

Potrzeba wsparcia psychicznego kobiet w okresie oczekiwania na operację ginekologiczną

The need for psychological support for women waiting for gynaecological surgery

Celina Łepecka-Klusek¹, Anna B. Pilewska-Kozak¹, Kinga Syty², Grzegorz Jakiel³

¹Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Lechosław Putowski

²Doktorantka w Katedrze i Klinice Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Lechosław Putowski

³I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie; kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel

Przeгляд Menopauzalny 2010; 5: 309–314

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy było sprawdzenie, czy istnieje i jaki jest związek między wiekiem kobiet a zapotrzebowaniem na wsparcie psychiczne w okresie oczekiwania na planową operację ginekologiczną.

Materiał i metody: Badaniami objęto 272 kobiety, które w okresie 2 mies. 2008 r. poddały się planowej operacji ginekologicznej w jednym z czterech wybranych szpitali w Lublinie i w Warszawie. Narzędziem badawczym był specjalnie skonstruowany dla celów tej pracy kwestionariusz. Badania główne poprzedziły badania pilotażowe wśród 25 kobiet, których wyniki ostatecznie wykluczono z tego opracowania.

Wyniki badań: U blisko połowy (45,6%) badanych propozycja zabiegu operacyjnego wyzwoliła odczucia negatywne, tj. lęk, niedowierzanie i sprzeciw. Większość kobiet (72,8%) najbardziej obawiała się wykrycia (bądź potwierdzenia) nowotworu złośliwego. Inne respondenci bały się bólu, powikłań pooperacyjnych, utraty kobiecości i/lub płodności. Wsparcia psychicznego od innych oczekiwało 87,9% badanych. Czas oczekiwania na operację był, w subiektywnej ocenie większości (79,0%), odpowiedni. Przyjęty w tym opracowaniu podział kobiet ze względu na wiek różnicował istotnie większość badanych cech z wyjątkiem danych demograficznych.

Wnioski: 1. Kobiety starsze (w wieku > 49 lat) istotnie częściej niż młodsze (w wieku ≤ 49 lat) obawiają się wykrycia (bądź potwierdzenia) nowotworu złośliwego, oceniają czas oczekiwania na zabieg operacyjny jako odpowiedni i oczekują wsparcia przede wszystkim od pracowników medycznych. 2. Kobiety starsze rzadziej niż młodsze mogą liczyć – w ich ocenie – na pomoc i wsparcie rodziny.

Słowa kluczowe: zdrowie kobiet, operacja ginekologiczna, przygotowanie do operacji, oczekiwanie wsparcia.

Summary

Aim: The aim of this study was to examine whether and what is the relationship between age of women and the need for emotional support while awaiting the scheduled gynaecological surgery.

Material and methods: The study comprised 272 women who, within 2 months of 2008, underwent planned gynaecological surgeries in one of four selected hospitals in Lublin and Warsaw. The research tool was a questionnaire designed specifically for this study. The main study was preceded by a pilot study carried out among 25 women, the results of which were excluded from this study.

Results: In nearly half (45.6%) of the respondents the suggestion of surgery induced negative feelings, such as fear, distrust and objections. Most women (72.8%) feared most the detection (or confirmation) of malignancy. Others were afraid of pain, complications, loss of femininity and/or fertility. Psychological support from the others was expected by 87.9% of respondents. The waiting time for surgery was adequate in the subjective assessment of the majority (79.0%). The division of women on grounds of age adopted in this study, differentiated significantly most of the studied characteristics of respondents, with the exception of demographic data.

Conclusions: 1. Older women (> 49 years) more often than the younger (aged ≤ 49 years), feel fear of detection (or confirmation) of malignant neoplasm, find the waiting time for surgery appropriate and expect support primarily from medical staff. 2. Older women less likely than younger ones can expect – in their view – the assistance and support of families.

Key words: women's health, gynaecological surgery, preparation for surgery, expectation of support.

