

## Aleksandra Słowiecka, Elżbieta Kamusińska

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

# Psychologiczne problemy kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych

Psychological problems of women hospitalized because of gynaecological diseases

### STRESZCZENIE

Wiele problemów zdrowotnych kobiet wynika z zaburzeń związanych z budową anatomiczną i/lub fizjologią żeńskich narządów płciowych. Następstwa chorób ginekologicznych i zastosowanych różnych metod ich leczenia dotyczą nie tylko fizycznych, organicznych dysfunkcji w obrębie wymienionych narządów, ale także wpływają na powstanie niekorzystnych zmian w sferze psychiki kobiet.

Celem pracy było przedstawienie psychologicznych problemów kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych.

W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego problemów zdrowotnych kobiet diagnozowanych i leczonych z powodu chorób żeńskich narządów płciowych. Analizie opisowej poddano dane na temat lęku występującego u pacjentek w okresie okołoperacyjnym oraz odczuwanych stanów emocjonalnych związanych z faktem rozpoznania choroby ginekologicznej i poddawania się zabiegom diagnostyczno-leczniczym. Przedstawiono opinie specjalistów oraz wybrane wyniki badań opublikowanych w naukowych czasopismach medycznych, takich jak: „Współczesna Onkologia”, „Przegląd Lekarski”, „Ginekologia Polska”, „Ginekologia Praktyczna”, „Cancer Nursing”, „Ginekologia Onkologiczna”, „Zdrowie Publiczne” oraz prace naukowe wydane w formie zwartej.

W ocenie specjalistów w chorobach narządów płciowych u kobiet pogarsza się ogólne przystosowanie emocjonalne, występują stany nadpobudliwości, niepokoju i depresja. Najbardziej nerwicogenne są zmiany chorobowe, które uniemożliwiają współżycie seksualne lub zdolność do urodzenia dziecka. W uzasadnionych sytuacjach powinny być prowadzone u kobiet działania psychoterapeutyczne.

U kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych występuje wiele poważnych problemów natury psychologicznej. Charakter i nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych pacjentek w dużej mierze zależą od jednostki chorobowej i rozległości zabiegu operacyjnego. Kobiety, wobec których są realizowane świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii, powinny być objęte pomocą psychologiczną i/lub psychiatryczną.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 130–133**

**Słowa kluczowe:** choroby ginekologiczne, stany emocjonalne, zaburzenia sfery psychicznej

### ABSTRACT

Many females' health problems result from disorders pertaining to the anatomical structure and/or physiology of female sex organs. The after-effects of gynaecological illnesses and applied methods of treatment do not only concern physical organic dysfunctions within the said organs, but they affect the formation of detrimental changes in the sphere of women's psyche.

The object of the study was to present psychological problems of women hospitalized because of gynaecological diseases.

The paper gives a review of literature concerning health problems of women diagnosed and treated for illnesses of female sex organs. Descriptively analysed were data on anxiety appearing in patients in the period around the operation and on experienced emotional states connected with the fact of diagnosis of a gynaecological disease and of being subject to diagnosis and treatment. Opinions of specialists are presented as well as selected results of research published in scientific medical periodicals such as "Współczesna Onkologia", "Przegląd Lekarski", "Ginekologia Polska", "Ginekologia Praktyczna", "Cancer Nursing", "Ginekologia Onkologiczna", "Zdrowie Publiczne", and papers published in the form of books.

In the specialists' opinion in sexual organs diseases in women general emotional adjustment is deteriorating, there are states of hyperexcitability, anxiety and depression. The most neuroses changes are lesion which prevent sexual intercourse or the ability to give birth to a child. In justified cases, treatment of psychotherapy for women should be conducted.

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Aleksandra Słowiecka, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach, ul. Aleja IX Wieków Kielc 19, 25–317 Kielce, e-mail: [aleksaonet@op.pl](mailto:aleksaonet@op.pl)

Women hospitalized because of gynaecological diseases suffer from many serious problems of psychological nature. The kind and intensity of negative emotional states of patients to a high degree depend on the disease entity and on the extent of the operation. Women treated gynaecologically should be subject to psychological and/or psychiatric aid.

