

Lęk przed operacją ginekologiczną a przebieg okresu pooperacyjnego

Urszula Sioma-Markowska¹ (ADEF), Sylwia Kubaszewska¹ (BDEF),
Agnieszka Nowak-Brzezińska² (C), Mariola Machura¹(B), Violetta Skrzypulec-Plinta³ (E)

¹ School of Health Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Woman's Health Division,
Department of Nursing in Gynecology and Obstetrics, Katowice, Poland

² Institute of Computer Science, Department of Information Systems,

Faculty of Computer Science and Materials Science, University of Silesia, Sosnowiec, Poland

³ School of Health Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Woman's Health Division,
Katowice, Poland

WKŁAD AUTORÓW: (A) Projekt badania · (B) Zbieranie Danych · (C) Analiza Statystyczna · (D) Interpretacja Danych · (E) Przygotowanie Rękopisu · (F) Gromadzenie Piśmiennictwa · (G) Gromadzenie Funduszy

STRESZCZENIE

Wstęp. Operacje ginekologiczne stanowią duże obciążenie dla psychofizycznego zdrowia kobiety. Niezależnie od wieku i wykształcenia obserwuje się w okresie przedoperacyjnym lęk i niepokój. Duże nasilenie lęku może przyczynić się do komplikacji w przebiegu zarówno operacji, jak również okresu pooperacyjnego. Celem pracy była ocena stopnia nasilenia lęku przedoperacyjnego i analiza wpływu lęku na występowanie powikłań w okresie pooperacyjnym.

Materiał i metody. Badaniem prospektywnym objęto 184. kobiety w wieku pomiędzy 18. a 80 r.ż. leczonych operacyjnie z powodów schorzeń ginekologicznych, w okresie od grudnia 2015 roku do marca 2016 roku. Badania prowadzono w oparciu o Amsterdamską Skalę Lęku Przedoperacyjnego i Zapotrzebowania na Informacje (APAIS) oraz analizę dokumentacji medycznej pacjenta. Opracowanie statystyczne danych wykonano w Zakładzie Systemów Informatycznych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Wyniki. Wysoki poziom lęku przedoperacyjnego stwierdzono u 38.04% kobiet ze średnią wartością poziomu lęku wynoszącą 13.26 ± 1.74 . Wyższy poziom lęku stwierdzono w grupie kobiet powyżej 60. roku życia (10.86 ± 2.68). 93.47% kobiet prezentowało średni i wysoki stopień zapotrzebowania na informacje dotyczące znieczulenia i przebiegu operacji. Wyższy poziom lęku koreluje dodatnio z wyższym zapotrzebowaniem na informacje ($r = .4104$). Średnie wartości poziomu lęku i zapotrzebowania na informacje były wyższe u kobiet poddawanych zabiegom małym i średnim, zmiennie niższe u kobiet poddawanych zabiegom dużym ($p = 0,005$). Wczesne powikłania po operacji wystąpiły u 3.26%, późne (>3 doby) u 4.35% pacjentek z wysokim stopniem lęku przedoperacyjnego ($13.0 \pm 2,37$ vs. 11.25 ± 3.8 skala APAIS).

Wnioski. Kobiety z wysokim poziomem lęku ocenionym skalą APAIS istotnie częściej doświadczały powikłanego przebiegu wczesnego okresu pooperacyjnego.

Słowa kluczowe: operacja ginekologiczna, lęk, ocena, powikłania okresu pooperacyjnego

[Praca realizowana w ramach badań statutowych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (KNW-1-095/N/5/0)]

Adres do korespondencji: dr n. med. Urszula Sioma-Markowska
Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie, Katedra
Zdrowia Kobiety Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice
tel.: +48322088720; email: urszulamarkowska@wp.pl

