

## **Percepcja objawów z dolnego odcinka dróg moczowych (*Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS*) przez lekarzy psychiatrów**

### **Perception of Lower Urinary Tract Symptoms by psychiatrists in mentally affected patients**

Mikołaj Przydacz<sup>1,2</sup>, Tomasz Gołąbek<sup>1</sup>, Jerzy A. Sobański<sup>3</sup>,  
Karolina Jaworska<sup>4</sup>, Michał Skalski<sup>5</sup>, Agata Świerkosz<sup>5</sup>,  
Przemysław Dudek<sup>1</sup>, Dariusz Sobieraj<sup>6</sup>, Dominika Dudek<sup>7</sup>, Piotr Chłosta<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Oddział Kliniczny Urologii, UJ Collegium Medicum

<sup>2</sup> Department of Urology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Canada

<sup>3</sup> Katedra Psychoterapii, UJ Collegium Medicum

<sup>4</sup> Wydział Lekarski, UJ Collegium Medicum

<sup>5</sup> Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, UJ Collegium Medicum

<sup>6</sup> Oddział Urologii, Wojewódzki Szpital Podkarpacki, Krosno, Polska

<sup>7</sup> Zakład Zaburzeń Afektywnych, Katedra Psychiatrii, UJ Collegium Medicum

#### **Summary**

**Aim.** Lower urinary tract symptoms (LUTS) are highly prevalent and costly condition worldwide. Numerous studies have demonstrated their negative impact on health-related quality of life (HRQL), as well as on physical and mental health. The co-existence of LUTS and psychiatric symptoms is common and has been described by psychiatrists, urologists and gynecologists. However, data are lacking regarding the perception of urological symptoms by psychiatrists in their day-to-day clinical practice.

**Methods.** 31-question survey was designed to learn what is the perception of LUTS among psychiatrists. Survey link was sent by email to all psychiatrists registered to the Polish Association of Psychiatry via the association's email lists. The SurveyMonkey website was used as a platform where responses were collected and stored.

---

Autorzy nie zgłaszają konfliktów interesów.

Powyższe badanie nie zostało sfinansowane przez instytucje publiczne, komercyjne lub niekomercyjne.

**Results.** 953 physicians completed the questionnaire. Majority of investigated psychiatrists only 'occasionally' ask their patients about voiding dysfunctions. Respondents estimated the frequency of voiding dysfunctions in their patients as 'moderately frequent' with a '10–30%' prevalence. However, discrepancies between different subgroups of psychiatrists have been noted. Furthermore, psychiatrists may not be fully aware of the effects of psychiatric treatment (psychotherapy/pharmacotherapy) on LUTS improvement, as well as possible deteriorations of voiding dysfunctions with psychiatric disorder progression.

**Conclusions.** This survey showed that the perception of urological symptoms by psychiatrists in their patients may be limited. Therefore, it is necessary to adequately inform and educate psychiatrists in terms of the impact of urological symptoms on patients' management, prognosis and quality of life.

**Słowa kluczowe:** objawy z dolnego odcinka dróg moczowych, objawy urologiczne, zespół nadaktywnego pęcherza, psychiatrzy, pacjenci psychiatryczni

**Key words:** lower urinary tract symptoms, urological symptoms, overactive bladder; psychiatrists, psychiatric patients

## Wstęp

Objawy z dolnego odcinka dróg moczowych (*Lower Urinary Tract Symptoms* – LUTS) obejmują dolegliwości związane z gromadzeniem moczu (częstomocz, parcia nagłace, nykturia, nietrzymanie moczu, ból pęcherza moczowego), objawy związane z mikcją (trudności z rozpoczęciem mikcji, mikcja z użyciem tłoczni brzusznej, osłabienie strumienia moczu, przerywany strumień moczu) oraz objawy pomikcyjne (uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza, wykapywanie moczu pod koniec mikcji) [1]. Mianem zespołu nadaktywnego pęcherza (*Overactive Bladder* – OAB) określa się występowanie częstomoczu, parć nagłacych oraz nietrzymania moczu przy nieobecności uchwytnej patologii, która mogłaby powodować wyżej wymienione objawy. LUTS charakteryzują się szerokim rozpowszechnieniem oraz wysokimi kosztami leczenia [2].

W badaniu *Epidemiology Urinary Incontinence and Comorbidities* (EPIC), którym objęto 19 165 osób z pięciu państw Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, częstość LUTS wyniosła 62,5% u mężczyzn i 66,6% u kobiet w wieku  $\geq 40$  lat [3]. Występowanie LUTS nie ogranicza się do konkretnych jednostek chorobowych pomimo częstego związku tych objawów z przeszkodą podpęcherzową [1, 4]. Współwystępowanie dolegliwości urologicznych i psychicznych zostało wielokrotnie opisane zarówno przez psychiatrów, urologów, jak i ginekologów [5, 6]. Liczne publikacje udowodniły istotną korelację pomiędzy LUTS lub OAB oraz depresją i zaburzeniami lękowymi. Związki pomiędzy dolegliwościami z układu moczowego a innymi zaburzeniami psychicznymi (np. schizofrenią, otępieniem, uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, zaburzeniami snu, zaburzeniami jedzenia) również zostały opisane [7–9]. Jednak percepcja objawów z dolnego odcinka dróg moczowych przez lekarzy psychiatrów nie została jak dotąd przeanalizowana. Dostępne badania nie pozwalają na udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu lekarze psychiatrzy są świadomi współwystępowania LUTS z zaburzeniami psychicznymi. Pomimo że LUTS i OAB nie są stanami zagrażającymi życiu, wiele badań udowodniło ich negatywny wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (*Health-related Quality of Life* – HRQL), jak również na zdrowie

fizyczne i psychiczne pacjentów [10, 11]. Dolegliwości z układu moczowego mogą przyczynić się do odczuwania przez chorych uczucia wstydu, strachu, przygnębienia oraz społecznej izolacji. Ponadto współwystępowanie LUTS istotnie oddziałuje na powodzenie leczenia. Stopień świadomości lekarzy psychiatrów dotyczący LUTS może mieć bezpośredni wpływ na stosowane leczenie oraz rokowanie. Celem niniejszej publikacji jest ustalenie, w jakim stopniu polscy lekarze psychiatrzy zwracają uwagę na dolegliwości związane z układem moczowo-płciowym wśród swoich pacjentów.