Adres do korespondencji:

Celina Łepecka-Klusek, Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny, Al. Ractawickie 23, 20-049 Lublin

Wstęp

Wsparcie psychiczne (inaczej emocjonalne) polega na przekazywaniu choremu emocji podtrzymujących, uspokajających, wyrażających troskę o jego dobro i pozytywny stosunek do jego osoby. Ponadto ma ono na celu wytworzenie klimatu zrozumienia i zaufania. Dzięki temu człowiek chory może uwolnić się od napięć emocjonalnych, poczucia beznadziejności oraz wyrazić swoje lęki, obawy i niepokoje. Wpływa to nie tylko na poprawę jego samooceny, ale również na jego samopoczucie. Zapotrzebowanie na ten rodzaj wsparcia najpowszechniej występuje w tzw. sytuacjach trudnych [1].

Konieczność poddania się operacji ginekologicznej jest niewątpliwie dla kobiety sytuacją trudną [2–4]. Może powodować ona u chorej pojawienie się obaw i niepokojów o utratę zdolności do współżycia płciowego i rozrodu oraz utratę cech kobiecości i atrakcyjności dla partnera [3, 5, 6].

Wraz ze starzeniem się organizmu kobiety następuje wzrost ryzyka operacyjnego [7–9]. Poinformowanie chorej o jego stopniu, co jest standardem w opiece, może zwiększać poziom odczuwanego lęku zarówno przed zabiegiem, jak i proponowanym znieczuleniem. Potęguje go też świadomość występowania chorób układowych (serca, naczyń krwionośnych), które częściej zdarzają się w wieku starszym niż młodszym.

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie, czy istnieje i jaki jest związek między wiekiem kobiet a zapotrzebowaniem na wsparcie w okresie oczekiwania na planową operację ginekologiczną.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w dwóch szpitalach uniwersyteckich (III stopień referencji) oraz w dwóch szpitalach wojewódzkich (II stopień referencji) w Lublinie i w Warszawie. Wybór szpitali podyktowany był liczbą wykonanych zabiegów operacyjnych w okresie 12 mies. poprzedzających niniejsze badania. W każdym z nich wykonano rocznie więcej niż 400 zabiegów.

Badaniami objęto 272 kobiety, które w okresie 2 mies. 2008 r. zgłosiły się do szpitala w celu poddania się wcześniej zaplanowanej operacji ginekologicznej. Kryterium włączenia do grupy stanowiły:

- podjęcie decyzji przez pacjentkę o skorzystaniu z proponowanych jej procedur zabiegowych,
- wyrażenie świadomej zgody na zabieg operacyjny,
- wyrażenie zgody na udział w badaniach.

Udziału w badaniach, bez podania przyczyn, odmówiły 43 (13,7%) osoby.

Zastosowany w badaniach kwestionariusz, opracowany dla celów tej pracy, kobiety otrzymywały w drugim dniu

po zabiegu operacyjnym. Składał się on z dwóch części. Pierwsza miała na celu zebranie danych demograficznych, tj. informacji o wieku badanych, miejscu zamieszkania, stałym zatrudnieniu bądź jego braku, stanie cywilnym oraz posiadaniu dzieci. Druga część zawierała pytania dotyczące przedmiotu badań, tj. zwyczaju (częstości) korzystania z badań ginekologicznych, poszukiwania dodatkowych informacji o chorobie i operacji, pierwszej reakcji na propozycję poddania się zabiegowi operacyjnemu, towarzyszących jej obaw i niepokojów, subiektywnej oceny czasu oczekiwania na operację oraz potrzeby wsparcia.

Podczas konstruowania kwestionariusza korzystano z ogólnych wytycznych metodologicznych, prezentowanych w piśmiennictwie, oraz z sugestii i uwag ekspertów, w tym przedstawicieli (profesorów) ginekologii, socjologii i psychologii. Formę stawianych pytań i słownictwo w nich użyte dostosowano do zróżnicowanego poziomu intelektualnego badanych, a zatem do ich możliwości percepcji. Etap przygotowania narzędzia badawczego zakończyły badania pilotażowe, przeprowadzone wśród 25 kobiet, których wyniki ostatecznie wykluczono z niniejszego opracowania.