**Nursing Topics 2011; 19 (1): 130–133**

**Key words:** gynecologic diseases, feelings, mental disorders

## Wstęp

Zdrowie kobiet często ocenia się na podstawie parametrów i wskaźników odnoszących się do charakterystycznych i specyficznych dla tej płci stanów i potrzeb. Argumentem uzasadniającym powyższe podejście jest koncentracja większości problemów zdrowotnych kobiet na zagadnieniach związanych z takimi stanami, jak: zespół napięcia przedmiesiączkowego, zaburzenia miesiączkowania, antykoncepcja, macierzyństwo, niepożądana ciąża, aborcja czy menopauza. Niejednokrotnie kłopoty ze zdrowiem kobiet są kojarzone tylko i wyłącznie ze sferą prokreacji, określaną potocznie „chorobami kobiecymi”. Następstwa tych chorób dotyczą nie tylko fizycznych, organicznych dysfunkcji w obrębie żeńskich narządów płciowych, ale także wpływają na powstanie niekorzystnych zmian w sferze psychiki kobiet [1–4].

## Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie psychologicznych problemów kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych.

W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego problemów zdrowotnych kobiet diagnozowanych i leczonych z powodu chorób żeńskich narządów płciowych. Analizie opisowej poddano dane na temat lęku występującego u pacjentek w okresie okołoperacyjnym oraz odczuwanych stanów emocjonalnych związanych z faktem rozpoznania choroby ginekologicznej i poddawania się zabiegom diagnostyczno-licznym. Przedstawiono opinie specjalistów oraz wybrane wyniki badań opublikowanych w naukowych czasopismach medycznych, takich jak: „Współczesna Onkologia”, „Przegląd Lekarski”, „Ginekologia Polska”, „Ginekologia Praktyczna”, „Cancer Nursing”, „Ginekologia Onkologiczna”, „Zdrowie Publiczne” oraz prace naukowe wydane w formie zwartej.

Występujące u kobiet problemy natury psychologicznej nierzadko wynikają z ogólnie przyjętego poglądu, że narządy płciowe człowieka są traktowane jako wstydlive części ciała [5]. Być może z tego powodu potrzeba ich zakrywania jest kształtowana u dziecka od najmłodszych lat. Według Waszyńskiego narządy płciowe stanowią jedną z najbardziej intymnych części ciała człowieka. Zdaniem autora dorosła kobieta, „przychodząc do ginekologa, wkracza do gabinetu z całym, ukształtowanym przez wychowanie i uwarunkowanym kulturowo, balastem wstydlivosti” [5]. Tak kształtowana

„płciowość” ma często ogromny wpływ na powstanie u kobiet oporów psychicznych i negatywnych doświadczeń emocjonalnych w sytuacjach potrzeby rozebrania się i poddania zabiegom medycznym.

Jak podaje Motyka, w trakcie wizyty u lekarza ginekologa u niektórych kobiet pojawiają się „skojarzenia natury seksualnej”. Wówczas działania personelu medycznego związane z profilaktyką, diagnozowaniem czy leczeniem chorób w obrębie narządu rodnoego są odbierane przez pacjentki jako „nie na miejscu” i mogą wzbudzać u nich uczucie upokorzenia i poniżenia. Takie odczucia nierzadko nasilają pojawiający się lęk i niepokój [3].

Z prezentowanych w piśmiennictwie danych wynika, że badanie ginekologiczne (podstawowy zabieg diagnostyczny dostarczający ważnych informacji o stanie zdrowia narządu rodnoego) jest źródłem wielu przykrych wrażeń i przeżyć dla pacjentek. W ocenie Szymoniak i wsp. wymienione badanie dla większości kobiet (70%) jest zabiegiem krępującym i stresującym [6]. Autorzy badań stwierdzili, że najbardziej nieprzyjemnymi momentami wizyty kobiety u lekarza ginekologa są siadanie na fotel ginekologiczny i rozebranie się [6]. Również w innych pracach wykazano, że badanie ginekologiczne dla pacjentek jest źródłem lęku przed bólem, uczucia wstydu, skrępowania i zażenowania oraz obawy usłyszenia prawdy o rozpoznaniu choroby, zwłaszcza nowotworowej [3, 5].

Przeżywane przez kobiety negatywne emocje często wpływają na ich nieracjonalne zachowania w przypadku stwierdzenia patologicznych zmian w obrębie narządu rodnoego. Z badań własnych wynika, że 45,7% badanych kobiet (pacjentek oddziałów ginekologicznych) podjęło leczenie w okresie 4 dni lub później od momentu rozpoznania choroby. Około 55% kobiet z analizowanej grupy jako przyczynę swojego postępowania wymieniło własne zaniedbanie i uczucie lęku, strachu [7]. Wskazany przez pacjentki najdłuższy okres czasu podjęcia leczenia, wynoszący 96 miesięcy, czyli około 8 lat od rozpoznania choroby, należy ocenić jako lekceważenie podstawowych zasad prawidłowego i racjonalnego zachowania się w obliczu występujących objawów choroby [7].