## Metody

Aby ocenić percepcję objawów z dolnych dróg moczowych przez lekarzy psychiatrów, opracowano ankietę składającą się z 31 pytań. Pytania demograficzne dotyczyły płci, wieku, statusu zawodowego oraz miejsca pracy. W ankiecie uwzględniono również stopień referencyjności szpitali – jednostki akademickie oraz nieakademickie. Udział w ankiecie był dobrowolny (zgoda domniemana). Ankieta została rozesłana pocztą elektroniczną do lekarzy psychiatrów zarejestrowanych w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Aby uzyskać większą liczbę odpowiedzi, kwestionariusz został rozdystrybuowany trzykrotnie, a link do badania został również zamieszczony na facebookowej stronie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Platforma Survey-Monkey została użyta jako miejsce do zbierania i przechowywania odpowiedzi. Ponadto ankieta została dostosowana do urządzeń mobilnych z systemami iOS oraz Android. Odpowiedzi uzyskano w sposób anonimowy, bez konieczności podawania danych osobowych.

## Wyniki

Kwestionariusz wypełniło 953 lekarzy (współczynnik odpowiedzi – 953/4093 – 23,3% badanych). Demografia respondentów została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna ankietowanych

Wyszczególnienie	Całkowicie, N (%)
Liczba respondentów	953 (100%)
Płeć	
Mężczyźni	410 (43%)
Kobiety	543 (57%)
Stanowisko	
Rezydent	166 (17%)
Specjalista	787 (83%)
Staż pracy	
Mniej niż 5 lat	159 (17%)
5–10 lat	190 (20%)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

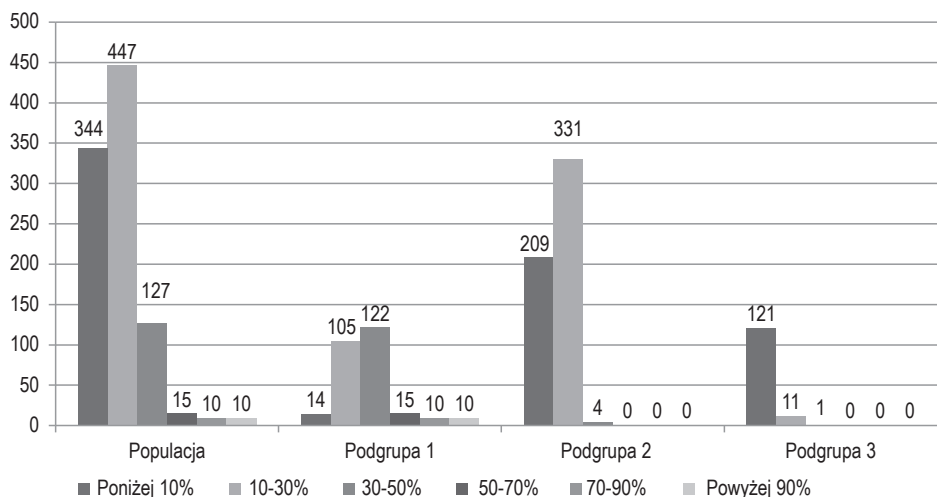
10–20 lat	339 (36%)
Więcej niż 20 lat	265 (28%)
Miejsce pracy	
Szpital akademicki	209 (22%)
Szpital nieakademicki	517 (54%)
Gabinet prywatny	558 (59%)
Przychodnia	719 (75%)

Większość z ankietowanych lekarzy (411; 43%) tylko „okazjonalnie” pyta swoich pacjentów o dolegliwości związane z oddawaniem moczu, natomiast 183 (19%) robi to „często”, 133 (14%) „rzadko”, 114 (12%) „bardzo rzadko”, 93 (10%) „zazwyczaj” oraz 19 (2%) w ogóle nie pyta swoich pacjentów o tego typu zaburzenia. Jednak analiza odpowiedzi pod względem płci wskazuje znaczące różnice w udzielanych odpowiedziach. Wśród mężczyzn najczęściej wskazywana odpowiedź to „często” (32%), następnie „okazjonalnie” (22%), „zazwyczaj” (20%), „rzadko” (16%) oraz „bardzo rzadko” (10%). Wśród kobiet najczęściej podawana odpowiedź to „okazjonalnie” (59%), następnie „bardzo rzadko” (14%), „rzadko” (13%), „często” (9%) i „zazwyczaj” (2%). Co ciekawe, ankieta również pokazała, że lekarze z doświadczeniem zawodowym od 5 do 10 lat oraz z większym niż 20 lat chętniej pytają swoich pacjentów o problemy z mikcją niż pozostali (w przybliżeniu 70% z tych specjalistów wskazało, że robi to „zazwyczaj”, „często” lub „okazjonalnie”). Tę samą zależność zaobserwowano wśród lekarzy pracujących w placówkach akademickich.

419 (44%) psychiatrów oszacowało częstość występowania zaburzeń mikcji u swoich pacjentów jako „umiarkowanie częste” dolegliwości, 312 (33%) jako „rzadkie”, 157 (16%) „częste”, 42 (4%) „bardzo częste”, a 23 (2%) „bardzo rzadkie”. Co ciekawe, oszacowana częstość zaburzeń urologicznych różni się w zależności od częstości pytania o tego typu zaburzenia. Zauważono, że lekarze, którzy „zazwyczaj” oraz „często” pytają pacjentów o zaburzenia oddawania moczu, określają występowanie tych dolegliwości jako stan „częsty” (53% ankietowanych), natomiast ci, którzy pytają „okazjonalnie” i „rzadko”, szacują LUTS jako „umiarkowanie częste” (62% ankietowanych). Z kolei 92% lekarzy pytających „bardzo rzadko” lub w ogóle tego niepraktykujących stwierdziło, że objawy urologiczne są „rzadkie” w ich praktyce.

Następnie ankietowani oszacowali częstość występowania zaburzeń oddawania moczu wśród swoich pacjentów za pomocą przedziałów liczbowych. Najczęściej wybierana odpowiedź, „10–30%”, została wskazana przez 447 respondentów (47%). Rozkład wybranych odpowiedzi w ogólnej grupie oraz w podgrupach przedstawia rycina 1.

Ponad połowa respondentów określiła, że „mniej niż 10%” pacjentów samodzielnie podejmuje temat dolegliwości urologicznych. Co ciekawe, okazało się, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi są bardziej skłonni do informowania swojego psychiatry o występujących LUTS, a 45% spośród badanych lekarzy wskazało, że „10–30%” pacjentów z zaburzeniami lękowymi samodzielnie zgłasza dolegliwości urologiczne.



Rycina 1. Rozkład odpowiedzi dotyczących pytania: „Czy mógłby/mogłaby Pan/Pani oszacować częstość występowania zaburzeń mikcji u pacjentów psychiatrycznych?”