Liczba słów: 2271 **Tabele:** 8 **Ryciny:** 2 **Piśmiennictwo:** 25

Received: 03.07.2017

Accepted: 01.08.2017

Published: 29.09.2017

WSTĘP

Ginekologia operacyjna wykorzystuje zarówno metody chirurgii klasycznej, jak i endoskopowej do leczenia wielu schorzeń narządów płciowych kobiety. Każda operacja niezależnie od kategorii powoduje uraz tkanek w wyniku postępowania zabiegowego i jest źródłem zaburzeń dobrostanu somatycznego i psychoemocjonalnego chorej. Zabieg operacyjny jest stresorodnym doświadczeniem wywołującym stan zagrożenia i lęku. Jak dotąd nie podano wszechstronnej i wyczerpującej teorii lęku. Poziom lęku przedoperacyjnego ma bezpośredni związek z rozmiarem interwencji chirurgicznej, który zależny jest od jednostki chorobowej, zaawansowania choroby, lokalizacji zmiany czy też warunków dostępu do operowanego narządu. Odpowiedź organizmu na uraz operacyjny może być przyczyną okołoperacyjnych zaburzeń metabolicznych i neuroendokrynnych. Wykazano, że lęk jest silniejszym bodźcem niż ból wzmagającym aktywność współczulną, co może powodować wzrost ciśnienia tętniczego krwi czy zwiększone zapotrzebowanie na tlen [1,2]. Zdaniem Cashmann przedoperacyjny lęk sytuacyjny może powodować większą liczbę powikłań w okresie pooperacyjnym [3]. W literaturze przedmiotu wielu innych autorów potwierdziło wpływ nasilonego lęku na proces znieczulenia i przebieg wczesnego oraz późnego okresu pooperacyjnego [4-11].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena stopnia nasilenia lęku sytuacyjnego przed operacją ginekologiczną w zależności od rodzaju i rozległości zabiegu oraz analiza wpływu lęku na występowanie wczesnych i późnych powikłań w okresie pooperacyjnym.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem prospektywnym objęto populację 184. pacjentek hospitalizowanych w dwóch Oddziałach Klinicznych Ginekologii Onkologicznej, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od grudnia 2015 roku do marca 2016r. Do badań kwalifikowano kobiety objęte leczeniem operacyjnym (wszystkie kategorie zabiegów operacyjnych w ginekologii) w wieku pomiędzy 18. a 80. rokiem życia, po wcześniejszym uzyskaniu zgody na udział w badaniu i poprawnym wypełnieniu skali lęku przedoperacyjnego. Z badania wyłączono pacjentki, które nie wyraziły zgody na udział w badaniach, nie były zdolne do udzielenia odpowiedzi na pytania zadane pisemnie lub ustnie oraz chore z zaburzeniami psychicznymi.

Badania prowadzono w oparciu o Amsterdamską Skalę Lęku Przedoperacyjnego i Zapotrzebowania na Informacje (*Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale – APAIS*) oraz analizę dokumentacji medycznej pacjenta. W okresie pooperacyjnym do oceny intensywności bólu wykorzystano subiektywną, punktową, wizualną skalę analogową VAS (*Visual Analog Scale*), która umożliwia sprecyzowanie poziomu bólu w skali od 0-10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 maksymalny możliwy do wyobrażenia ból. Dane gromadzono w arkuszach kalkulacyjnych programu *Microsoft Excel*.

Amsterdamska Skala Lęku Przedoperacyjnego i Zapotrzebowania na Informacje umożliwiła ocenę poziomu lęku, oraz oszacowanie zapotrzebowania pacjenta na informacje związane z operacją. Skala składa się z sześciu pytań, z których trzy dotyczą znieczulenia i trzy zabiegu operacyjnego. Cztery pytania dotyczą lęku przed operacją, a dwa zapotrzebowania na informacje o zabiegu operacyjnym. Wyniki w przedziale 2-4 punktów świadczą o niewielkim zapotrzebowaniu na informacje dotyczące operacji, 5-7 średnim, natomiast 8-10 wysokim. Ocena lęku w skali APAIS może wahać się pomiędzy 4. (niski poziom lęku) a 20. punktami (bardzo wysoki poziom lęku). Jedenaście punktów przyjęto, jako punkt odcięcia pacjentów z wysokim lękiem przed operacją. Do analizy statystycznej odpowiedzi uzyskane w skali APAIS zostały zgrupowane w 2 podzbiory: A – zawierał odpowiedzi na pytania nr 1,2,4,5 i oceniał poziom lęku chorej przed operacją. Podzbiór B – zawierał odpowiedzi na pytania nr 3 i 6 i dotyczył oceny stopnia zapotrzebowania chorej na informację dotyczącą operacji i znieczulenia.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Opracowanie statystyczne danych wykonano w Zakładzie Systemów Informatycznych: Uniwersytet Śląski, Instytut Informatyki, WIiNOM. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej

Tab. 1. Charakterystyka kliniczna badanej grupy z uwzględnieniem oceny lęku wg skali APAIS

		N	%	Ocena lęku/APAIS Średnia ± SD	p
Rozpoznanie kliniczne	Zmiany łagodne jajników	40	21.75	6.45 ± 1.38	0.027872
	Podjęzienie lub stwierdzenie nowotworu złośliwego jajników	78	42.39	5.92 ± 1.30	
	Zmiany łagodne macicy	26	14.13	5.69 ± 1.29	
	Podjęzienie lub stwierdzenie nowotworu złośliwego macicy	28	15.22	6.50 ± 0.75	
	Inne	12	6.52	6.5 ± 1.57	
Rodzaj zabiegu	Mały (kategoria I+II)*	28	15.22	6.21 ± 1.17	0.005746
	Średni (kategoria III)*	130	70.65	6.26 ± 1.24	
	Duży (kategoria IV)*	26	14.13	5.38 ± 1.47	
Rodzaj znieczulenia	Ogólne	170	92.39	6.20 ± 1.27	0.010465
	Zewnątrzoponowe (zo)	14	7.61	5.29 ± 1.33	
Czas hospitalizacji	4 dni	102	55.43	6.14 ± 1.11	0.62923
	5 – 7 dni	46	25.00	6.00 ± 1.23	
	> 7 dni	36	19.57	6.28 ± 1.78	
Wiek	< 60	126	68.48	6.21 ± 1.28	0.240675
	≥ 60	58	31.52	5.97 ± 1.31	