Pobyt na oddziale ginekologicznym dla większości pacjentek jest ogromnym przeżyciem i stanowi dla nich poważne obciążenie psychiczne [8, 9]. Reroń i wsp. u wszystkich kobiet operowanych z powodu mięśniaków macicy stwierdzili wysokie wartości w skali niepokoju. Zdaniem autorów najgłębszą depresję wykazywały kobiety po całkowitym wycięciu macicy wraz z przydatkami, a najniższą

— kobiety po wyluszczeniu mięśniaków macicy [8]. Poziom lęku w okresie okołoperacyjnym był również badany przez Billert i wsp. U pacjentek ginekologicznych, poddawanych zabiegom operacyjnym w obrębie miednicy mniejszej, stwierdzono wysoki poziom lęku [10]. Natomiast Malicka i wsp. podjęli próbę oceny zaburzeń nastroju u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i nowotworów narządów rodnych. Blisko 2-krotnie wyższe nasilenie objawów depresyjnych u badanych w grupie z nowotworami narządów rodnych (55%) niż u kobiet z rakiem piersi (25%) autorzy uzasadnili wysokim poziomem wsparcia społecznego w przypadku kobiet operowanych z powodu nowotworu piersi [11]. Problem wsparcia w okresie okołoperacyjnym opisują także Pilewska i wsp., według których zdecydowana większość kobiet operowanych z powodu różnych chorób ginekologicznych oczekiwała wsparcia. W ocenie autorów „wsparcie we wszystkich jego wymiarach — informacyjnym, emocjonalnym i usługowo-rzeczowym — jest niezbędnym elementem opieki nad chorym” [9].

W rozważaniach na temat problemów psychologicznych kobiet Motyka podaje, że „w przewlekłych chorobach somatycznych narządów płciowych pogarsza się ogólne przystosowanie emocjonalne, mogą się pojawiać stany nadpobudliwości, niepokoju i depresji” [3]. W opinii autora najbardziej nerwicogenne są zmiany chorobowe, które upośledzają lub uniemożliwiają współżycie seksualne lub zdolność do reprodukcji. Jak podaje autor „na psychiczną urazowość zabiegu (...) wpływa rozpowszechnione przekonanie o związanej z nim utracie fizycznych cech kobiecości, (...) utracie atrakcyjności i możliwości kontynuowania satysfakcjonujących kontaktów seksualnych” [3].

W literaturze przedmiotu wielu autorów potwierdziło fakt występowania trudnej sytuacji psychologicznej kobiet po zabiegach operacyjnych narządów rodnych [1, 4, 9, 12]. W ocenie Basty i wsp. zabiegi o szerszym zasięgu, takie jak hysterectomia prosta i radykalna, w sposób istotnie większy, w porównaniu z zabiegami oszczędzającymi narząd rodny „pogarszają ocenę obrazu siebie, własnej atrakcyjności jako kobiety, a także opóźniają i zaburzają współżycie płciowe, powrót do całkowitego zdrowia oraz pełnej aktywności w pracach domowych i zawodowo-społecznych” [1]. Natomiast Łepecka-Klusek i wsp. w badaniach na temat obaw pacjentek występujących przed zabiegiem operacyjnym wykazali, że najwięcej kobiet odczuwało lęk przed rozpoznaniem złośliwej choroby nowotworowej (27,6%). Pozostałe obawy kobiet dotyczyły: bólu (26,7%), powikłań pooperacyjnych (19,1%), utraty kobiecości (8,4%), utraty płodności (8,1%), rozłąki z rodziną (6,8%), utraty pracy (3,3%) [12]. Również inni autorzy w swoich pracach zwracają uwagę na fakt występowania u kobiet operowanych takich odczuć, jak: „poczucie mniejszej wartości” spotęgowane spadkiem zainteresowania

seksualnego partnerów, „obawa o brak możliwości prokreacji, o dalsze funkcjonowanie w rodzinie i pracy zawodowej, o kontakty międzyludzkie” [1–3].