Populacja: wszyscy respondenci; Podgrupa nr 1: grupa psychiatrów, którzy „zazwyczaj” oraz „często” pytają swoich pacjentów o problemy z oddawaniem moczu; Podgrupa nr 2: grupa psychiatrów, którzy „okazjonalnie” oraz „rzadko” pytają swoich pacjentów o problemy z oddawaniem moczu; Podgrupa nr 3: grupa psychiatrów, którzy „bardzo rzadko” pytają swoich pacjentów o problemy z oddawaniem moczu lub w ogóle tego nie praktykują

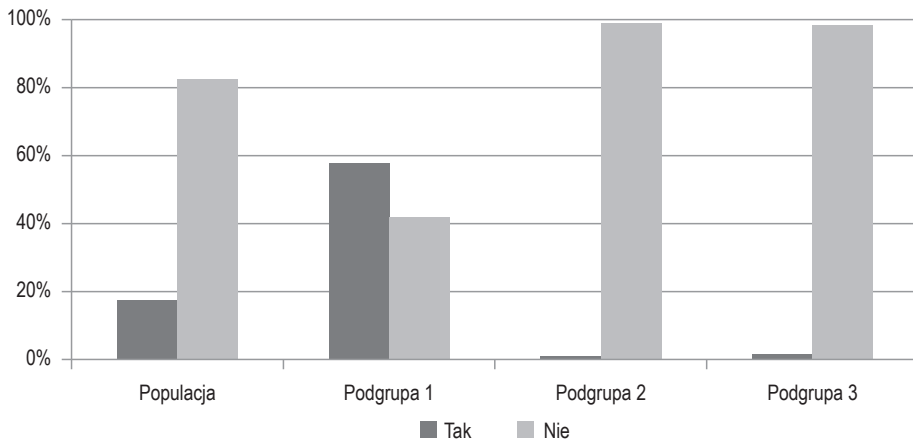
Pacjenci psychiatryczni najczęściej zgłaszają swoim lekarzom częstomocz. Odpowiedź ta została wskazana przez 295 (31%) psychiatrów. Drugie miejsce co do częstości zgłaszania zajęła nykturia (218; 23% ankietowanych), a następnie nietrzymanie moczu (193; 20%), parcia nagłące (104; 11%) oraz mikcja z użyciem tłoczni brzusznej (80; 8%). Według psychiatrów najbardziej uciążliwym objawem jest nietrzymanie moczu – wskazane przez 425 (46%) respondentów, następnie częstomocz (180; 19%), parcia nagłące (92; 10%) i nykturia (84; 9%).

Z przeprowadzonej ankiety wywnioskowano, że większość psychiatrów obserwuje LUTS u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (611 psychiatrów; 64% ankietowanych), z otępieniem (592; 62%), depresją (560; 59%) oraz z zaburzeniami psychicznymi związanymi ze stanem somatycznym (477; 50%). Ponadto LUTS obserwowane są przez lekarzy psychiatrów również w przypadku zaburzeń snu (251; 26%), schizofrenii (239; 25%), uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych (184; 19%), choroby afektywnej dwubiegunowej (133; 14%), zaburzeń seksualnych (100; 10%), zaburzeń osobowości (52; 5%), zaburzeń schizoafektywnych (41; 4%), manii/hipomanii (16; 2%) oraz zaburzeń odżywiania (12; 1%).

Zaburzenie częstości oddawania moczu oraz parcia na mocz zostały wskazane jako główne dolegliwości urologiczne u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (516; 54% ankietowanych), zaburzeniami psychicznymi związanymi ze stanem somatycznym (83; 9%) oraz z depresją (49; 5%). Nietrzymanie moczu jest najczęściej spotykanym

objawem urologicznym w ośpieniu (389; 41%), zaburzeniach lękowych (146; 15%) oraz zaburzeniach psychicznych związanych ze stanem somatycznym (105; 11%). Natomiast nykturia jako główna dolegliwość urologiczna najczęściej zgłaszana jest przez pacjentów z zaburzeniami snu (194, 20%), z zaburzeniami psychicznymi związanymi ze stanem somatycznym (108; 11%) oraz zaburzeniami lękowymi (95; 10%). Co ciekawe, 209 psychiatrów (22%) stwierdziło, że trudne jest wskazanie tylko jednego zaburzenia psychicznego, gdzie nykturia występuje jako wiodący objaw urologiczny.

Z określeniem LUTS spotkało się 553 (58%) ankietowanych i 854 (90%) słyszało o pęcherzu nadaktywnym. Z kolei 786 (82%) lekarzy nie stwierdza korelacji pomiędzy zaburzeniami oddawania moczu a nasileniem myśli samobójczych. Jednakże percepcja tej korelacji różni się wśród zapytanych lekarzy, co ilustruje rycina 2.



Rycina 2. Rozkład odpowiedzi dotyczących pytania: „Czy zauważa Pan/Pani korelację pomiędzy zaburzeniami oddawania moczu a nasileniem myśli samobójczych?”.

Populacja: wszyscy ankietowani; Podgrupa 1: grupa psychiatrów, którzy „zazwyczaj” oraz „często” pytają swoich pacjentów o zaburzenia oddawania moczu; Podgrupa 2: grupa psychiatrów, którzy „okazjonalnie” oraz „rzadko” pytają swoich pacjentów o zaburzenia oddawania moczu; Podgrupa 3: grupa psychiatrów, którzy „bardzo rzadko” pytają swoich pacjentów o zaburzenia oddawania moczu lub w ogóle tego nie praktykują.

Psychiatry zostali również zapytani o to, czy wykonują badanie ogólne moczu oraz posiew moczu u pacjentów z LUTS. Udzielone odpowiedzi wskazują, że lekarze psychiatry częściej wybierają badanie ogólne moczu niż posiew (tab. 2). Co ciekawe, prawie 90% psychiatrów pytających „zazwyczaj” oraz „często” o problemy urologiczne „zazwyczaj” zleca badanie ogólne moczu u pacjentów z LUTS. Dalej – 40% tych lekarzy „często” zleca posiew moczu, 30% „czasami”, a 21% „zazwyczaj”. Natomiast ci, którzy pytają „bardzo rzadko” lub nie pytają „w ogóle”, zlecają zarówno badanie ogólne moczu, jak i posiew moczu „bardzo rzadko” (odpowiednio 62% oraz 100% ankietowanych).

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi dotyczących pytania: „Jak często zleca Pan/Pani badanie ogólne moczu oraz posiew moczu u pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu?”