* Kategoria zabiegów operacyjnych wg PTG (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) [12]. Kategoria I – niski uraz tkanek. Kategoria II – mierny uraz tkanek. Kategoria III – znaczny uraz tkanek. Kategoria IV – rozległy uraz tkanek

w celu zobrazowania korelacji pomiędzy stopniem nasilenia lęku a występowaniem wczesnych i późnych powikłań pooperacyjnych. Do analizy porównawczej danych ilościowych wykorzystano test T Studenta lub test wariancji Anova. Dla porównania danych jakościowych stosowano test Chi kwadrat. Przyjęto poziom istotności $p < 0.05$.

WYNIKI

Dane kliniczne i demograficzne badanych prezentuje tabela 1. Klasyfikację zabiegów operacyjnych na małe, średnie i duże dokonano w oparciu o opracowaną przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne kategoryzację zabiegów ginekologicznych uwzględniającą rozległość i stopień uszkodzenia tkanek [12]. Do zabiegów małych wliczono operacje z niewielkim i miernym urazem tkanek (kategoria I i II wg Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG)), do zabiegów średnich – operacje ze znacznym urazem tkanek (kategoria III), do zabiegów dużych zakwalifikowano operacje z rozległym urazem tkanek (kategoria IV wg PTG).

Wysoki poziom lęku przedoperacyjnego oceniony skalą APAIS stwierdzono u 70. (38.04%) kobiet ze średnią wartością poziomu lęku wynoszącą 13.26 ± 1.74 (tabela 2). W ogólnej populacji badanych 172 (93.47%) kobiety prezentowały średni i wysoki stopień zapotrzebowania na informacje dotyczące znieczulenia i przebiegu operacji. Średnie wartości stopnia zapotrzebowania na informacje niezależnie od rodzaju zabiegu były odpowiednio na poziomie 5.97 ± 0.81 i 8.33 ± 0.64 (tabela 3.).

Analiza korelacji pomiędzy poziomem lęku a stopniem zapotrzebowania na informacje pozwala stwierdzić, że im wyższy poziom lęku tym wyższe zapotrzebowanie na informacje dotyczące znieczulenia i przebiegu operacji ($r = .4104$) (rycina 1.)

Średnie wartości poziomu lęku i zapotrzebowania na informacje były wyższe u kobiet poddawanych zabiegom małym i średnim (kategoria I, II, III wg PTG), znacznie niższe u kobiet poddawanych zabiegom dużym (kategoria IV) (tabela 4).

Wyższy poziom lęku stwierdzono w grupie kobiet powyżej 60. roku życia ($10,86 \pm 2,68$). Zapotrzebowanie na informacje dotyczące znieczulenia i przebiegu operacji malało wraz z wiekiem chorych kobiet (tabela 5).

Czas hospitalizacji dla 55% badanych wyniósł 4 dni, dla 25% 5-7 dni, dla 20% powyżej 7 dni. Stwierdzono istotne statystycznie różni-

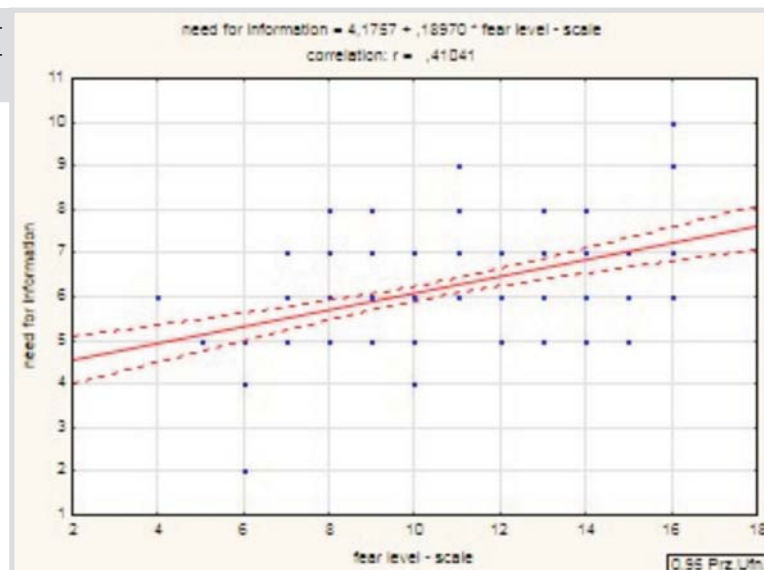
Tab. 2. Skala APAIS – podzbiór A (ocena poziomu lęku)