Rodzaj i nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych kobiet w trakcie postępowania diagnostyczno-lecnicznego chorób ginekologicznych w dużej mierze zależy od „konstrukcji psychicznej kobiety i czynników zewnętrznych” [5]. Należy podkreślić, że niektóre przykre odczucia pacjentek w kontaktach z personelem medycznym mogą wynikać z nietaktownego zachowania pracowników, braku poszanowania godności osobistej oraz braku warunków zapewniających bezpieczeństwo i intymność kobietom poddającym się zabiegom medycznym [3]. Poczucie wstydu jest także czynnikiem wpływającym na postawy i zachowania człowieka w grupie chorób przenoszonych drogą płciową. Współcześnie należą do nich nie tylko kiła i rzeżączka, ale także nierzęzątkowe zapalenie dróg moczowo-płciowych, choroby wirusowe, takie jak kłykciny kończyste czy opryszczka narządów płciowych. Podobnie i w tej grupie chorób nierzadko spotyka się nieracjonalne zachowania pacjentów, polegające na opóźnianiu wizyty u lekarza i próbach leczenia „na własną rękę”, właśnie z powodu narastającego poczucia wstydu. W przypadku kiły niskie wskaźniki zachorowalności w Polsce mogą wynikać ze spadku liczby wykonywanych profilaktycznych badań serologicznych w kierunku kiły [13]. W latach 1999–2006 w województwie podlaskim badania te wykonano jedynie u 40,3% kobiet rodzących [13].

Poważnym problemem natury psychologicznej u wielu kobiet jest poczucie winy za brak potomstwa. Według Jędrzejczak i wsp. wiele pacjentek leczących się z powodu niepłodności cierpi na znaczne obniżenie nastroju [14]. Z tego powodu wymieniona grupa pacjentek wymaga niekiedy konsultacji psychiatrycznej i ewentualnego zastosowania leków antydepresyjnych. Autorzy badań zwracają szczególną uwagę na trudności i bariery, z jakimi spotykają się niepłodne pary w trakcie terapii. Wysokie koszty procedur medycznych znacznie ograniczają dostępność i skuteczność leczenia niepłodności [14]. Fakt ten jest dodatkowym czynnikiem stresującym dla osób starających się o potomstwo.

Nadal ważnym problemem dla kobiet i ich rodzin jest utrata dziecka w wyniku poronienia samoistnego lub sztucznego. W takich przypadkach „przerwanie ciąży bywa przyczyną bezpośrednich i odległych zaburzeń zdrowia fizycznego i psychicznego” [15]. Szymańska i Chazan donoszą, że „poronienia pozostawiają zwykle trwałe ślad w psychice kobiet w sposób zróżnicowany wśród pacjentek po aborcji i poronieniu samoistnym” [15]. Należy zaznaczyć, że problem niepowodzeń położniczych i ich skutków dotyczy znacznej, to jest około 15–20%, populacji pacjentek w wieku rozrodczym [15].

Występowanie specyficznych problemów emocjonalnych u kobiet leczonych z powodu chorób ginekologicznych wskazuje na potrzebę udzielania im specjalistycznej pomocy i opieki psychologicznej. Wśród zadań psychoterapeutycznych realizowanych wobec kobiet Motyka wymienia „psychoterapię podtrzymującą oraz tworzenie warunków umożliwiających bezpieczne odreagowanie w rozmowie negatywnych emocji związanych z chorobą i leczeniem” [3]. Działania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone nie tylko u kobiet leczonych i hospitalizowanych na oddziałach ginekologicznych, ale także powinny być skierowane do kobiet zdrowych w każdej grupie wiekowej (także dziewcząt w okresie dojrzewania) [16]. Wskazane, choć trudne do realizacji w praktyce, jest zatrudnianie psychologów na oddziałach położniczych i ginekologicznych [3, 14, 16]. W ramach realizowanych przez psychologa zadań diagnostycznych byłaby prowadzona „ocena postaw pacjentki wobec choroby i leczenia, ocena jej osobowości i stosowanych mechanizmów obronnych” [3].

W uzasadnieniu potrzeby zatrudniania psychologa w placówkach leczenia ginekologicznego Borowska-Tokarska podaje, że „psychiką pacjentki pozostającą pod opieką ginekologiczną nie jest w stanie zająć się ani ginekolog, ani średni personel medyczny, z powodów zarówno merytorycznych (zakres wiedzy, praktyka), jak również czasowych” [16]. Autorka zwraca uwagę na fakt, że „nie każda kobieta posiada odpowiedni potencjał mocy, kochającą i troskliwą rodzinę, aby w chwili załamania stanu zdrowia zachować kondycję psychiczną, pozytywny stosunek do siebie i świata oraz chęć życia” [16]. Również Łepecka-Klusek i wsp. dostrzegli potrzebę poszukiwania nowych rozwiązań prowadzących do poprawy trudnej sytuacji kobiet oczekujących na zabieg operacyjny, w tym modyfikacji algorytmu „postępowania z kobietami wymagającymi leczenia operacyjnego, organizowanie grup wsparcia oraz dostarczenie im materiałów informacyjnych” [12].