Przed przystąpieniem do badań każda respondentka została poinformowana o sposobie wypełnienia kwestionariusza i anonimowości zebranych wyników. Ponadto wyjaśniono, że zebrany materiał będzie wykorzystany wyłącznie dla celów naukowych, zmierzających do poprawy jakości opieki nad kobietą w okresie przedoperacyjnym.

W opracowaniu użyto określenia „wiek rozrodczy”, co oznacza przedział czasowy, w którym kobieta zdolna jest (pod względem biologicznym) do urodzenia dziecka. W naszej strefie klimatycznej jest to wiek 15–49 lat [10].

Informacje dotyczące wskazań do operacji zaczerpnięto z dokumentacji medycznej, tj. z *Historii choroby* każdej kobiety uczestniczącej w badaniach.

Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej i statystycznej. Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, scharakteryzowano za pomocą licznosci i odsetka, natomiast w skali ilorazowej za pomocą mediany (Me), dolnego i górnego kwartyla (Q_1 ; Q_3). Do oceny istnienia różnic bądź zależności między analizowanymi parametrami niemierzalnymi użyto testu jednorodności lub niezależności χ^2 . Dla małych licznosci (poniżej 5) w badanych podgrupach użyto poprawki Yatesa.

Przyjęto 5-proc. błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności [11]. Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA v. 7.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki badań

Wiek badanych kobiet mieścił się w przedziale 18–60 lat (Me 34; Q_1 24; Q_3 48). W wieku rozrodczym były 183

kobiety (67,3%), a pozostałe (87; 32,7%) były starsze. Więcej danych charakteryzujących badaną grupę w zależności od ich wieku przedstawiono w tabeli I.

Fakt posiadania dzieci istotnie różnicował badane grupy na korzyść kobiet starszych ($p = 0,0003$). Miejsce zamieszkania, posiadanie stałego zatrudnienia i stan cywilny były w tej kwestii bez znaczenia – odpowiednio $p = 0,12$; $p = 0,29$; $p = 0,67$.

Zwyczaj regularnego korzystania z profilaktycznej opieki ginekologicznej potwierdziło 160 (58,8%) badanych kobiet, a 112 (41,2%) odpowiedziało, iż zgłasza się do tego specjalisty wyłącznie wtedy, gdy je coś niepokoi. Zachowania te były istotnie związane z wiekiem ($p = 0,00001$) na korzyść kobiet młodszych.

W ośrodku o najwyższym (III) stopniu referencyjności szpitala istotnie częściej ($p = 0,03$) operowane były kobiety starsze niż młodsze.

Do poszukiwania dodatkowych informacji o chorobie i operacji, tzn. szerszych niż udzielił badanym lekarz kierujący je do szpitala, przyznało się 248 kobiet (91,2%), a zaprzeczyły temu pozostałe 24 (8,8%). Za najcenniejsze źródło informacji w tej kwestii 112 respondentek (41,2%) uznało pracowników medycznych; 96 (35,3%) – inne chore, które przebyły operację ginekologiczną; 44 (16,2%) – czasopisma kobiece; 20 (7,3%) – rodzinę i przyjaciół. Przyjęty w tym opracowaniu podział na wiek nie różnicował istotnie częstości spotykanych wypowiedzi ($p = 0,09$).

Wskazania do zabiegu operacyjnego zebrano w dwie grupy:

1. Zaburzenia funkcji narządu rodowego, powodujące pogorszenie się jakości życia kobiety ($n = 149$; 54,8%).

Wśród nich były: krwawienia z dróg rodnych o różnym stopniu nasilenia, dolegliwości bólowe, przemieszczenie i zmiana statyki narządu rodowego, gubienie moczu, trudności z prokreacją.

