ-SF の得点に有意差はみられなかったが、肥満1度の対象者の方が体重コントロールの実施率が高かったことから、健康の維持や尿失禁の予防として取り組んでいると推察された。

3. 看護への示唆

対象者は術前から骨盤底筋訓練を実施しており、術後の尿失禁発症に備えて、術前から骨盤底筋を収縮させる方法を体得して手術に臨んでいることがうかがえた。また、術後の骨盤底筋訓練は実

施率が非常に高かったことから、前立腺全摘除術後の尿失禁に対する行動療法として実践されている。また、尿失禁の自覚的重症度が高い対象者が骨盤底筋訓練を実施していたことから、正しい方法で継続できるように支援することが必要と考えられた。

術後は排尿記録の実施率も高かった。排尿記録は排尿時間と排尿量、尿もれの状態を記録することによって、自分自身の蓄尿と排尿の状態を把握し、排尿行動に反映させることができるものである。記録をとることによって、排尿のタイミングを調整することができ、尿もれの頻度や尿もれの量を軽減することにつながると考えられる。看護師は排尿記録をアセスメントし、排尿行動についてアドバイスすることが、トイレに行くタイミングの調整を効果的に実施できることにつながると考えられる。

本調査において、肥満1度の対象者が約3割いた。BMIが高いほど、尿失禁の頻度が高いことから、体重をコントロールすることは重要である。必要性を説明するとともに、術後の体調回復をみながら積極的に取り組むように支援することが必要と考えられた。

V. 本研究の限界

本研究は泌尿器科をもつ総合病院およびクリニックにおける調査であり、研究対象者の選定条件を提示して選定を依頼した。また、対象者の病期分類や神経温存などの手術の詳細については対象者本人の回答しやすさを考慮し、データ収集をしていない。そのため尿失禁の発症にかかわる要因の検討については限界がある。

VI. 結論

前立腺全摘除術後患者の尿失禁の自覚的重症度および QOL とセルフケア実施状況との関係を明らかにすることを目的として、調査を実施した。

術式が腹腔鏡下前立腺全摘除術であっても、開腹による恥骨後式前立腺全摘除術であっても、術後は腹圧性尿失禁を発症していた。術後3ヵ月以内の尿失禁の自覚的重症度は中等度であったが、13～24ヵ月で重症度は軽度に改善していた。BMIと尿失禁の頻度に関連がみられ、体重増加は尿失禁の増悪因子であった。骨盤底筋訓練の実施とパッドの選択、トイレに行くタイミングの調整を実施している対象者は尿失禁の自覚的重症度が高い傾向がみられた。骨盤底筋訓練の実施は尿失禁の症状改善に直接関与し、体重コントロールは症状の増悪を予防する効果がある。パッドの選択やトイレに行くタイミングの調整は、日常生活において尿失禁の影響を緩和するために対象者が行っている行動であり、これらの対処行動を効果的に支援することが看護師に求められていると考えられた。

謝辞

調査の実施にあたってご協力をいただいた看護師の皆様、また調査にご回答いただいた対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 2018年のがん統計予測, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html, がん情報サービス, 2018年09月15日更新.
- 2) Palmer MH, Fogarty LA, Somerfield MR, et al: Incontinence after prostatectomy : coping with incontinence after prostate cancer surgery, *Oncology Nursing Forum*, 30 (2), 229-238, 2003.
- 3) 掛屋純子, 掛橋千賀子: 前立腺がん患者の治療後の排尿・排便・性功能と心理的適応の変化, *ヒューマンケア研究学会誌*, 6 (1), 11-15, 2014.
- 4) 岡田卓也, 河野有香, 松本敬優, 他: 男性の下部尿路症状が包括的健康関連 QOL に及ぼす影響の検討, *日本泌尿器科学会雑誌*, 106 (3), 172-177, 2015.
- 5) 仙波美幸, 小松浩子: 前立腺全摘除術後がん患者の尿失禁と生活の質の関係, *日本がん看護学会誌*, 30 (1), 34-44, 2016.
- 6) 佐藤大介, 佐藤富美子: 術後1年までの前立腺がん患者の機能障害に対する対処行動とQOLの関連, *日本がん看護学会誌*, 24 (2), 15-23, 2010.
- 7) 渡邊真弓: 腹腔鏡下前立腺全摘除術を受けた患者に対するパンフレットを用いた患者指導の評価, *泌尿器ケア*13 (6), 637-644, 2008.
- 8) 西村めぐみ, 西垣 里志, 柳澤恵美: 前立腺がん術後の尿もれに対する行動とその意味, *関西看護医療大学紀要*, 5 (1), 4-9, 2013.
- 9) 寺田直樹, 水野 桂, 根来宏光, 他: 開放, 腹腔鏡下, ロボット支援前立腺全摘除術の手術成績と排尿関連QOLの比較, *Japanese Journal of Endourology*, 27 (2), 358-363, 2014.
- 10) 本泌尿器科学会編: 前立腺癌診療ガイドライン2016年版, メディカルレビュー社, 東京, 2016.