Poziom lęku	N	%	Średnia punktacja \pm SD
Niski poziom (4-10)	114	61.96	8.49 ± 1.43
Wysoki poziom (11-20)	70	38.04	13.26 ± 1.74

Tab. 3. Skala APAIS – podzbiór B (ocena zapotrzebowania na informacje)

Stopień zapotrzebowania na informacje	N	%	Średnia punktacja \pm SD
Niewielki (2-4 pkt.)	12	6.52	3.67 ± 0.78
Średni (5-7 pkt.)	148	80.43	5.97 ± 0.81
Wysoki (8-10 pkt.)	24	13.04	8.33 ± 0.64

Ryc. 1. Korelacja pomiędzy poziomem lęku a stopniem zapotrzebowania na informacje



ce w długości hospitalizacji w zależności od wieku pacjentki. Czas hospitalizacji pacjentek < 60 r.ż. był istotnie krótszy od czasu hospitalizacji pacjentek powyżej 60 r.ż. ($4,63 \pm 1,27$ vs. $8,45 \pm 17,70$, $p=0,019274$).

Stopień natężenia bólu i istotne statystycznie różnice w wartości skali VAS (w pierwszych dobach 1/2/3 po zabiegu) w zależności od wieku pacjentek operowanych prezentuje tabela 6.

Wartość średnia bólu pooperacyjnego w dniu operacji oceniana skalą VAS w grupie pacjentek poddanych znieczuleniu ogólnemu była wyższa ($7,16 \pm 1,60$) niż w grupie ze znieczuleniem zewnątrzoponowym ($3,86 \pm 3,58$). Różnice były istotne statystycznie ($p=0,000011$) (rycina 2).

Stwierdzono, niepowikłany przebieg wczesnego okresu pooperacyjnego (72 godziny po

zabiegu) u 178 (96,73%) hospitalizowanych chorych. Wczesne powikłania po operacji wystąpiły u 6 (3,26%) pacjentek z wysokim stopniem lęku przedoperacyjnego na poziomie wartości średniej wynoszącej $13,0 \pm 2,37$ i dotyczyły: wartości ciśnienia tętniczego krwi, zwiększonego zapotrzebowania na tlen, występowania pooperacyjnych nudności i wymiotów (tabela 7 i 8). Stwierdzono istotne statystycznie różnice między zapotrzebowaniem na tlen w grupach z różnym rodzajem znieczulenia ($p=0,04021$) (tabela 8). Powikłania późne (>3 doby) wystąpiły u 8 (4,35%) operowanych pacjentek ze średnią wartością punktową lęku wynoszącą $11,25 \pm 3,8$ (wysoki poziom lęku wg APAIS). Wszystkie przypadki ($n=8$) dotyczyły zakażenia miejsca operowanego.

Tab. 4. Poziom lęku i stopień zapotrzebowania na informacje w zależności od rozległości zabiegu operacyjnego (kategorii zabiegu)

Skala APAIS	Poziom lęku	N	%	Średnia punktacja ± SD	p
Kategoria zabiegu operacyjnego	Mały	28	15.22	11.07±1.90	0.273442
	Średni	130	70.65	10.2±2.72	
	Duży	26	14.13	10.00±3.75	
Skala APAIS	Stopień zapotrzebowania na informacje	N	%	Średnia punktacja ± SD	p
Kategoria zabiegu operacyjnego	Mały	28	15.22	6.21±1.17	<u>0.005746</u>
	Średni	130	70.65	6.26±1.24	
	Duży	26	14.13	5.38±1.47	

Tab. 5. Poziom lęku i stopień zapotrzebowania na informacje w zależności od wieku

Skala APAIS	Poziom lęku	N	%	Średnia punktacja ± SD	p
Wiek	< 60 r.ż.	126	68.48	10,05±2,81	0,065898
	≥ 60 lat	58	31.52	10,86±2,68	
Skala APAIS	Stopień zapotrzebowania na informacje	N	%	Średnia punktacja ± SD	p
Wiek	< 60 r.ż.	126	68.48	6.21±1.28	0.240675
	≥ 60 lat	58	31.52	5.97±1.31	

Tab. 6. Skala VAS – natężenie bólu w zależności od wieku (Test U Manna-Whitneya)