2. Choroby nowotworowe – guzy złośliwe (z inwazją za pośrednictwem układu chłonnego), łagodnie lub graniczne ($n = 123$; 45,2%).

Wiek nie różnicował istotnie ($p = 0,4$) częstości wyżej omówionych grup wskazań do zabiegu operacyjnego.

Propozycję poddania się zabiegowi operacyjnemu respondentki przyjmowały różnorako. W relacji 124 badanych (45,6%) propozycja ta zaskoczyła je oraz wyzwoliła negatywne odczucia, tj. lęk, niedowierzenie i sprzeciw. Kolejne 113 kobiet (41,5%) oświadczyło, iż przyjęło ją ze spokojem, gdyż spodziewało się tego sposobu leczenia, a 35 (12,9%) ucieszyło się, doszukując się w niej szansy na uratowanie zdrowia i/lub życia. Liczbowy rozkład danych, dotyczący tego problemu, był istotnie związany z wiekiem ($p = 0,04$) – kobiety starsze najczęściej wskazywały na pierwszą wyżej wspomnianą reakcję, a młodsze na drugą.

W okresie oczekiwania na zabieg operacyjny kobietom towarzyszyło wiele obaw i niepokojów – łącznie wymieniły ich 717. Zapytane o to, czego obawiały się najbardziej, 198 (72,8%) odpowiedziało: „wykrycia (bądź potwierdzenia) nowotworu złośliwego”. Pozostałe 74 (27,2%) wskazały na ból, powikłania pooperacyjne, utratę kobiecości i/lub płodności. Czas oczekiwania na operację był, w subiektywnej ocenie większości badanych (215; 79,0%), odpowiedni; wg pozostałych (57; 21,0%) zbyt długi lub krótki. Wsparcia psychicznego od innych oczekiwało w okresie przedoperacyjnym

Tab. I. Dane demograficzne a wiek badanych

Badane cechy	Wiek ≤ 49 lat $n = 183$; 67,3%		Wiek > 49 lat $n = 89$; 32,7%		Istotność
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
miejsce zamieszkania	wieś $n = 97$; 35,7%	58	31,7	39	43,8
	małe miasto $n = 105$; 28,6%	73	39,9	32	36,0
	duże miasto $n = 70$; 25,7%	52	28,4	18	20,2
pacjentka ma stałe zatrudnienie	tak $n = 212$; 77,9%	146	79,8	66	74,2
	nie $n = 60$; 22,1%	37	20,2	23	25,8
stan cywilny	zameężna $n = 200$; 73,5%	136	74,3	64	71,9
	niezameężna $n = 72$; 26,5%	47	25,7	25	28,1
pacjentka ma dzieci	tak $n = 208$; 76,4%	128	69,9	80	89,9
	nie $n = 64$; 23,6%	55	30,1	9	10,1

239 kobiet (87,9%), w tym od osób im bliskich 168 (61,8%) i od pracowników służby zdrowia 71 (26,1%). Osobami, na które respondentki najczęściej wskazywały, były: mąż (partner), dzieci, rodzice, przyjaciele, a z pracowników medycznych również często lekarz, jak i położna. W badanej grupie były też takie kobiety (33; 12,1%), które stwierdziły, iż dobrze radziły sobie same i nie potrzebowały wsparcia. Zdecydowana większość badanych (213; 78,3%) oświadczyła, że w okresie oczekiwania na zabieg operacyjny mogła liczyć na pomoc i wsparcie rodziny; pozostałe (59; 21,7%) odpowiedziały, że nie mogły liczyć na takie wsparcie. Wśród tych ostatnich było 9 kobiet bezdzietnych, w wieku powyżej 49 lat i mieszkających samotnie. Zależność między wiekiem badanych a wspomnianymi powyżej cechami przedstawiono w tabeli II.