W podsumowaniu rozważań na temat psychologicznych problemów występujących u kobiet diagnozowanych i/lub leczonych z powodu chorób ginekologicznych oraz potrzeby prowadzenia rehabilitacji psychologicznej warto zacytować wypowiedź Kosowicz i Wysockiej-Bobryk: „chora kobieta pragnie żyć, a nie tylko istnieć” [4].

## Wnioski

1. U kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych występuje wiele problemów natury psychologicznej.
2. Charakter i nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych pacjentek w dużej mierze zależą od jednostki chorobowej i rozległości zabiegu operacyjnego.

3. Kobiety, wobec których są realizowane świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii, powinny być objęte pomocą psychologiczną i/lub psychiatryczną.

## Piśmiennictwo

1. Basta A., Śliwińska A., Krysztopowicz W., Bereza K. Leczenie operacyjne wczesnych stanów nowotworowych szyjki macicy a jakość życia kobiety. *Przeg. Lek.* 1999; 56, 1: 76–80.
2. Eisemann M., Lalos A. Psychosocial determinants of well-being in gynecologic cancer patients. *Cancer Nursing* 1999; 22: 303–306.
3. Motyka M. Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie. W: Heszen-Niejodek I. (red.). *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Wyd. PZWL, Warszawa 1990; 143–158.
4. Kosowicz M., Wysocka-Bobryk T. Rehabilitacja po leczeniu i zagadnienia opieki paliatywnej. *Gin. Onkol.* 2009; 7: 62–63.
5. Waszyński E. Zachowanie intymności pacjentki w gabinecie ginekologicznym. *Ginek. Prakt.* 2000; 1: 41–42.
6. Szymoniak K., Ćwiek D., Berezowska E., Brancka-Woźniak D., Dzióbek I., Malinowski W. Opinie kobiet na temat badania ginekologicznego w szpitalu. *Ginekol. Pol.* 2009; 80: 498–502.
7. Słopiecka A. Analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet, hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych oraz kierunki profilaktyki i promocji zdrowia. Praca doktorska. Akademia Medyczna w Lublinie 2007.
8. Reroń A., Zdebski Z., Homa T. Niektóre psychologiczne aspekty operacyjnego leczenia mięśniaków macicy. *Ginek. Pol.* 1997; LXVIII, 6: 355.
9. Pilewska A.B., Jakiel G., Wernecki W., Kozak Ł.A., Pilewski B.D. Operacja ginekologiczna jako sytuacja stresująca — potrzeba wsparcia w okresie okołoperacyjnym. *Zdr. Publ.* 2007; 117: 191–195.
10. Billert H., Adamski D., Gaca M., Miluska J., Bręborowicz G.H. Poziom lęku w okresie okołoperacyjnym u pacjentek ginekologicznych a nałóg palenia tytoniu — doniesienie wstępne. *Przeg. Lek.* 2004; 61, 10: 1035–1039.
11. Malicka I., Szczepańska J., Anioł K., Rymaszewska J., Woźniowski M. Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współ. Onkol.* 2009; 13, 1: 41–46.
12. Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A.B., Syty K., Tkaczuk-Włach J., Szmigielska A., Jakiel G. Oczekiwanie na planowaną operację ginekologiczną w ocenie kobiet. *Ginekol. Pol.* 2009; 80: 699–703.
13. Soszka-Jakubowska M., Janczyło-Jankowska M., Jakubowski A., Chodynicka B. Profilaktyczne badania serologiczne w kierunku kiły w województwie podlaskim w latach 1999–2006 po wdrożeniu reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. *Przeg. Dermatol.* 2008; 2, 95: 143–148.
14. Jędrzejczak P., Łuczak-Wawrzyniak J., Szyfter J., Przewoźna J., Taszarek-Hauke G., Pawelczyk L. Odczucia i emocje u kobiet leczących się z powodu niepłodności. *Przeg. Lek.* 2004; 61, 12: 1334–1337.
15. Szymańska M., Chazan B. Postawy pacjentek po niektórych niepowodzeniach prokreacyjnych. *Klin. Parinatol. Ginekol.* 2004; 40, 1: 10–14.
16. Borowska-Tokarska A. Rola psychologa w placówkach leczenia ginekologicznego służby zdrowia. *Ginek. Prakt.* 1999; 7: 30–34.