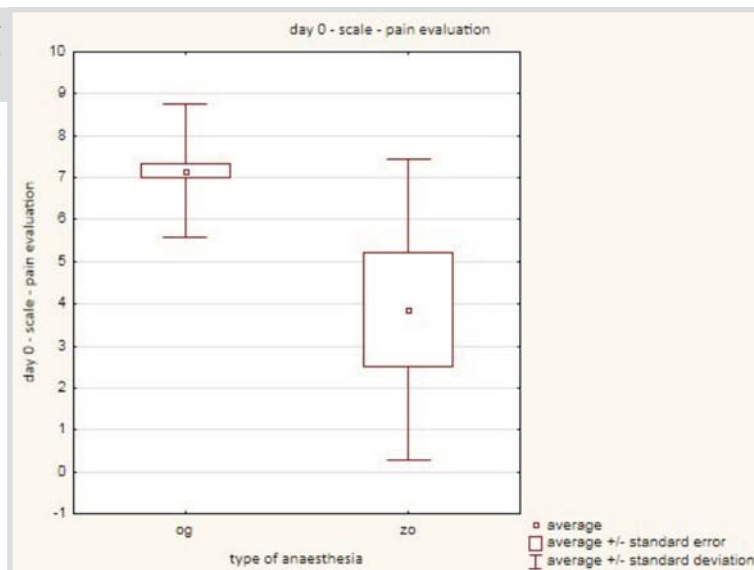
	Średnia ± SD		p
	< 60 lat (n=126)	≥ 60 lat (n=58)	
doba 0 – VAS/ocena bólu	6.92±1.88	6.90±2.24	0.435938
doba 1 – VAS/ocena bólu	5.24±1.93	6.17±1.82	<u>0.001768</u>
doba 2 – VAS/ocena bólu	4.30±2.00	5.34±2.19	<u>0.000576</u>
doba 3 – VAS/ocena bólu	3.65±2.12	4.48±2.15	<u>0.001841</u>
doba 4 – VAS/ocena bólu	3.32±1.75	3.96±2.25	0.261420
doba 5 – VAS/ocena bólu	3.88±2.24	4.31±1.86	0.218320
doba 6 – VAS/ocena bólu	4.29±1.98	4.00±1.62	0.424600
doba 7 – VAS/ocena bólu	3.60±1.96	3.38±1.26	0.861004

DYSKUSJA

Badania nad lękiem umożliwiły rozróżnienie pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki,

a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości [13]. Lęk przedoperacyjny jest lękiem sytuacyjnym (proceduralnym), który powstaje w wyniku obaw przed techniką leczenia. [2]. Wysoki poziom lęku wyzwała stres, który

Ryc. 2. Zależność pomiędzy rodzajem znieczulenia a stopniem natężenia bólu w dniu operacji



Tab. 7. Charakterystyka powikłań okresu pooperacyjnego w zależności od poziomu lęku

	Powikłania wczesne (< 3 doby) N=6		p	Powikłania późne (>3 doby) N=8		p
	Tak (N=6)	Nie (N=17)		Tak (N=8)	Nie (N=176)	
Stopień lęku (skala APAIS)	13.0±2.37	10.21± 2.77	Anova 0.015800	11.25 ± 3.81	10.26± 2.74	Anova 0.328749
Zapotrzebowanie na informację	6.33±1.37	6.12 ± 1.29	Anova 0.696562	6.00 ± 1.31	6.13 ± 1.29	Anova 0.770984
RR skurczowe	108.0±3.10	112.07±13.15	Anova 0.451251	116.0 ± 5.04	111.75±2.88	Anova 0.365936
RR rozkurczowe	65.33±8.26	68.49± 8.02	Anova 0.344066	68.75 ± 9.42	68.38 ± 7.99	Anova 0.897577
AS (tętno)	70.67±2.07	71.34± 7.48	Anova 0.827011	73.50 ± 5.53	71.22 ± 7.43	Anova 0.392164
Ból (VAS)	4.67 ± 0.60	5.73 ± 1.79	Anova 0.207176	4.92 ± 0.68	5.73 ± 1.80	Anova 0.011382
Wymioty	0 (0.00%)	20(10.87%)	Chi kwadrat p=,38447	2 (1.75%)	18 (9.78%)	Chi kwadrat p=,18921
Nudności	0 (0.00%)	98(53.26%)	Chi kwadrat p=,00785	2 (1.75%)	96 (52.17%)	Chi kwadrat p=,10140

Tab. 8. Zależność pomiędzy rodzajem znieczulenia a zapotrzebowaniem na tlen oraz wystąpieniem pooperacyjnych nudności i wymiotów

		Rodzaj znieczulenia		N	p
		Ogólne	Zewnętrzno-oponowe		
Zapotrzebowanie na tlen	Nie	130 (76.47%)	14 (100.00%)	144	p=0.04021
	Tak	40 (23.53%)	0 (0.00%)		
Wymioty	Nie	152 (89.41%)	12 (85.71%)	164	p=0.66921
	Tak	18 (10.59%)	2 (14.29%)		
Nudności	Nie	92 (54.12%)	6 (42.86%)	98	p=0.41697
	Tak	78 (45.88%)	8 (57.14%)		

może charakteryzować się nieswoistymi zmianami fizjologicznymi. Nasilony lęk może niekorzystnie wpływać na parametry fizjologiczne we wczesnym okresie pooperacyjnym i zaburzać przebieg pooperacyjny, powodując zwiększoną liczbę powikłań, może także zwiększać natężenie bólu pooperacyjnego i wydłużać czas hospitalizacji [7-10,14,15].