Podział na wiek różnicował istotnie ($p < 0,05$) wszystkie badane cechy. W przypadku wskazania osoby, od której kobiety przede wszystkim oczekują wsparcia oraz subiektywnej oceny możliwości jego uzyskania od rodziny różnice okazały się wysoce statystycznie znamienne – odpowiednio $p < 0,00000001$; $p = 0,0000009$.

Dyskusja

Prezentowane rezultaty obrazują, jak mało kobiet w wieku > 49 lat miało zwyczaj korzystania z profilaktycznych badań ginekologicznych. Obawiały się (część niż kobiety młodsze) wykrycia choroby nowotworowej, lecz dopiero pojawienie się objawów chorobowych mobilizowało je do wizyty u tego specjalisty. Jest to o tyle niepokojące, że działo się to w czasie realizacji progra-

mów profilaktycznych, a więc ułatwionej i bezpłatnej opieki lekarskiej. Być może kobiety te nigdy nie miały zwyczaju kontrolowania narządu rodowego, a może zaniechały tego po zakończeniu wieku rozrodczego. Zebrany materiał nie upoważnia jednak do takiego wniosku.

Pomimo znacznego wzrostu odsetka wyleczeń chorób nowotworowych wciąż postrzegane są one jako ciężkie i nieuleczalne [6, 12]. Prawdopodobnie dlatego już samo uzyskanie diagnozy może stanowić dla kobiety poważny stres oraz prowadzić do pojawienia się u niej reakcji o charakterze lękowym i depresyjnym [13, 14]. Propozycja operacji może być jednak, o czym świadczą wyniki prezentowanych badań, dwójaka, czyli dodatkowym stresem lub swojego rodzaju uspokojeniem, że istnieje jeszcze szansa na wyleczenie. Wsparcie społeczne potrzebne jest zarówno jednym, jak i drugim, jakkolwiek szczególnej troski wymagają kobiety starsze, wśród których propozycja poddania się zabiegowi operacyjnemu często jest (zwłaszcza w pierwszej chwili) odrzucana, a uzyskana diagnoza negowana. Prawdopodobną przyczyną takich zachowań jest lęk, choć na podstawie analizowanego materiału nie można tego jednoznacznie określić.

Duże znaczenie w okresie przedoperacyjnym przypisuje się sprawnej komunikacji między chorą a pracownikami medycznymi. Natomiast sprawdzonym sposobem zmniejszania lęku i niepokoju jest, poza wsparciem psychicznym, edukacja chorych [15]. Nie bez znaczenia są też rozmowy z innymi kobietami, które znalazły się w podobnej sytuacji [16]. Dowiedziono, iż przepływ informacji o skuteczności podjętego leczenia

Tab. II. Wiek kobiet a badane cechy

Badane cechy	Wiek ≤ 49 lat <i>n</i> = 183; 67,3%		Wiek > 49 lat <i>n</i> = 89; 32,7%		Istotność	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
obawy dotyczące nowotworu złośliwego	tak <i>n</i> = 198; 72,8%	123	67,2	75	84,3	$\chi^2 = 8,8$ $p = 0,003$
	nie <i>n</i> = 74; 27,2%	60	32,8	14	15,7	
czas oczekiwania na operację	odpowiedni <i>n</i> = 215; 79,0%	134	73,2	81	81,0	$\chi^2 = 11,44$ $p = 0,0007$
	nieodpowiedni <i>n</i> = 57; 21,0%	49	26,8	8	10,0	
oczekiwanie wsparcia przede wszystkim od:	najbliższych <i>n</i> = 168; 61,8%	135	73,8	33	37,1	$\chi^2 = 49,64$ $p < 0,00000001$
	służby zdrowia <i>n</i> = 71; 26,1%	24	13,1	47	52,8	
	nie dotyczy <i>n</i> = 33; 12,1%	24	13,1	9	10,1	
pacjentka mogła liczyć na pomoc i wsparcie rodziny	tak <i>n</i> = 213; 78,3%	159	86,9	54	60,7	$\chi^2 = 24,22$ $p = 0,0000009$
	nie <i>n</i> = 59; 21,7%	24	13,1	35	39,3	