Częstotliwość pytania o objawy urologiczne	Badanie ogólne, N (%)	Posiew moczu, N (%)
„Zazwyczaj”	356 (37%)	63 (7%)
„Często”	166 (17%)	116 (12%)
„Okazjonalnie”	103 (11%)	131 (14%)
„Rzadko”	223 (23%)	153 (16%)
„Bardzo rzadko”	105 (11%)	490 (51%)

Tabela numer 3 prezentuje rozbieżności w kierowaniu pacjentów z LUTS na dalsze konsultacje. Lekarze biorący udział w badaniu dużo częściej kierują swoich pacjentów do lekarza rodzinnego niż do urologa.

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi dotyczących pytania: „Ilu pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu kieruje Pan/Pani do lekarza rodzinnego?” oraz „Ilu pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu kieruje Pan/Pani do urologa?”

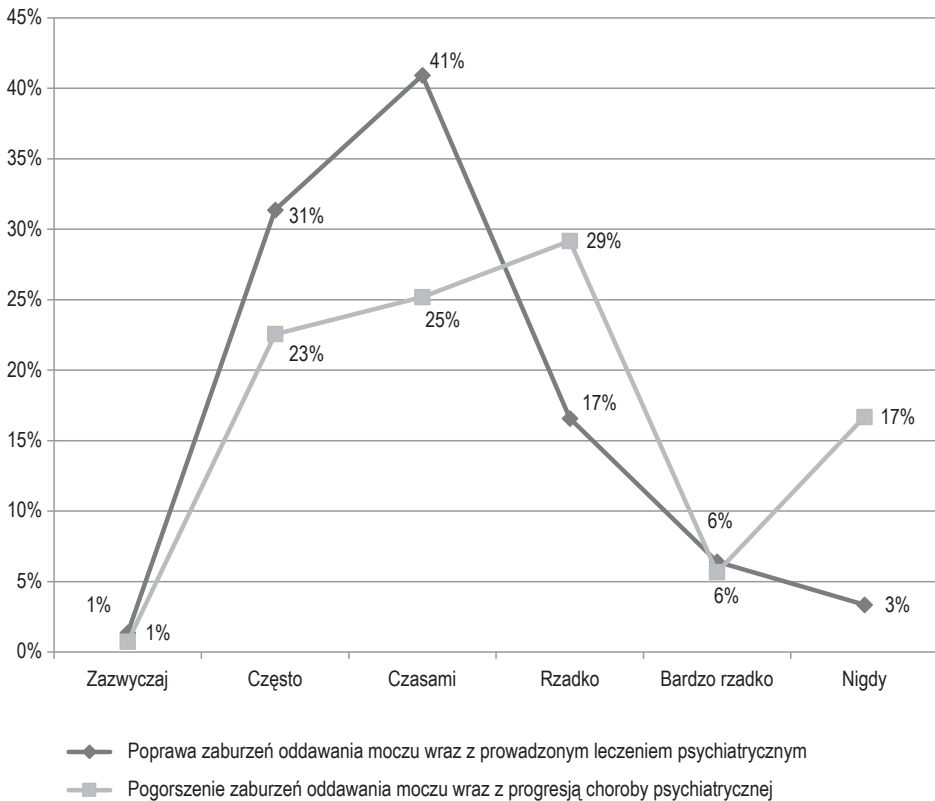
Liczba kierowanych pacjentów	Lekarz rodzinny, N (%)	Urolog, N (%)
Mniej niż 10%	216 (23%)	466 (49%)
10–30%	110 (12%)	222 (23%)
30–50%	127 (13%)	104 (11%)
50–70%	137 (14%)	57 (6%)
70–90%	83 (9%)	48 (5%)
Więcej niż 90%	280 (29%)	56 (6%)

Zaburzenia oddawania moczu są niechętnie leczone przez psychiatrów, tylko 23% badanych lekarzy podejmuje się ich leczenia. Jednak w grupie psychiatrów, którzy „zazwyczaj” oraz „często” pytają swoich pacjentów o dolegliwości urologiczne, 72% ankietowanych przyznało, że podejmuje samodzielną próbę leczenia. Lekarze psychiatrzy niechętnie przepisują leki na objawy urologiczne. Tylko 20% ankietowanych przyznało się do przepisywania leków ziołowych (184; 19%), alfa blokerów (157; 16%), antagonistów receptorów muskarynowych (95; 10%), inhibitorów 5-alfa-reduktazy (61; 6%) lub beta-3-agonistów (15; 2%). Interesująca jest ta okoliczność, że spośród lekarzy samodzielnie leczących problemy urologiczne ponad 90% stanowili mężczyźni.

Lekarze zostali również zapytani o to, jak często leczenie psychiatryczne (psychoterapia i/lub farmakoterapia) wpływa na poprawę zgłaszanych przez pacjenta zaburzeń oddawania moczu. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane na rycinie 3. I tak 41% psychiatrów stwierdziło, że tylko „czasami” obserwuje złagodzenie lub ustąpienie zgłaszanych LUTS. Z kolei 31% lekarzy opisało tę zależność jako „częstą”, natomiast 17%, 6%, 3% i 1% ankietowanych oceniło tę współzależność odpowiednio jako „rzadką”, „bardzo rzadką”, „powszechną” lub „nieobecną”. W grupie lekarzy psychiatrów pytających „zazwyczaj” oraz „często” o zaburzenia urologiczne aż 240

ankietowanych (87%) określiło, że „często” widzi poprawę zgłaszanych objawów urologicznych wraz ze stosowanym leczeniem psychiatrycznym.

Z drugiej strony, psychiatrzy zostali również poproszeni o odpowiedź na pytanie, czy progresja choroby psychiatrycznej nasila dolegliwości urologiczne. Najczęściej wskazano odpowiedź „rzadko” (29% ankietowanych), następnie „czasami” (25%), „często” (23%), „nigdy” (17%), „bardzo rzadko” (6%) oraz „zazwyczaj” (1%). Natomiast w grupie psychiatrów, którzy „zazwyczaj” i „często” pytają swoich pacjentów o zaburzenia mikcji, powyższa korelacja została określona jako „częsta” przez 200 ankietowanych (72%).



