



Nasilenie lęku u kobiet w okresie okołoperacyjnym

Anxiety levels in women in the perioperative period

MAGDALENA LEWICKA¹, MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA², MAGDALENA SULIMA¹,
GRZEGORZ BAKALCZUK¹, KATARZYNA KANADYS¹, HENRYK WIKTOR¹

1. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Lublin
2. Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Lublin

STRESZCZENIE

Cel. Określenie poziomu lęku w grupie kobiet leczonych operacyjnie w oddziale ginekologii jest ważnym elementem diagnozy lekarsko-pielęgniarskiej i może umożliwić lepsze zrozumienie potrzeb pacjentek w okresie okołoperacyjnym. Przeprowadzone badania miały na celu określenie nasilenia lęku u kobiet w okresie okołoperacyjnym leczonych w oddziale ginekologii.

Metoda. Badaniami objęto 232 kobiety leczone operacyjnie z różnych powodów ginekologicznych. Do badań zakwalifikowano kobiety, u których wcześniej nie stwierdzono zaburzeń psychicznych. Badania przeprowadzono przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Spielberga.

Wyniki. Poziom lęku-stanu, zarówno przed operacją, jak i po operacji, był istotnie mniejszy ($p < 0,05$) w grupie badanych w wieku do 40 lat, aniżeli w grupie badanych w wieku 41–50 lat i powyżej 50 lat. Poziom lęku-stanu w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych był w okresie okołoperacyjnym istotnie większy ($p < 0,05$) wśród badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym aniżeli wśród badanych z wykształceniem średnim i wyższym.

Wnioski. Wczesne rozpoznanie nasilenia lęku u pacjentek leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych pozwala wyodrębnić kobiety, które wymagają podjęcia działań psychoedukacyjnych. Wdrożenie takiego postępowania może przyczynić się do optymalizacji procesu pielęgnacyjnego, większej satysfakcji pacjentek z przeprowadzonego leczenia i wyższej oceny placówki świadczącej usługi medyczne w okresie okołoperacyjnym.

SUMMARY

Objectives. The assessment of anxiety level in women receiving surgery in the gynecology department is an important component of the medical and nursing diagnoses. It may allow us to better understand the patients' needs in the perioperative period. The aim of the study was to measure the severity of perioperative anxiety in women treated in the gynecology department.

Methods. Participants in the study were 232 women receiving surgery to treat various gynecologic conditions. The sample inclusion criterion was absence of any mental disorders diagnosed earlier. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used.

Results. The state anxiety level was significantly lower ($p < 0.05$) both before and after surgery in the age group under 40 years than in the groups aged 41–50 and over 50 years. The state anxiety level in the perioperative period was significantly higher ($p < 0.05$) in women with either primary or vocational education than among women with secondary or university education.

Conclusions. An early assessment of anxiety level in female patients treated surgically for gynecologic conditions allows to identify those who require psychoeducational interventions. Implementation of such procedures may help to optimize the nursing care process and to increase patient satisfaction with the treatment received, leading to a higher rating of the facility providing medical services in the perioperative period.

Słowa kluczowe: lęk / okres okołoperacyjny / operacje ginekologiczne

Key words: anxiety / perioperative period / gynecological surgery

Choroba, pobyt w szpitalu oraz konieczność interwencji chirurgicznej są czynnikami, które stanowią źródło sytuacji stresowych i wyzwają wiele reakcji emocjonalnych. Nawet pozytywne emocje, takie jak nadzieja czy ulga, mogą być problematyczne, kiedy są intensywne, długotrwałe lub źle ukierunkowane [1].

Lęk jest względnie stałą, indywidualną właściwością człowieka, nieodłącznym komponentem emocji towarzyszącym różnym codziennym sytuacjom życiowym. Poziom lęku może determinować zachowania człowieka, wpływać na wyrażane opinie i podejmowane decyzje. Stanowi objaw większości chorób somatycznych [2, 3, 4].