Lęk chorych w okresie przedoperacyjnym nie jest dotychczas wystarczająco rozpoznawany, nie ma również standardów postępowania uwzględniających jego ocenę. Pomimo, że można świadomie zapobiegać powstawaniu nadmiernego lęku i zmniejszać jego objawy przez właściwą edukację oraz dobrą komunikację z chorym nie stosuje się rutynowo działań profilaktycznych i terapeutycznych. Symptomatologia lęku jest zróżnicowana i najczęściej obejmuje objawy ze strony układu oddechowego (płytki oddech, bezdech), krążenia (tachykardia, wzrost lub obniżenie wartości ciśnienia krwi), pokarmowego (nudności, wymioty), a także immunologicznego (zakażenie miejsca operowanego) [8,10].

Współcześnie w ginekologii preferowany jest oszczędzający charakter zabiegów operacyjnych. Zmniejszenie urazu operacyjnego wiąże się ze skróceniem czasu trwania operacji oraz okresu hospitalizacji i rekonwalescencji. W materiale własnym zabiegi rozległe stanowiły 14% wszystkich operacji, natomiast dominowały zabiegi ginekologiczne z niewielkim, miernym i znacznym urazem tkanek (kategoria I, II oraz III wg PTG). Czas hospitalizacji dla połowy badanej populacji (55%) wynosił 4 dni. Ponad połowa (62%) kobiet operowanych z powodów ginekologicznych uzyskała w ocenie skalą APAIS wartość średnią punktacji wynoszącą $8,49 \pm 1,4$, co odpowiada niskiemu poziomowi lęku. W badaniu Lewickiej i wsp. wykazano średni poziom lęku-stanu ocenionego przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) u kobiet w okresie okołoperacyjnym leczonych z powodów ginekologicznych. Kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała nasilenia lęku-stanu ($p > 0,05$) [16]. Podobne zależności stwierdzono w materiale własnym. Zarówno średnie wartości poziomu lęku, jak również i zapotrzebowania na informacje były wyższe u kobiet poddawanych zabiegom małym i średnim, a znamienne niższe u kobiet poddawanych rozległej operacji ginekologicznej ($p = 0,005746$). Większość pacjentek poddanych zabiegom dużym doświadczyło w przeszłości leczenia operacyjnego. Zaobserwowane zależności korelują z wynikami Mavridou P et al. którzy podają, że przebyta wcześniej operacja

jest czynnikiem zmniejszającym nasilenie lęku przed ponownym zabiegiem opeacyjnym [17]. Wetsch WA et al. dokonując oceny stopnia nasilenia lęku u 135. pacjentów przed znieczuleniem do zabiegów chirurgicznych stwierdzili wysoki lęk przedoperacyjny u 45,3% pacjentów hospitalizowanych [18]. W badaniach własnych wysoki poziom lęku przed operacją ginekologiczną stwierdzono u 38% pacjentek.

Wielu autorów podkreśla związek pomiędzy wiekiem a lękiem [5,9]. W badaniach własnych wykazano korelację zgodną – wraz z wiekiem wzrasta poziom odczuwanego lęku – jednak siła korelacji jest niewielka. Podobną zależność prezentuje Derewianka-Polak et al. w swoich badaniach, w których wykazano istotnie wyższe nasilenie lęku przed operacją w grupie kobiet powyżej 50. r.ż. w odniesieniu do młodszych, ocenionego w skali VAS ($p = 0,04$) i APAIS ($p = 0,02$) [5].

W ginekologicznej praktyce szpitalnej, zwykle nie dokonuje się oceny lęku podczas rutynowego standardu postępowania przedoperacyjnego. Odczuwanie lęku jest subiektywne, jednak jego obecność i nasilenie można ocenić za pomocą specjalnych kwestionariuszy, których przydatność wykazano w badaniach wielu autorów wykorzystujących różne skale i kwestionariusze do oceny stopnia natężenia lęku okołoperacyjnego w ginekologii [5,9,19,20]. Ocena stanu psychicznego pacjentki jest ważnym elementem opieki przedoperacyjnej i ma duży wpływ na przebieg okresu okołoperacyjnego i pooperacyjnego. Soltner C et al. w badaniach z pojedynczą ślepą próbą w grupie 136 kobiet leczonych ginekologicznie potwierdzili, że jakość informacji dostarczanych przez anestezjologa istotnie wpływa na redukcję lęku i satysfakcję z jakości opieki anestezjologicznej ($p = 0,001$) [21]. Knifed et al. w badaniach dotyczących prowadzenia edukacji okołoperacyjnej, włączyli także pacjentki oddziałów położnictwa i ginekologii. Przeprowadzone indywidualne wywiady z pacjentkami były analizowane przez trzech niezależnych recenzentów. Badani stwierdzili, że rzadko byli dobrze poinformowani o przebiegu operacji i postępowaniu w okresie pooperacyjnym. W końcowej konkluzji autorzy zwracają uwagę na potrzebę właściwej komunikacji personelu medycznego z pacjentem operowanym [22]. Dostarczanie informacji o przebiegu okresu pooperacyjnego jest korzystnym postępowaniem, mającym dobrze udokumentowane dowody [23]. Badania własne potwierdzają średnie i wysokie zapotrzebowanie pacjentek na informacje o przebiegu znieczulenia