**Rycina 3. Rozkład odpowiedzi dotyczących pytań: „Jak często stosowane leczenie psychiatryczne (psychoterapia i/lub farmakoterapia) poprawia zaburzenia oddawania moczu?” oraz „Jak często obserwuje Pan/Pani pogorszenie zaburzeń oddawania moczu wraz z progresją choroby psychiatrycznej?”**



## Dyskusja

LUTS i OAB wpływają na wiele aspektów życia, wliczając w to życie społeczne, fizyczne, psychiczne, emocjonalne, seksualne oraz wydajność pracy [13, 14]. Badanie kliniczno-kontrolne EPIC, przeprowadzone z wykorzystaniem ankiety telefonicznej wśród mieszkańców Kanady, Niemiec, Włoch, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii, potwierdziło znaczący wpływ LUTS oraz OAB na ogólny stan zdrowia, wydajność pracy i życie seksualne [14]. Badanie przekrojowe *The Epidemiology of LUTS* (EpiLUTS), które zostało przeprowadzone na reprezentatywnej grupie populacji poprzez internetową ankietę w Szwecji, Stanach Zjednoczonych oraz w Wielkiej Brytanii, również wykazało, że LUTS negatywnie wpływają na jakość życia związaną ze stanem zdrowia [15–17]. Oddziaływanie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych na jakość życia pacjentów może być podobne do tego, jakie spotyka się w przypadku wielu chorób przewlekłych, tj. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i dny moczanowej [18]. Podsumowując, możemy stwierdzić, że odpowiednia percepcja objawów z dolnego odcinka dróg moczowych jest niezbędna zarówno w pracy klinicznej, jak i analizie zdrowia publicznego.

Liczne opublikowane badania wykazały znaczącą korelację pomiędzy zaburzeniami oddawania moczu a zaburzeniami psychicznymi, wskazując LUTS jako powszechną dolegliwość u pacjentów psychiatrycznych. Nasze badanie dowodzi, że objawy urologiczne są najczęściej odnotowywane przez psychiatrów u pacjentów z zaburzeniami lękowymi, otępieniem i depresją. Powyższe wyniki są zbieżne z wynikami badań przeprowadzonych bezpośrednio wśród pacjentów [5, 19].

Opisywane badanie ankietowe ujawniło również, że większość polskich psychiatrów jest świadoma współwystępowania zaburzeń urologicznych i psychicznych. Analiza udzielających odpowiedzi pod względem płci dodatkowo wykazała, że mężczyźni częściej pytają swoich pacjentów o dolegliwości urologiczne. Zależność ta jest szczególnie widoczna wśród lekarzy ze stażem pracy większym niż 20 lat. Możemy domniemywać, że zaobserwowana korelacja ma związek z własnymi dolegliwościami urologicznymi lekarzy płci męskiej powyżej 50. roku życia.

W naszym badaniu ankietowani oszacowali częstość LUTS na 10–30%. Jednak lekarze, którzy „zazwyczaj” lub „często” pytają swoich pacjentów o problemy urologiczne, przeważnie wskazywali odpowiedź 30–50%. Wydaje się, że wyniki z tej grupy ankietowanych lepiej korelują z danymi z badań przeprowadzonych wśród pacjentów. Wywiad obejmujący 4000 chorych z dziennego szpitala psychiatrycznego ujawnił, że aż 50% z nich może zgłaszać objawy z dolnego odcinka dróg moczowych [20]. Przyniesione wcześniej badanie EpiLUTS pokazało, że występowanie LUTS istotnie koreluje z poziomem lęku i depresji. Ponad jedna trzecia (36%) badanych mężczyzn i ponad połowa badanych kobiet (53,3%) uskarżających się na LUTS spełniała kryteria lęku, ocenianego na podstawie przesiewowego badania za pomocą skali *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) z wynikiem  $\geq 8$ , a 30% badanych mężczyzn i 38% badanych kobiet spełniało kliniczne kryteria depresji (HADS  $\geq 8$ ) [21]. Tak więc dwukierunkowa zależność pomiędzy objawami urologicznymi i zaburzeniami psychicznymi wydaje się bardzo prawdopodobna. Należy oczywiście podkreślić, że

częstość występowania LUTS istotnie różni się w rozmaitych zaburzeniach psychicznych, które także charakteryzują się zróżnicowaną chorobowością i zapadalnością. Niemniej jednak uzyskane wyniki mogą wskazywać na niedoszacowanie LUTS przez lekarzy psychiatrów.

Uzyskane wyniki mogą sugerować niewystarczającą percepcję przez lekarzy psychiatrów objawów z dolnego odcinka dróg moczowych i ich potencjalnego wpływu na dalszą negatywną prognozę pacjentów. Otrzymane wyniki dowodzą, że ponad 80% uczestników badania nie widzi korelacji pomiędzy zaburzeniami oddawania moczu a nasileniem myśli samobójczych. Jednak w podgrupie psychiatrów, którzy „zazwyczaj” lub „często” pytają pacjentów o trudności z oddawaniem moczu, prawie 60% respondentów zauważa występowanie tej zależności. Obserwacje psychiatrów, którzy „zazwyczaj” lub „często” pytają swoich pacjentów o LUTS, są zgodne z rezultatami badań przeprowadzonych przez National Health and Nutrition Examination Survey [22]. Wyniki tych przekrojowych badań, które dotyczyły prawie 3000 mężczyzn, potwierdziły, że mężczyźni z bardziej zaawansowanymi LUTS są bardziej narażeni na depresję oraz myśli samobójcze, a mężczyźni z bardziej nasiloną depresją (ocenioną z użyciem *the Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), wyniki – odpowiednio  $\geq 5$  oraz  $\geq 10$  punktów były warunkiem zdiagnozowania umiarkowanej i ciężkiej depresji) częściej skarżą się na występowanie LUTS. Ponadto badania epidemiologiczne przeprowadzone przez Boston Area Community Health (BACH) pokazały, że występowanie LUTS jest znacząco związane z depresją, a także potwierdziły, że depresja zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia LUTS [23].

Na podstawie uzyskanych przez nas wyników można przyjąć, że polscy psychiatrzy nie są dostatecznie świadomi efektów leczenia psychiatrycznego (psychoterapii i/lub farmakoterapii) na poprawę LUTS. Większość ankietowanych tylko „czasami” zauważała powyższą zależność. Nie jest to jednak zgodne z wynikami badań przeprowadzonych bezpośrednio wśród pacjentów [24]. Dla przykładu podawanie inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i norepinefryny doprowadziło do znaczącego złagodzenia objawów OAB w grupie kobiet w porównaniu z grupą placebo [25]. Co ciekawe, zastosowane leczenie urologiczne może istotnie przyczynić się do poprawy zaburzeń psychicznych. Staskin i wsp. [26] wykazali, że 6-miesięczne leczenie oksybutyniną istotnie ograniczyło (23,9% do 17,9%,  $p = 0,0055$ ) liczbę mężczyzn z punktacją  $> 12$  w skali depresji Becka-II (wynik wskazujący na depresję). Obserwacje z przytoczonych badań znajdują odzwierciedlenie w wynikach naszej ankiety. W podgrupie lekarzy psychiatrów pytających „zazwyczaj” oraz „często” o problemy urologiczne prawie 90% respondentów „często” zauważało poprawę LUTS wraz ze stosowanym leczeniem psychiatrycznym.