Większość autorów jest zgodna, co do tego, że lęk należy rozumieć jako specyficzną reakcję psychiczną na bodźce wewnętrzne lub zewnętrzne [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Lęk w znaczeniu ogólnym jest to niejasny, nieprzyjemny stan emocjonalny charakteryzujący się przeżywaniem obaw, stresu i przykrości. Traktowany jest jako emocja będąca skutkiem czegoś, wyuczoną reakcją wynikającą z określonego stanu rzeczy. Lęk rozumiany jest również jako reakcja emocjonalna towarzysząca bezpośredniej świadomości braku sensu, poczucia, że świat, w którym żyjemy, jest niepełny, chaotyczny. Lęk w tym znaczeniu jest czystym, bezpośrednim skutkiem „bycia w świecie” [12].

Lęk jest często przeciwstawiany strachowi ze względu na to, że lęk jest stanem pozbawionym obiektu, natomiast strach jest zawsze strachem przed czymś, przed kimś lub przed jakimś zdarzeniem. Podstawowa różnica pomiędzy tymi pojęciami polega na tym, że strach jest uczuciem racjonalnym, lęk zaś irracjonalnym [9, 13, 14, 15, 16].

W opinii Formańskiego [17] lęk i strach spełniają funkcje przystosowawcze. Przygotowują organizm do obrony w obliczu zagrożenia. Myers [18] uważa, że lęk jest z jednej strony reakcją przystosowawczą, ponieważ przygotowuje organizm do ucieczki przed prawdziwym lub wyimaginowanym niebezpieczeństwem, z drugiej natomiast wywołuje troskę, dzięki której umysł skupia się na problemie i analizuje strategie rozwiązania.

Charles Spielberger dokonał rozróżnienia pomiędzy dwoma postaciami: lękiem-stanem (L-stan) i lękiem-cechą (L-cecha). Pierwsza postać lęku rozumiana jest jako zmienny stan emocjonalny jednostki, charakteryzujący się świadomym i subiektywnym przeżywaniem obawy i napięcia, któremu towarzyszy wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego. Ten rodzaj lęku ma charakter sytuacyjny i jego wielkość zależy od czynników postrzeganych przez jednostkę jako zagrożenie. Druga postać jest cechą osobowości określaną jako nabyta dyspozycja behawioralna, która sprawia, że jednostka jest bardziej podatna na postrzeganie obiektywnie nie zagrażających sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego zagrożenia [19].

Operacje ginekologiczne stanowią duże obciążenie dla zdrowia kobiet. Poinformowanie pacjentki o potrzebie leczenia operacyjnego może przyczynić się do wystąpienia u chorej obniżenia nastroju, zdenerwowania oraz podwyższenia poziomu lęku. Negatywne emocje pojawiają się zwłaszcza przed przyjęciem do szpitala, utrzymują do momentu operacji oraz we wczesnym okresie pooperacyjnym, który obejmuje trzy pierwsze doby po zabiegu. Dlatego kobiety w okresie okołoperacyjnym poza typowo

fachową opieką medyczną wymagają również stosownej opieki psychoprofilaktycznej [20, 21, 22, 23, 24, 25].

CEL

Celem badania było określenie poziomu lęku jako cechy i jako stanu, u kobiet w okresie okołoperacyjnym leczonych w oddziale ginekologii, w zależności od wieku i wykształcenia, oraz określenie wzajemnych zależności tych zmiennych.

BADANE OSOBY

Badaniami objęto 232 kobiety leczone operacyjnie z różnych powodów ginekologicznych w II i III Katedrze i Klinice Ginekologii SPSK Nr 4 w Lublinie oraz Oddziale Ginekologii i Położnictwa z Izłą Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Lublinie. Do badań zakwalifikowano kobiety, u których wcześniej nie stwierdzono zaburzeń psychicznych. Badania przeprowadzono w dwóch etapach: w dniu poprzedzającym operację oraz w trzeciej dobie po operacji. W tych dniach badane wypełniały identyczną ankietę. Wszystkie badane kobiety wyraziły dobrowolną zgodę na wypełnianie ankiet po poinformowaniu o wykorzystaniu wyników badań tylko do celów naukowych oraz zapewnieniu o anonimowości. Kwestionariusze wręczono 255 pacjentkom i uzyskano prawidłowo wypełnione kwestionariusze od 232 objętych badaniami pacjentek. Wskaźnik efektywności uzyskiwania danych wyniósł 90,98%. Pozostałe błędne lub niekompletnie wypełnione kwestionariusze nie zostały włączone do badań.