zwiększa u kobiet poczucie kontroli nad własnym zdrowiem, motywuje do przyjęcia aktywnej postawy w walce z chorobą oraz sprzyja poszukiwaniu skutecznych zachowań zaradczych [1, 12]. Prezentowane wyniki badań własnych potwierdzają te doniesienia z piśmiennictwa. Gros badanych (91,2%) starało się wzbogacić swoją wiedzę o chorobie i operacji, a za najcenniejsze źródło informacji w tej kwestii uznało pracowników medycznych (41,2%) lub inne chore (35,3%). Warto przy tym dodać, iż wiek nie różnicował istotnie ($p > 0,05$) częstości tych odpowiedzi. Tak częste wskazanie na inne chore kobiety może świadczyć o potrzebie „doboru” pacjentek w salach szpitalnych, co w naszych warunkach nie zawsze jest możliwe. Możliwe jest natomiast inicjowanie i wspieranie działania grup samopomocy, chociaż te nie znalazły jeszcze uznania w polskim systemie ochrony zdrowia.

Ograniczenia osobowe, czasowe i przestrzenne w naszych szpitalach zmuszają niekiedy do poszukiwania nowych metod edukacji chorych (np. prezentacje multimedialne zapisane na nośniku cyfrowym), które zmniejszyłyby bezpośrednie zaangażowanie personelu [17]. W żadnym wypadku nie może to zastępować rozmowy z chorą, gdyż standardem w opiece jest bezpośredni kontakt osoby leczonej z leczącą [18]. Szczególnie ważne jest to w odniesieniu do kobiet starszych, dla których korzystanie ze zdobyczy techniki może być trudne i mało zrozumiałe.

Znaczenie rodziny we wsparciu kobiet w okresie okołoperacyjnym jest bezsporne. Dlatego niepokojące jest, że aż 21,7% badanych przyznało się, iż w okresie oczekiwania na operację nie mogło liczyć na pomoc i wsparcie rodziny. Wprawdzie w tej grupie istotnie częściej ($p < 0,05$) spotykano kobiety starsze niż młodsze, lecz większość z nich pozostawała w związku partnerskim i miała dzieci; nie wiadomo zatem, dlaczego nie doświadczyły wsparcia bliskich. Warto jednak pamiętać, że w sytuacji choroby i operacji rodzina może także potrzebować wsparcia, zwłaszcza informacyjnego [19, 20]. Natomiast dobra komunikacja z rodziną zwiększa jej zaufanie do pracowników medycznych, determinuje ocenę jakości świadczonej opieki, a przede wszystkim służy dobru chorej [21].

Etyczny i prawny obowiązek informowania kobiety o jej chorobie i możliwych do zastosowania u niej procedur medycznych uwidacznia pewien problem, który dotyczy granicy przekazywanych informacji. Z jednej strony pozwala on uzyskać świadomą zgodę pacjentki na proponowane jej leczenie, a z drugiej niesie niebezpieczeństwo nasilenia się leku i niepokoju [22]. Trzeba przy tym pamiętać, iż chora ma prawo, na swoje wyraźne życzenie, nie być informowaną o szczegółach stanu własnego zdrowia. To prawo do niewiedzy jest instrumentem pozwalającym jej uniknąć niechcianych informacji [23]. W związku z tym konieczne jest ustalenie standardów postępowania oraz doskonalenie

umiejętności personelu medycznego w zakresie rozpoznawania czynników modyfikujących emocje chorych w okresie okołoperacyjnym. Dzięki temu można dotrzeć do rzeczywistych problemów związanych z chorobą, planować i realizować indywidualną opiekę oraz świadczyć wsparcie w takim stopniu, w jakim jest ono potrzebne [24].