W naszym badaniu ankietowani psychiatrzy stwierdzili, że „rzadko” zauważają pogorszenie objawów urologicznych wraz z progresją choroby psychicznej. Jednakże współzależność ta została dobrze i rzetelnie udokumentowana. Duże badanie kohortowe przeprowadzone na 1980 mężczyznach w wieku 65–92 lat pokazało istotny związek pomiędzy umiarkowanymi oraz ciężkimi LUTS a klinicznie istotnymi zaburzeniami depresyjnymi [27]. Co ważne, zaobserwowano związek o typie dawka-odpowiedź pomiędzy nasileniem LUTS a wzrostem ryzyka klinicznie istotnych objawów depre-

syjnych. Kolejne badanie potwierdzające tę zależność zostało przeprowadzone przez Androx Vienna Municipality Study, które wykazało znaczący związek między pogorszeniem LUTS a zaostrzeniem depresji w homogenicznej grupie 673 mężczyzn [28].

W badaniu przeprowadzonym na niewyselekcjonowanej grupie 1375 dorosłych ze Szwecji stwierdzono zależność między zaawansowaną depresją a sześciokrotnie podwyższonym ryzykiem nykturii u mężczyzn oraz trzykrotnie podwyższonym ryzykiem u kobiet, przy uwzględnieniu ich wieku i stanu zdrowia [29]. Nykturia została zaproponowana jako czynnik ryzyka ciężkiej depresji. Podobne wyniki zostały zaprezentowane w badaniu BACH, które zbadało powiązanie nykturii z jakością życia (*Quality of Life – QoL*) oraz z objawami depresyjnymi u 5203 kobiet i mężczyzn [30]. Ryzyko objawów depresyjnych u mężczyzn z nykturią wyniosło 2,79, natomiast u kobiet 1,80. Prospektywne badanie kohortowe Tampere Aging Male Urologic Study przeprowadzone w Finlandii zbadało wpływ objawów depresyjnych na pojawienie się nykturii wśród 1580 mężczyzn w wieku 50–70 lat monitorowanych przez okres pięciu lat [31]. Wyniki pokazały, że badane osoby z objawami depresyjnymi miały 2,8 raza wyższe ryzyko umiarkowanej lub ciężkiej nykturii niż osoby bez tych objawów. Przy czym związek o typie dawka-odpowiedź został również wykazany pomiędzy wyjściowymi zaawansowanymi objawami depresyjnymi oraz pojawieniem się umiarkowanej lub ciężkiej nykturii.

Wielu naukowców widzi także związek między występowaniem depresji a OAB [32, 33]. Związek pomiędzy pojawieniem się i nasileniem objawów OAB a progresją depresji został już wielokrotnie opisany zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [34–39]. Podobna korelacja została zaobserwowana w naszej pracy. W grupie psychiatrów, którzy „zazwyczaj” lub „często” pytają swoich pacjentów o zaburzenia mikcji, ponad 70% ankietowanych oceniło związek między pogarszaniem się objawów urologicznych a progresją choroby psychicznej jako „częsty”.

Większość psychiatrów przyznała, że „mniej niż 10%” pacjentów samodzielnie zgłasza dolegliwości urologiczne. Uzyskane wyniki są współbieżne z innymi badaniami [40]. Badanie przeprowadzone przez Shaw i wsp. [41] ujawniło, że brak wiedzy na temat dokuczliwych objawów urologicznych oraz dostępnego leczenia stanowi jedną z podstawowych barier dla osób szukających pomocy. Badani pacjenci zazwyczaj stwierdzali, że objawy chorób układu moczowego są naturalną częścią procesu starzenia się lub przebytej ciąży, albo uznawali ten rodzaj objawów jako niewystarczający do podjęcia interwencji medycznej. Pacjenci mogą również unikać zgłaszania LUTS ze względu na krępujący charakter dolegliwości. Wolters i wsp. [42] dowiedli, że informacje wyszukiwane na portalach społecznościowych oraz te podawane w mediach wywierają znaczący wpływ na podjęcie decyzji o poszukiwaniu pomocy medycznej przez mężczyzn z LUTS. Wykazano również, że dobra komunikacja z pacjentem odgrywa ważną rolę w obniżaniu lęku oraz spełnianiu oczekiwań, a potencjalnie zawstydzające objawy powiązane z socjalną stygmatyzacją oraz niższą samooceną mogą utrudniać zbieranie wywiadu lekarskiego. Należy dodatkowo podkreślić, że lekarze powinni być świadomi subiektywności w zgłaszaniu zaburzeń z dolnych dróg moczowych, a odczuwanie ich nasilenia zależy od wielu czynników fizycznych oraz społeczno-kulturowych.

Percepcja objawów z dolnego odcinka układu moczowego przez lekarzy psychiatrów nie została dotychczas przeanalizowana. Niemniej jednak podobne badania zostały przeprowadzone wśród lekarzy innych specjalności. Nguyen i wsp. [43] zbadali wiedzę oraz postępowanie lekarzy rodzinnych w północnej Albercie (Kanada) w odniesieniu do pacjentów zgłaszających nietrzymanie moczu. Dodatkowa analiza dotycząca przeszkód w opiece nad pacjentami z zaburzeniami oddawania moczu również dostarczyła cennych informacji. Około 55% ankietowanych stwierdziło, że pyta o nietrzymanie moczu wszystkich lub prawie wszystkich pacjentów, u których podejrzewa występowanie tej dolegliwości. Niemal 30% ankietowanych wskazało, że pyta tylko niektórych pacjentów, natomiast pozostała część lekarzy nie omawia powyższego problemu aż do momentu, w którym pacjenci sami zgłaszają dolegliwości. Większość ankietowanych stwierdziła, że pomimo wysokiej jakości podstawowej opieki zdrowotnej i osobistego zaangażowania w zgłaszane dolegliwości urologiczne omawiane zaburzenia nie stanowią priorytetu dla lekarzy innych specjalności, z którymi współpracują, lub dla jednostek leczniczych, z którymi kooperują. Z kolei 28,5% respondentów wskazało dodatkowo, że zwiększenie świadomości oraz edukowanie lekarzy w zakresie LUTS może istotnie poprawić opiekę nad pacjentami. Co ciekawe, badanie to ujawniło, że lekarze rodzinni często nie łączą występowania LUTS i depresji lub innych chorób psychicznych.