Wiek badanych wahał się w granicach od 21 do 76 lat. Wśród kobiet biorących udział w badaniu było 71 (31,90%) pacjentek w wieku 41–50 lat, 57 kobiet (24,57%) w wieku 51–60 lat oraz 53 (22,84%) badane w wieku 31–40 lat. W wieku do 30 lat było 25 (10,78%) pacjentek, zaś powyżej 60 roku życia były 23 (9,91%) badane. Wśród objętych badaniami kobiet było 55 (23,7%) z wykształceniem podstawowym i zawodowym, 115 (49,6%) ze średnim, zaś 62 (26,7%) z wykształceniem wyższym.

METODA

Badania przeprowadzono przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (*State-Trait Anxiety Inventory* STAI) – C.D. Spielberga, który służy

do oceny lęku jako cechy i jako stanu (adaptacja polska). Kwestionariusz Samooceny (w oryginale *Self-Evaluation Questionnaire*) składa się z dwóch skal: skala X-1 służy do badania lęku-stanu, zaś skala X-2 do badania lęku-cechy. Każda z nich składa się z 20 stwierdzeń. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do nich poprzez wskazanie tej cyfry na skali od 1 do 4, która najlepiej opisuje jego subiektywne odczucia. Wyniki oblicza się za pomocą odpowiedniego klucza. Badanie testem STAI daje dwa oddzielne wyniki, jeden dla X-1 a drugi dla X-2. Skala, która służy do pomiaru lęku jako stanu, stosowana może być kilka razy u jednej osoby w krótkich odstępach czasu. Wyniki surowe w każdej ze skal mogą ulegać wahaniom od 20 punktów (niski lęk) do 80 (wysoki lęk). Wyniki surowe przeliczane są na steny. W skali stenowej wynik od 1 do 4 oznacza niskie nasilenie lęku, od 5 do 6 nasilenie średnie, od 7 do 10 wysokie nasilenie lęku. W celu określenia poziomu nasilenia lęku w badaniach własnych przeliczono wyniki surowe, jakie uzyskały pacjentki w kwestionariuszu STAI na normy stenowe. Do przeliczeń użyto norm dla ogólnej próby dorosłych kobiet pochodzące z roku 2000 (Wrześniewski i wsp., 2002). Narzędzie to spełnia wszystkie wymagania stawiane przez współczesną psychometrię i jest powszechnie stosowane do oceny stanu psychicznego u chorych somatycznie oczekujących na operację.

Analiza statystyczna

Wykorzystano pakiet statystyczny SPSS/PC. Do analizy statystycznej zastosowano następujące testy: test χ^2 do badania niezależności $m \geq 2$ cech jakościowych wyrażonych na właściwych im skalach nominalnych, test t-Studenta do określania prawdopodobieństwa istotności różnic pomiędzy dwoma wartościami średnimi wyrażonymi w skalach przedziałowych, analizę współczynnika korelacji liniowej Pearsona do określenia poziomu zależności liniowej. Przyjęto 5-procentowe ryzyko błędu wnioskowania, $p < 0,05$ uznano za poziom istotny statystycznie.

WYNIKI

Analizę ogólną wyników badania poziomu lęku jako cechy (STAI X-2) i jako stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym przedstawiono w tab. 1. Badania przeprowadzone przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI X-1) wykazały średnią wartość lęku-cechy u badanych pacjentek na poziomie 7,11 punktów w skali stenowej, co wskazuje na wysoki poziom lęku-cechy. Natomiast wartość średnia lęku-stanu przed operacją wyniosła 6,13 punktów (w skali stenowej) i była nieistotnie większa aniżeli po operacji (6,09). Wartości średnich nasile-

nia lęku jako stanu sytuują badaną grupę w granicach poziomu średniego nasilenia lęku w okresie okołoperacyjnym.

Tabela 1. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) – wyniki ogólne.
Table 1. State-Trait Anxiety Inventory STAI – general results.