i operacji (80.43% – 5-7pkt wg skali APAIS, 13.04% – 8-10pkt).

Wysoki poziom lęku może zwiększać też natężenie bólu pooperacyjnego i wydłużać czas hospitalizacji [24]. U pacjentów z nasilonym lękiem częściej występują obawy o przebieg znieczulenia i wystąpienie powikłań po zabiegu operacyjnym [4]. Badania wykazały, że największe nasilenie dolegliwości bólowych po operacjach ginekologicznych występuje w pierwszych dobach po zabiegu (48-72 h) [9]. Dane te korelują z wynikami badań własnych. Carr et al. badali wpływ lęku na percepcję bólu we wczesnym i późnym okresie pooperacyjnym. Badaniem objęto 88 pacjentek po operacjach ginekologicznych, w tym 37 chorych udzieliło wywiadu w 4-6 tygodniu po zabiegu. Wysoki poziom lęku okazał się predykatorem nasilonego bólu pooperacyjnego w drugiej i dalszych dobach po operacji [7]. Manias E et al. w oparciu o przeprowadzone badania w ośrodku akademickim w Melbourne na grupie 316 pacjentów, zaproponowali koncepcję postępowania pielęgniarskiego w eliminacji ostrego bólu w okresie pooperacyjnym [14]. Z kolei Baudarene i Legros wykazali możliwość redukcji bólu po zabiegu chirurgicznym i znamiennego zmniejszenia konieczności stosowania narkotycznych leków przeciwbólowych po operacji przez odpowiednio przeprowadzoną rozmowę przedoperacyjną [23]. Pinto et al. badali wpływ predyktorów psychologicznych i klinicznych na przebieg znieczulenia i natężenie bólu pooperacyjnego u 185. pacjentek poddanych hysterectomii z powodu łagodnych zmian narządów płciowych w dwóch okresach czasowych: 24 i 48 godzin po zabiegu. Lęk przedoperacyjny, współistnienie wcześniejszych stanów bólowych oraz rodzaj znieczulenia istotnie wpływał na natężenie bólu pooperacyjnego [15]. W badaniach własnych istotnie częściej chore operowane w znieczuleniu ogólnym w porównaniu do zewnątrzoponowego silniej odczuwały ból rany pooperacyjnej (VAS – 7.16 ± 1.60 vs. 3.86 ± 3.58). Histerektomia jest najczęściej wykonywaną procedurą w ginekologii operacyjnej. Metaanaliza dokonana przez Darwish et al. sugeruje, że histerektomia wykonana z powodu łagodnych zmian nie jest związana z odczuwaniem nasilonego lęku i depresji w okresie pooperacyjnym [25]. Natomiast Peters et al. przeprowadzili prospektywne badania kohortowe (n=625) i stwierdzili, że lęk przed operacją determinował wystąpienie przewlekłego bólu po operacji i obniżenie jakości życia 6 miesięcy po operacji [6]. Według doniesień innych autorów u pacjentek poddawanych operacji dłużej niż

3 godziny obserwuje się większe odczuwanie bólu pooperacyjnego [4,6]

W badaniach własnych okres pooperacyjny analizowano w kierunku wystąpienia powikłań w dwóch przedziałach czasowych: do 72. godzin po zabiegu (wczesne powikłania) i od czwartej doby po zabiegu (późne powikłania). Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,015$) pomiędzy pacjentkami z wczesnymi powikłaniami (do 3. doby) a pacjentkami bez wczesnych powikłań do 3. doby pod względem stopnia lęku w skali APAIS. Pacjentki z wczesnymi powikłaniami wykazywały średnio wyższy poziom lęku (13.0 ± 2.37) niż pacjentki nie mające w tym czasie powikłań ($10,21 \pm 2,77$). W przypadku powikłań pojawiających się po 3. dobie nie odnotowano istotnych statystycznie różnic. Stwierdzono powikłany przebieg gojenia rany pooperacyjnej w 4,35% przypadków i dotyczył kobiet z wysokim poziomem lęku przedoperacyjnego (11.25 ± 3.81). Scott w pracy podkreśla wpływ wysokiego poziomu lęku przedoperacyjnego na upośledzenie funkcji układu immunologicznego, co w konsekwencji może powodować zwiększone ryzyko zakażenia miejsca operowanego i dalszy zaburzony proces gojenia się rany pooperacyjnej [11].