W innym badaniu udało się ustalić, że istotnymi przeszkodami w leczeniu pacjentów z LUTS są czas trwania wizyty oraz dyskomfort związany z diagnostyką i leczeniem [44]. Jednakże jako najistotniejsze ograniczenie ankietowani lekarze wskazali brak przystępnych wytycznych służących do diagnostyki oraz leczenia LUTS. Badacze podsumowali, że odpowiednie edukowanie lekarzy oraz wprowadzenie odpowiednich algorytmów służących jako narzędzia przesiewowe mogą istotnie poprawić rozpoznawalność LUTS.

Z kolei Siu i wsp. [45] zaprojektowali jakościowe badanie epidemiologiczne polegające na przeprowadzeniu wywiadów z 30 lekarzami rodzinnymi prowadzącymi prywatną praktykę zawodową w Hongkongu. Wykazało ono brak wiedzy na temat OAB wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto autorzy przeanalizowali trendy dotyczące przepisywanych leków i dowiedli, że zdecydowana większość ankietowanych zleca chorym leki wyłącznie w celu zaspokojenia żądań pacjentów.

Jak już wiemy, percepcja objawów z dolnego odcinka dróg moczowych przez lekarzy psychiatrów może być istotnie ograniczona. Opublikowane badania wykazały rozbieżności pomiędzy oceną jakości życia dokonywaną przez lekarzy i tą dokonywaną przez pacjentów. Dostępne dane zwracają uwagę na to, że percepcja lekarzy dotycząca wpływu objawów urologicznych na jakość życia pacjentów może być ograniczona nawet w przypadku urologów. Rodríguez i wsp. [46] zbadali związek pomiędzy oceną jakości życia dokonaną przez lekarzy na podstawie danych z wywiadu a oceną dokonywaną samodzielnie przez pacjentów za pomocą skróconej wersji formularza *Urogenital Distress Inventory*. Autorzy wykazali, że subiektywne nastawienie pytającego ma istotny wpływ na nieadekwatną oceną QoL związaną z objawami urologicznymi. Kolejne badania również potwierdziły istnienie różnic pomiędzy oceną jakości życia dokonywaną przez lekarzy a tą dokonywaną przez pacjentów [47]. Według wielu

badaczy różnice w ocenie jakości życia wynikają z odmiennego klasyfikowania „istotnych” klinicznie LUTS.

Cytowane badania podkreślają znaczenie samodzielnej oceny jakości życia dokonywanej przez pacjentów oraz potrzebę edukowania o LUTS lekarzy różnych specjalności. Może się to przyczynić do polepszenia opieki nad pacjentami oraz ich długoterminowego rokowania. Ocena pacjentów pod kątem występowania LUTS powinna być nieodłączną częścią wielokierunkowego procesu diagnostycznego przeprowadzanego wśród pacjentów dotkniętych zaburzeniem psychicznym.

### Wnioski

Przeprowadzone badanie ankietowe wykazało, że percepcja objawów z dolnego odcinka układu moczowego przez lekarzy psychiatrów może być ograniczona. Niezbędne jest zatem edukowanie oraz informowanie lekarzy psychiatrów na temat wpływu objawów urologicznych na stan zdrowia i jakość życia pacjentów. Świadomość lekarzy psychiatrów dotycząca LUTS u pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego oraz odpowiednie postępowanie mogą istotnie poprawić wyniki leczenia pacjentów oraz ich jakość życia.

### Piśmiennictwo

1. Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C i wsp. *EAU guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction*. Eur. Urol. 2015; 67(6): 1099–1109.
2. Martin SA, Haren MT, Marshall VR, Lange K, Wittert GA, Members of the Florey Adelaide Male Ageing Study. *Prevalence and factors associated with uncomplicated storage and voiding lower urinary tract symptoms in community-dwelling Australian men*. World J. Urol. 2011; 29(2): 179–184.
3. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S i wsp. *Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC study*. Eur. Urol. 2006; 50(6): 1306–1314.
4. Gołąbek T, Kiely E, O'Reilly B. *Detrusor overactivity in diabetic and non-diabetic patients: Is there a difference?* Int. Braz. J. Urol. 2012; 38(5): 652–659.
5. Gołąbek T, Skalski M, Przydacz M, Świerkosz A, Siwek M, Gołąbek K i wsp. *Lower urinary tract symptoms, nocturia and overactive bladder in patients with depression and anxiety*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(2): 417–430.
6. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. *Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002; 187(1): 80–87.
7. Hsu WY, Muo CH, Ma SP, Kao CH. *Association between schizophrenia and urinary incontinence: A population-based study*. Psychiatr. Res. 2016; 248: 35–39.
8. Noguchi N, Chan L, Cumming RG, Blyth FM, Handelsman DJ, Seibel MJ i wsp. *Lower Urinary Tract Symptoms and incident falls in community dwelling older men: The Concord Health and Ageing in Men Project*. J. Urology 2016; 196(6): 1694–1699.