Lęk wg STAI	Parametry rozkładu					Istotność różnic	
	N	zakres	mediana	średnia	SD	t	p
Lęk-cecha	232	1–10	8,00	7,11	1,91	-	-
Lęk-stan przed operacją	232	1–10	7,00	6,13	1,71	0,313	ns
	232	1–10	7,00	6,09	1,65		

SD odchylenie standardowe

W tab. 2. przedstawiono wyniki analizy poziomu lęku-cechy (STAI X-2) w zależności od wieku badanych pacjentek. Wartość średnia poziomu lęku jako cechy w grupie badanych w wieku do 40 lat wynosiła 6,88, w wieku 41–50 lat – 7,27, natomiast w wieku powyżej 50 lat – 7,19. Różnice te nie osiągnęły istotności statystycznej.

Tabela 2. Współzależność pomiędzy lękiem-cechą (STAI X-2) a wiekiem pacjentek.

Table 2. Correlation between trait-anxiety (STAI X-2) and the age of women patients.

Wiek	Parametry rozkładu					Istotność różnic	
	N	zakres	mediana	średnia	SD	t	p
Do 40 lat (I)	78	3–10	7,00	6,88	1,67	I-II 1,790	ns
41–50 lat (II)	74	1–10	8,00	7,27	2,08	I-III 1,474	ns
Powyżej 50 lat (III)	80	1–10	8,00	7,19	1,97	II-III 0,359	ns

SD odchylenie standardowe

Wyniki analizy poziomu lęku-stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym w zależności od wieku badanych pacjentek przedstawiono w tab. 3. Wartość średnia poziomu lęku-stanu przed operacją w grupie badanych w wieku do 40 lat wynosiła 5,77 i była istotnie mniejsza ($p < 0,02$) od wynoszącej 6,31 w grupie badanych w wieku 41–50 lat, oraz istotnie mniejsza ($p < 0,02$) od wynoszącej 6,31 w grupie badanych w wieku powyżej 50 lat. Badania wykazały, że w okresie przedoperacyjnym poziom lęku-stanu był niższy u pacjentek w wieku do 40 lat aniżeli u badanych w wieku 41–50 lat i powyżej 50 lat. Z kolei średni wskaźnik poziomu lęku jako stanu po operacji w grupie badanych w wieku do 40 lat wyniósł 5,83 i był istotnie mniejszy ($p < 0,05$) od wynoszącego 6,22 w grupie badanych w wieku 41–50 lat, oraz istotnie mniejszy ($p < 0,05$) od wynoszącego 6,24 w grupie badanych powyżej 50 lat.

Tabela 3. Współzależność pomiędzy nasileniem lęku-stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym a wiekiem pacjentek.

Table 3. Correlation between intensity of state-anxiety (STAI X-1) during pre-operative and post-operative periods and the age of women patients.

Wiek	Parametry rozkładu					Istotność różnic		
	N	zakres	mediana	średnia	SD		t	p
Przed operacją								
Do 40 lat (I)	78	1-9	6,00	6,00	5,77			
41-50 lat (II)	74	2-10	7,00	7,00	6,31	I-II	2,822	<0,02
Powyżej 50 lat (III)	80	1-10	6,50	6,50	6,31	I-III	2,750	<0,02
						II-III	0,009	ns
Po operacji								
Do 40 lat (I)	78	1-9	6,00	6,00	5,83			
41-50 lat (II)	74	1-10	7,00	7,00	6,22	I-II	1,932	<0,05
Powyżej 50 lat (III)	80	1-9	7,00	7,00	6,24	I-III	2,322	<0,05
						II-III	0,111	ns

SD odchylenie standardowe

Analizę poziomu lęku-cechy (STAI X-2) zależnie od wykształcenia badanych przedstawiono w tab. 4. Wartość średnia poziomu lęku jako cechy w grupie badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wynosiła 7,49 i była istotnie większa ($p < 0,05$) od wynoszącej 6,92 w grupie badanych z wykształceniem średnim. Z kolei wartość średnia w grupie pacjentek z wykształceniem wyższym wynosiła – 7,13 i nie różniła się istotnie w porównaniu do badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, oraz średnim.

Tabela 4. Współzależność pomiędzy lękiem-cechą (STAI X-2) a wykształceniem pacjentek.

Table 4. Correlation between trait-anxiety (STAI X-2) and the education of women patients.