W dostępnym piśmiennictwie nieliczne badania dotyczą wpływu lęku na częstość występowania powikłań w okresie pooperacyjnym [8,10]. Van den Bosch et al. wykazali, że u pacjentów z nasilonym poziomem lęku przed operacją częściej występują pooperacyjne nudności i wymioty [8]. W badaniach własnych stwierdzono niewielki odsetek występowania wymiotów (10.87%), częściej występowały nudności (53.26%) i dotyczyły kobiet z niskim poziomem lęku. Wprawdzie nie wykazano statystycznej zależności występowania innych powikłań w grupach o różnym nasileniu lęku przedoperacyjnego, to jednak zaobserwowane tendencje pozwalają stwierdzić, że kobiety z nasilonym odczuwaniem lęku częściej doświadczają gorszego samopoczucia i występowania powikłań w okresie pooperacyjnym.

WNIOSKI

Kobiety z wysokim poziomem lęku ocenionym Amsterdamską Skalą Lęku i Zapotrzebowania na Informację (APAIS) istotnie częściej doświadczały powikłanego przebiegu wczesnego okresu pooperacyjnego. Przedoperacyjna ocena lęku i podjęcie działań psychoedukacyjnych w grupie kobiet z wysokim poziomem lęku może stanowić klucz w prewencji powikłań w okresie pooperacyjnym.

1. Romanik W, Kański A, Soluch P, Szymańska O. Questionnaire and declarative anxiety level of patients before surgery. *Anest Inten Terap* 2009; 2: 94-99.
2. Ziębicka J, Gajdosz R. Selected aspects of anxiety of patients awaiting surgery. *Anest Inten Terap* 2006; 1: 41-44.
3. Cashmann JN. Preoperative assessment. *BMJ Books* 2001; 3: 141-147.
4. Ali A, Altun D, Oguz BH et al. The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth* 2014; 28: 22-227.
5. Derewianka-Polak M, Polak G, Bobiński M et al. Evaluation of a level of preoperative anxiety patients undergoing gynaecological surgeries. *GinPolMedProjekt* 2016; 2(40): 20-34.
6. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* 2007; 245: 487-494.
7. Carr ECJ, Thomas VN, Wilson-Barnet J. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 521-530.
8. Van den Bosch JE, Moons KG, Vergouwe Y et al. Does measurement of preoperative anxiety have added value for predicting postoperative nausea and vomiting? *Anesth Analg* 2005; 100: 1525-1532.
9. Lewicka M, Sulima M, Brukwicka I, Stawarz B. The intensity of pain in female patients after gynaecological surgeries. *J Publ Health Nurs Med Rescue* 2014; 1: 32-36.
10. Levandowski RM, Ferreira MB, Hidalgo MP et al. Impact of preoperative anxiolytic on surgical site infection in patients undergoing abdominal hysterectomy. *Am J Infect Control* 2008; 36: 718-726.
11. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. *Nurs Critical Care* 2004; 9: 72-79.
12. Recommendations regarding anaesthesia in gynaecology and obstetrics. In: Spaczyński M (ed.) Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2006-2011. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Poznań 2012:17-21.
13. Spielberger CD. Theory and research on anxiety: anxiety and behavior. Spielberger, Academic Press New York 1966.
14. Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing* 2005; 6, 1: 18-29.
15. Pinto PR, McIntyre T, Fonseca C et al. Pre- and post-surgical factors that predict the provision of rescue analgesia following hysterectomy. *Eur J Pain* 2013; 17: 423-433.
16. Lewicka M, Makara-Studzińska M, Sulima M et al. Anxiety levels in women in the perioperative period. *Post Psychiatr Neurol* 2012; 21, 3:183-189.
17. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A et al. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth* 2013; 27: 104-108.
18. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth* 2009; 103(2): 199-205.
19. Watrowski R, Rohde A. Validation of the Polish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in three populations of gynecologic patients. *Arch Med. Sci* 2014; 10, 3: 517-524.
20. Lewicka M, Makara-Studzińska M, Wdowiak A et al. Level of anxiety and depression in the perioperative period and category of surgical procedure in a group of women treated for gynaecological reasons. *Med Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18, 2: 107-111.
21. Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth* 2011; 106,5: 680-686.
22. Knifed E, Goyal A, Bernstein M. Moral angst for surgical residents: a qualitative study. *Am J Surg* 2010; 199: 571-576.
23. Boudarene M, Legros J. Study of the stress response. Role of anxiety, cortisone and DHEAS. *Encephale* 2002; 2: 139-146.
24. Jałowicki P, Rudner R, Dziubdziela W et al. Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. *Anest Intens Terap* 2001; 3: 141-147.
25. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 174: 5-19.