9. Rao VN, Gopalakrishnan G, Saxena A, Pathak H, Dalela D, Shah S i wsp. *Nocturia – symptom or a disease?* J. Assoc. Physicians India 2016; 64(11): 56–63.
10. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS i wsp. *The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS.* BJU Int. 2009; 103(Suppl. 3): 4–11.
11. Fourcade RO, Lacoïn F, Rouprêt M, Slama A, Le Fur C, Michel E i wsp. *Outcomes and general health-related quality of life among patients medically treated in general daily practice for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia.* World J. Urol. 2012; 30(3): 419–426.
12. Skalski M, Sobanski J, Gołabek T, Klasa K, Przydacz M, Rutkowski K i wsp. *Associations of selected lower urinary tract symptoms with biographical context in patients of a day hospital for neurotic disorders.* Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1207–1234.
13. Kupelian V, Wei JT, O’Leary MP, Kusek JW, Litman HJ, Link CL i wsp. *Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: The Boston Area Community Health (BACH) Survey.* Arch. Intern. Med. 2006; 166: 2381–2387.
14. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. *The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: Results from the EPIC study.* BJU Int. 2008; 101: 1388–1395.
15. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS i wsp. *The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS.* BJU Int. 2009; 103(Suppl. 3): 4–11.
16. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. *The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: Results from EpiLUTS.* BJU Int. 2011; 108: 1459–1471.
17. Milsom I, Kaplan SA, Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. *Effect of bothersome overactive bladder symptoms on health-related quality of life, anxiety, depression, and treatment seeking in the United States: Results from EpiLUTS.* Urology 2012; 80: 90–96.
18. Welch G, Weinger K, Barry MJ. *Quality-of-life impact of lower urinary tract symptom severity: Results from the Health Professionals Follow-up Study.* Urology 2002; 59: 245–250.
19. Vrijens D, Drossaerts J, Koeveringe van G, Van Kerrebroeck P, Os van J, Leue C. *Affective symptoms and the overactive bladder – a systematic review.* J. Psychosom. Res. 2015; 78(2): 95–108.
20. Sobanski A, Skalski M, Swierkosz A, Gołabek T, Klasa K, Przydacz M i wsp. *Occurrence of selected lower urinary tract symptoms in patients of a day hospital for neurotic disorders.* Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1181–1205.
21. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS i wsp. *The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS.* BJU Int. 2009; 103(Suppl. 3): 4–11.
22. Breyer BN, Kenfield SA, Blaschko SD, Erickson BA. *The association of lower urinary tract symptoms, depression and suicidal ideation: Data from the 2005–2006 and 2007–2008 National Health and Nutrition Examination Survey.* J. Urology 2014; 191(5): 1333–1339.
23. Kupelian V, Wei JT, O’Leary MP, Norgaard JP, Rosen RC, McKinlay JB. *Nocturia and quality of life: Results from the Boston area community health survey.* Eur. Urol. 2012; 61(1): 78–84.
24. Müller N, Schennach R, Riedel M, Möller HJ. *Duloxetine in the treatment of major psychiatric and neuropathic disorders.* Expert Rev. Neurother. 2008; 8(4): 527–536.

25. Steers WD, Herschorn S, Kreder KJ, Moore K, Strohbehn K, Yalcin I i wsp. *Duloxetine compared with placebo for treating women with symptoms of overactive bladder*. BJU Int. 2007; 100(2): 337–345.
26. Staskin DR, Rosenberg MT, Dahl NV, Polishuk PV, Zinner NR. *Effects of oxybutynin transdermal system on health-related quality of life and safety in men with overactive bladder and prostate conditions*. Int. J. Clin. Pract. 2008; 62(1): 27–38.
27. Wong SY, Hong A, Leung J, Kwok T, Leung PC, Woo J. *Lower urinary tract symptoms and depressive symptoms in elderly men*. J. Affect. Disorders 2006; 96(1–2): 83–88.
28. Rom M, Schatzl G, Swietek N, Rücklinger E, Kratzik C. *Lower urinary tract symptoms and depression*. BJU Int. 2012; 110(11 Pt C): E918–E921.
29. Asplund R, Henriksson S, Johansson S, Isacson G. *Nocturia and depression*. BJU Int. 2004; 93(9): 1253–1256.
30. Kupelian V, Wei JT, O’Leary MP, Norgaard JP, Rosen RC, McKinlay JB. *Nocturia and quality of life: Results from the Boston area community health survey*. Eur. Urol. 2012; 61(1): 78–84.
31. Häkkinen JT, Shiri R, Koskimäki J, Tammela TL, Auvinen A, Hakama M. *Depressive symptoms increase the incidence of nocturia: Tampere Aging Male Urologic Study (TAMUS)*. J. Urology 2008; 179(5): 1897–1901.
32. Ikeda Y, Nakagawa H, Ohmori-Matsuda K, Hozawa A, Masamune Y, Nishino Y i wsp. *Risk factors for overactive bladder in the elderly population: A community-based study with face-to-face interview*. Int. J. Urol. 2011; 18(3): 212–218.
33. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. *Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002; 187(1): 80–87.
34. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. *The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: Results from the EPIC study*. BJU Int. 2008; 101(11): 1388–1395.
35. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R i wsp. *Prevalence and burden of overactive bladder in the United States*. World J. Urol. 2003; 20(6): 327–336.
36. Vaart van der CH, Roovers JP, Leeuw de JR, Heintz AP. *Association between urogenital symptoms and depression in community-dwelling women aged 20 to 70 years*. Urology 2007; 69(4): 691–696.
37. Perry S, McGrother CW, Turner K, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. *An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: Development of a psychological model*. Brit. J. Health Psych. 2006; 11(3): 463–482.
38. Pol van de G, Brummen van HJ, Bruinse HW, Heintz AP, Vaart van der CH. *Is there an association between depressive and urinary symptoms during and after pregnancy*. Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2007; 18(12): 1409–1415.
39. Nuotio M, Luukkaala T, Tammela TL, Jylhä M. *Six-year follow-up and predictors of urgency-associated urinary incontinence and bowel symptoms among the oldest old: A population-based study*. Arch. Gerontol. Geriat. 2009; 49(2): e85–e90.
40. Bower WF, Whishaw DM, Khan F. *Nocturia as a marker of poor health: Causal associations to inform care*. Neurourol. Urodynam. 2016, Apr 6.
41. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. *Barriers to help seeking in people with urinary symptoms*. Fam. Pract. 2001; 18: 48–52.
42. Wolters R, Wensing M, Weel van C, Wilt van der GJ, Grol RP. *Lower urinary tract symptoms: Social influence is more important than symptoms in seeking medical care*. BJU Int. 2002; 90: 655–661.

43. Nguyen K, Hunter KF, Wagg A. *Knowledge and understanding of urinary incontinence: Survey of family practitioners in northern Alberta*. Can. Fam. Physician. 2013; 59(7): e330–e337. Erratum in: Can. Fam. Physician. 2013; 59(9): 925.
44. Jirschele K, Ross R, Goldberg R, Botros S. *Physician Attitudes Toward Urinary Incontinence Identification*. Female Pelvic Med. Re. 2015; 21(5): 273–276.
45. Siu JY. *Communicating with mismatch and tension: Treatment provision experiences of primary care doctors treating patients with overactive bladder in Hong Kong*. BMC Fam. Pract. 2015; 16: 160.
46. Rodríguez LV, Blander DS, Dorey F, Raz S, Zimmern P. *Discrepancy in patient and physician perception of patient's quality of life related to urinary symptoms*. Urology 2003; 62(1): 49–53.
47. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Gonzalez J. *Is there a discrepancy between patient and physician quality of life assessment?* Neurourol. Urodynam. 2009; 28(3): 179–182.

Adres: Mikołaj Przydacz  
Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej  
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum  
31-531 Kraków, ul. Grzegorzeczka 18

Otrzymano: 3.04.2017  
Zrecenzowano: 27.04.2017  
Otrzymano po poprawie: 29.04.2017  
Przyjęto do druku: 1.06.2017