Wykształcenie	Parametry rozkładu					Istotność różnic		
	N	zakres	mediana	średnia	SD		t	p
Podstawowe (I)	55	2-10	8,00	7,49	1,68			
Średnie (II)	115	1-10	7,00	6,92	2,05	I-II	2,535	<0,05
Wyższe (III)	62	4-10	7,50	7,13	1,81	I-III	1,582	ns
						II-III	0,946	ns

SD odchylenie standardowe

W tab. 5. przedstawiono wyniki analizy poziomu lęku-stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym w zależności od wykształcenia badanych pacjentek. Wartość średnia poziomu lęku-stanu przed operacją w grupie badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wynosiła 6,56 i była istotnie większa ($p < 0,05$) od wynoszącej 6,18 w grupie badanych z wykształceniem średnim oraz wysoce istotnie większa ($p < 0,001$) od wynoszącej 5,65 w grupie badanych z wykształceniem wyższym. Średnia wartość w grupie badanych z wykształceniem średnim

wynosiła 6,18 i była istotnie większa ($p < 0,02$) od wynoszącej 5,65 w grupie badanych z wykształceniem wyższym. Natomiast średni wskaźnik poziomu lęku jako stanu po operacji w grupie badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wynosił 6,60 i był istotnie większy ($p < 0,02$) od wynoszącego 5,96 w grupie badanych z wykształceniem średnim oraz istotnie większy ($p < 0,01$) od wynoszącego 5,90 w grupie badanych z wykształceniem wyższym.

Tabela 5. Współzależność pomiędzy nasileniem lęku-stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym a wykształceniem badanych pacjentek.

Table 5. Correlation between intensity of state-anxiety (STAI X-1) during pre-operative and post-operative periods and the education of women patients

Wykształcenie	Parametry rozkładu					Istotność różnic		
	N	zakres	mediana	średnia	SD		t	p
Przed operacją								
Podstawowe (I)	55	2-9	7,00	6,60	1,36			
Średnie (II)	115	1-10	6,00	6,18	1,79	I-II	1,931	<0,05
Wyższe (III)	62	2-9	5,50	5,65	1,62	I-III	4,480	<0,001
						II-III	2,784	<0,02
Po operacji								
Podstawowe (I)	55	2-9	7,00	6,60	1,36			
Średnie (II)	115	1-9	7,00	5,96	1,77	I-II	3,362	<0,02
Wyższe (III)	62	1-10	6,00	5,90	1,60	I-III	3,575	<0,01
						II-III	0,279	ns

SD odchylenie standardowe

DYSKUSJA

W opinii Sosnowskiego i Wrześniewskiego [26] osoby o wysokim nasileniu lęku-cechy w porównaniu z osobami o niższym nasileniu nie muszą w sposób chroniczny przejawiać wyższego poziomu lęku, a tylko reagują nim w sytuacjach o odpowiednim nasileniu czynników zagrażających. Uzyskane wartości średnie lęku-cechy w badaniach własnych przeprowadzonych przy użyciu STAI wykazały, że kobiety leczone operacyjnie w oddziale ginekologii posiadały podwyższony poziom lęku jako cechy (L-cecha 7,11).

Z kolei Badura-Brzoza i wsp. [27] zaobserwowali, że podwyższone wartości w skali lęku jako stanu w grupie pacjentów leczonych chirurgicznie mogą wiązać się z nową sytuacją, w której pacjenci znaleźli się, z koniecznością zmagania się pacjentów z nową rzeczywistością oraz ze zmianą obrazu własnego ciała.

W opinii Ziębickiej i Gajdosza [28] występowanie lęku u pacjentów w okresie okołoperacyjnym nie musi oznaczać niskiego poziomu ich wiedzy odnośnie stanu zdrowia, ale może być wyrazem negatywnego postrzegania i przetwarzania uzyskiwanych informacji. Sjoling i wsp. [29] przeprowadzili badania oceny wpływu informacji uzyskiwanych przez pacjentów