Wnioski

1. Kobiety starsze (> 49 lat) istotnie częściej niż młodsze (w wieku ≤ 49 lat) obawiają się wykrycia (bądź potwierdzenia) nowotworu złośliwego, oceniają czas oczekiwania na zabieg operacyjny jako odpowiedni i oczekują wsparcia przede wszystkim od pracowników medycznych.
2. Kobiety starsze rzadziej niż młodsze mogą liczyć – w ich ocenie – na pomoc i wsparcie rodziny.

Piśmiennictwo

1. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H, Cieślak R (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; 11-28.
2. Pilewska A, Jakiel G. Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną jako sytuacja trudna dla kobiet. *Przeegl Menopauz* 2005; 5: 37-41.
3. Pilewska A, Jakiel G, Wenecki W i wsp. Operacja ginekologiczna jako sytuacja stresująca – potrzeba wsparcia w okresie okołoperacyjnym. *Zdr Publ* 2007; 117: 191-5.
4. Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Syty K i wsp. Oczekiwanie na planowaną operację ginekologiczną w ocenie kobiet. *Gin Pol* 2009; 80: 699-703.
5. Ferroni P, Deeble J. Women's subjective experience of hysterectomy. *Aust Health Rev* 1996; 19: 40-55.
6. Sevil U, Ertem G, Kavlak O, Coban A. The loneliness level of patients with gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16 (Suppl. 1): 472-7.
7. Stepp KJ, Barber MD, Yoo EH, et al. Incidence of perioperative complications of urogynecologic surgery in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1630-6.
8. Sung VW, Weitzen S, Sokol E, et al. Effect of patient age on increasing morbidity and mortality following urogynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1411-7.
9. Gepner K, Lisowska B. Ocena ryzyka okołoperacyjnego u chorych zakwalifikowanych do planowego zabiegu chirurgicznego. *Geriatrics* 2008; 2: 276-81.
10. Holzer JZ. Demografia. Wydawnictwo PWE, Warszawa 2003.
11. Stanisz A. Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Tom I. Wydawnictwo StatSoft Polska, Kraków 2001.
12. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkol* 2006; 10: 51-6.
13. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K i wsp. Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz Onkol* 2009; 13: 41-6.
14. Schofield PE, Butow PN, Thompson J, et al. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol* 2003; 14: 48-56.
15. Baker J, Keenan LA, Zwischenberger J. A model for primary care psychology with general thoracic surgical patients. *J Clin Psych in Med Set* 2005; 12: 359-66.
16. Uskul AK, Ahmad F, Leyland NA, et al. Women's hysterectomy experiences and decision-making. *Women Health* 2003; 38: 53-67.
17. Pierściński S, Szmytkowski J, Dąbrowiecki S. Wpływ edukacji multimedialnej chorego na przebieg pooperacyjny po hernioplastyce. *Chir Pol* 2007; 9: 85-91.

18. Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, et al. Patients' Satisfaction With the Preoperative Informed Consent Procedure: A Multicenter Questionnaire Survey in Switzerland. *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 307-12.
19. Ödling G, Norberg A, Danielson E. Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *J Adv Nurs* 2002; 39: 77-86.
20. Micik S, Borbasi S. Effects of support programme to reduce stress in spouses partners' fall off clinical pathways post cardiac surgery. *Aust Crit Care* 2002; 15: 33-40.
21. Cunningham MF, Hanson-Heath C, Agre P. A Perioperative Nurse Liaison Program: CNS Interventions for Cancer Patients and Their Families. *J Nurs Care Quality* 2003; 18: 16-21.
22. Basińska K, Michowska M, Borys B, et al. The effect of anaesthetic information on the level of preoperative anxiety. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2006; 38: 184-7.
23. Carmi A (red.): Świadoma zgoda. Tłumaczenie: Błaszczuk J, Orzechowska-Juzwenko K. Katedra Bioetyki UNESCO, Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki, Wrocław 2007.
24. Romanik W, Kański A, Soluch P i wsp. Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anest Intens Ter* 2009; 2: 94-9.