przed operacją. W badaniach tych autorów zarówno pacjenci z grupy badanej ($n=30$), jak również z grupy kontrolnej ($n=30$) otrzymali rutynową informację ustną i pisemną, która dotyczyła m.in. postępowania przedoperacyjnego, badań diagnostycznych oraz osób, z którymi spotkają się podczas pobytu w szpitalu. Grupa badana poza rutynową informacją otrzymała informacje dodatkowe również w formie ustnej i pisemnej. Dodatkowe informacje określały rolę pacjenta w zapobieganiu dolegliwościom bólowym w okresie pooperacyjnym oraz w powrocie do pełnej sprawności w okresie pooperacyjnym. Na podstawie uzyskanych wyników badań autorzy stwierdzili, że poziom przedoperacyjnego lęku był niższy w grupie osób leczonych operacyjnie, które otrzymały wyczerpującą informację odnośnie leczenia, aniżeli w grupie badanych, którzy otrzymali tylko rutynową informację. Również późniejsze badania przeprowadzone przez Hawighorst i wsp. [30] wykazały, że kobiety, u których stwierdzono wysoki poziom lęku, nie uzyskały wyczerpującej informacji. Brak wyczerpującej informacji w tej grupie badanych kobiet korelował z niezadowolaniem z relacji lekarz – pacjent ($p=0,001$). Autorzy ci zwracają uwagę na potrzebę przekazywania pacjentkom wyczerpujących informacji odnośnie proponowanego leczenia celem zmniejszenia lęku i poprawy interakcji lekarz – pacjent w okresie okołoperacyjnym. Podobne spostrzeżenia poczynili Cheung i wsp. [31] oraz Ghulam i wsp. [32]. W opinii tych autorów właściwe działania psychoedukacyjne w okresie przedoperacyjnym wpływają na zmniejszenie poziomu lęku w okresie pooperacyjnym. Uzyskane w badaniach własnych podobne wartości średnie poziomu lęku-stanu w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym ($p>0,05$) mogą świadczyć o właściwym psychoprophylaktycznym przygotowaniu do leczenia operacyjnego pacjentek objętych badaniami własnymi. Pozostaje to w zgodności ze spostrzeżeniami poczynionymi przez Postawskiego i wsp. [33]. Autorzy Ci zwracają uwagę na konieczność udzielenia pacjentkom w okresie okołoperacyjnym informacji odnośnie planu postępowania terapeutycznego, obejmującego wybór rodzaju operacji i drogi znieczulenia, ocenę ryzyka operacyjnego, a także przedstawienie możliwych powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych.

Poziom nasilenia lęku u chorych leczonych operacyjnie zależy między innymi od osobowości pacjenta, jego wieku, wykształcenia a także zakresu operacji i prognozowanego rokowania medycznego [34]. W badaniach własnych stwierdzono, że pacjentki leczone operacyjnie w wieku do 40 lat posiadały istotnie niższy ($p<0,05$) średni poziom nasilenia lęku-stanu w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym aniżeli kobiety leczone operacyjnie w wieku 41–50 lat i powyżej 50 lat. Z kolei lęk-cecha w grupie badanych w wieku do 40 lat osiągnęła mniejszą wartość średnią w skali stenowej

(6,88 punktów), aniżeli w grupie badanych w wieku 41–50 lat (7,27) i powyżej 50 lat (7,19). Jednakże różnice te nie osiągnęły istotności statystycznej ($p>0,05$). Natomiast Bączyk i wsp. [35] w przeprowadzonych badaniach w okresie przedoperacyjnym nie stwierdziły istotnej statystycznie zależności ($p=0,769$) pomiędzy wiekiem a poziomem lęku jako stanu oraz nie stwierdziły istotnie statystycznej zależności pomiędzy wiekiem a lękiem-cechą ($p=0,276$). Zaś Łoza i wsp. [3] zwracają uwagę na fakt, że pacjenci w młodszym wieku (tj. w wieku poniżej 38,6 lat) charakteryzują się niższym poziomem lęku od pacjentów w starszym wieku. W opinii tych autorów powinno to stanowić istotną wskazówkę dla personelu medycznego w sprawowaniu nadzoru nad pacjentami. Podobnie w badaniach Bojar i wsp. [4] zaobserwowano istotnie niższe nasilenie lęku w grupie pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w porównaniu z pacjentkami starszymi.

Zaobserwowana w badaniach własnych tendencja do słabszego reagowania lękiem młodszych pacjentek może wynikać z lepszej zdolności przystosowawczej tych pacjentek do nowej sytuacji, jaką jest wystąpienie choroby i potrzeba leczenia operacyjnego. Można to tłumaczyć tym, że pacjentki w wieku do 40 lat zwykle pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim i mają większy dostęp do zasobów wsparcia społecznego. Z kolei Bączyk i wsp. [35] wskazują, że mimo tego, iż lęk jest odczuwany jako przykry stan pobudzenia emocjonalnego, to może mieć również znaczenie pozytywne. Można przypuszczać, że stwierdzony w badaniach własnych wyższy poziom lęku w grupie pacjentek w starszym wieku może wypełniać funkcję motywacyjną. Wyższy poziom lęku w grupie pacjentek w starszym wieku może przyczyniać się do zwiększenia ich aktywności i motywować do podjęcia decyzji o rozpoczęciu stosownego leczenia i jego dalszej kontynuacji.

W przeprowadzonych badaniach własnych zaobserwowano również, że poziom wykształcenia pacjentek był związany z nasileniem lęku w okresie okołoperacyjnym. W grupie pacjentek z wykształceniem podstawowym lub zawodowym stwierdzono wysoce istotnie większe ($p<0,001$) nasilenie lęku-stanu w okresie przedoperacyjnym (6,56) od stwierdzonego w grupie badanych z wykształceniem wyższym (5,65). Wyniki badań własnych pozostają w zgodności z wynikami badań Cosentino i wsp. [36], które wykazały, że poziom lęku-stanu w okresie okołoperacyjnym w grupie 32 badanych pacjentek leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych był istotnie ($p<0,05$) zależny od poziomu wykształcenia. W badaniach tych autorów wyższy poziom lęku korelował z niższym poziomem wykształcenia pacjentki.

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że określenie stopnia nasilenia lęku w grupie chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu w oddziale

ginekologii powinno być uznane za ważny element diagnozy lekarsko-pielęgniarskiej, który umożliwia identyfikację pacjentek wymagających szczególnej uwagi we wszelkich działaniach psychoprofilaktycznych w okresie okołoperacyjnym. Wdrożenie takiego postępowania do standardu opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym powinno prowadzić do wypełnienia większej ilości potrzeb i oczekiwań pacjentek i może być istotne w optymalizacji postępowania medycznego w okresie okołoperacyjnym.

WNIOSKI

1. Określenie poziomu lęku w grupie kobiet leczonych operacyjnie w oddziale ginekologii jest ważnym elementem diagnozy lekarsko-pielęgniarskiej i może umożliwić lepsze zrozumienie potrzeb pacjentek w okresie okołoperacyjnym.
2. W badanej grupie pacjentek nasilenie lęku-stanu było istotnie większe w okresie przed- i pooperacyjnym u kobiet w wieku do 40 lat aniżeli w wieku powyżej 40 lat, natomiast nie wykazano związku pomiędzy lękiem-cechą a wiekiem badanych w okresie okołoperacyjnym. Z kolei nasilenie lęku-stanu i lęku-cechy było istotnie większe u kobiet z wykształceniem podstawowym lub zawodowym aniżeli średnim i wyższym.
3. Wczesne rozpoznanie nasilenia lęku u pacjentek leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych pozwala wyodrębnić kobiety, które wymagają podjęcia działań psychoedukacyjnych. Wdrożenie takiego postępowania może przyczynić się do istotnej optymalizacji procesu pielęgnacyjnego, większej satysfakcji pacjentek z przeprowadzonego leczenia i wyższej oceny jednostki świadczącej usługi medyczne w okresie okołoperacyjnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Salmon P. Psychologia w medycynie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
2. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI. Polska adaptacja STAI. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2002.
3. Łoza B, Opielak G, Szkodziak P, Bronikowska A, Bartyzel M. Lęk jako objaw łączący psychiatrię z innymi dziedzinami medycyny somatycznej – poziom lęku u pacjentów wybranych oddziałów somatycznych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2004; 4(4): 193–196.
4. Bojar I, Humeniuk E, Wdowiak L, Chrzanoska D. An influence of an anxiety level on health state self-evaluation among patients of Obstetric-Gynecological outpatient Clinics in Lublin. *Pol J Environ Stud*. 2006; 15(2b): 86–88.
5. Ayd FJ. *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences*. London: Williams&Wilkins; 1995.
6. Tłokiński W. Lęk. *Zjawisko umotywowane*. Warszawa: Uniwersytet Gdański; 1995.
7. Wittchen HU, Bullinger-Naber M, Hand I, Kasper S. *Wszystko co chcielibyście wiedzieć o lęku (i o co boicie się zapytać)*. Warszawa: Springer PWN; 1995.
8. Dubovsky SL. *Zaburzenia lękowe*. W: Scully JH. red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 1998.
9. Zimbardo PG. *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN; 2001.
10. Opielak G, Łoza B, Szkodziak P, Varghese S. Poziom lęku wśród pacjentek zgłaszających się do somatycznej Izby Przyjęć w określonych godzinach – analiza badania dobowego. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2004; 4(4): 189–191.
11. Bassam A. *W świetle psychologii lęku*. Bydgoszcz: Czytelnia Psychologiczna; 2004.
12. Reber AS, Reber ES. *Słownik Psychologii*. Warszawa: Scholar; 2008.
13. Rybakiewicz J. *Człowiek i psychologia*. Bielsko-Biała: PPU „Park”; 2004.
14. Pankiewicz P, Traczyńska A, Bielecka Ż. Lęk i miłość. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska [Med]*. 2005; 60(suplement 16): 197–200.
15. Wciórka J. *Psychopatologia*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002. s. 321–435.
16. Wciórka J. *Psychopatologia ogólna – objawy i zespoły zaburzeń psychicznych*. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL; 2006. s.56–96.
17. Formański J. *Sens życia a zdrowie*. *Mag Pielęg Położ*. 2008; 4: 8–9.
18. Myers D. *Psychologia*. Poznań: Zysk i S-ka; 2003.
19. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI. Polska adaptacja STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2002.
20. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res*. 2000; 49(6): 417–422.
21. Lindberg CE, Nolan LB. Women’s decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001; 30(6): 607–616.
22. Hawighorst S, Schoenefuss G, Fusshoeller C, Franz C, Seufert R, Kelleher DK, Vaupel P, Knapstein PG, Koelbl H. The physician – patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study. *Gynecol Oncol*. 2004; 94(1): 93–97.
23. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy. Literature review. *J Psychosom Res*. 2005; 59: 117–129.
24. Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients’ satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(3): 307–312.
25. Putowski L. Pacjentka jako partner w postępowaniu lekarskim. W: Spaczyński M. red. *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Poznań: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne; 2006.
26. Sosnowski T, Wrześniewski K. *Metody i techniki badań*. *Prz Psychol*. 1983; 2: 393–412.
27. Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz B, Piegza B. Ocena wpływu czynników socjodemograficznych na objawy lęku i depresji Babińska pacjentów po amputacji kończyny. *Psychiatr Pol*. 2006; 2: 335–345.
28. Ziębicka J, Gajdosz R. Preoperative anxiety. A review. *Anaesth Intensive Ther*. 2006; 38: 37–40.
29. Sjoling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns*. 2003; 51(2): 169–176.
30. Hawighorst S, Schoenefuss G, Fusshoeller C, Franz C, Seufert R, Kelleher DK, Vaupel P, Knapstein PG, Koelbl H. The physician–patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study. *Gynecol Oncol*. 2004; 94(1): 93–97.
31. Cheung LH, Callaghan P, Chang AM. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(2): 207–216.

32. Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81(3): 307–312.
33. Postawski K, Rechberger T, Gałęcka-Josse M, Tomaszewski J. Przygotowanie pacjentek do operacji uroginekologicznych. *Prz Menopauz.* 2008; 1: 13–17.
34. Kapala W. *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarskiej oddziałów chirurgii ogólnej.* Lublin: Czelej; 2006.
35. Bączyk G, Poniedziałek M, Skokowska B. Poziom lęku przedoperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Pielęg Pol.* 2005; 1(19): 42–45.
36. Cosentino M, Vidotto G, Ponchia R, Trovo S, Magistris M. Anxiety and acceptance of gynecological laparoscopic operations. *Minerva Ginecol.* 2002; 54(2): 171–177.

Nadesłano/Submitted: 22.05.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 25.06.2012. Przyjęto/Accepted: 10.07.2012.

Adres/Address: dr n. med. Magdalena Lewicka, Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego UM, ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin, tel. (81) 718 75 11, e-mail: m.lewicka@umlub.pl