

Wpływ operacji ginekologicznych na stopień zaburzeń snu oraz emocji u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym

Impact of gynecological operations on sleeping and emotion disorders in women in peri and postmenopausal age

Maciej Wilczak¹, Ewa Mojs², Dariusz Samulak^{3,4}, Magdalena Monika Michalska⁵, Michał Ziarko⁶, Łukasz Kaczmarek⁶

¹Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Zakładu: prof. UM dr hab. n. med. Maciej Wilczak

²Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Zakładu: dr Ewa Mojs

³Katedra Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Tomasz Opala

⁴Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Stefan Sajdak

⁵Oddział Potożniczo-Ginekologiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu;

kierownik Oddziału: dr Dariusz Samulak

⁶Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu;

kierownik Instytutu: prof. dr hab. n. hum. Jerzy Brzeziński

Przeгляд Menopauzalny 2011; 5: 393–399

Streszczenie

Zabiegi chirurgiczne wykonywane w ginekologii mają specyficzny wpływ na jakość życia oraz psychikę kobiet ze względu na narządy, których dotyczą, a które bezpośrednio wiążą się z poczuciem kobiecości, a tym samym z byciem atrakcyjną, pożądaną, pewną swego wizerunku. Kobiety w wieku około- i pomenopauzalnym, które często doświadczają tego rodzaju zabiegów, narażone są ponadto na występowanie objawów związanych bezpośrednio z okresem klimakterium i przez sam ten fakt narażone są na gorsze samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Celem pracy było określenie, czy operacje ginekologiczne mają większy wpływ na zaburzenia snu i emocji u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym niż u kobiet w wieku reprodukcyjnym i czy sposób przeprowadzania zabiegu (endoskopowy, laparotomia, operacja pochwową) ma również wpływ na występowanie tych zaburzeń. Badaniu poddano 25 pacjentek w wieku rozrodczym, 26 w wieku okołomenopauzalnym i 29 w wieku pomenopauzalnym. Każda z nich wypełniła kwestionariusze badające stopień kontroli emocji, nasilenia depresji, bezsenności, zaburzeń snu, akceptacji choroby i zadowolenia z życia. Stwierdzono, że pacjentki młodsze lepiej kontrolowały emocje w okresie okołoperacyjnym, mniej uskarżały się na zaburzenia snu i bardziej akceptowały swoją chorobę oraz sytuację, w której się znalazły. Nie stwierdzono natomiast zbyt dużych różnic w nasileniu objawów depresyjnych, lęku czy zadowoleniu z życia w zależności od sposobu wykonywanej operacji. Zauważono jedynie większe nasilenie bezsenności wśród kobiet po laparotomii niż u pacjentek po operacjach endoskopowych.

Słowa kluczowe: sen, emocje, zaburzenie, operacje ginekologiczne.

Summary

Sleeping and emotion disorders, especially insomnia and sleep continuity disorders, are most severely felt and determine women's everyday life. The research was aimed at assessing the dependence of the occurrence of sleeping and emotion disorders in women of perimenopausal age and the use of hormonal replacement therapy.

Adres do korespondencji:

Maciej Wilczak, Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Ginekologiczno-Potożniczy Szpital Kliniczny, ul. Polna 33, 60-535 Poznań

86 women participated in the study. The patients were between 23 and 70 years of age ($M = 51,07$; $SD = 12,75$). They were recruited from gynaecological wards in the Wielkopolska region. They underwent surgical interventions by endoscopy and per vagina method also. In the study standardized test methods of determined reliability and internal accuracy were used: Courtauld Emotional Control Scale (CECS), Epworth Sleepiness Scale, Athens Insomnia Scale, Stanford Sleepiness Scale, Beck Depression Inventory, Satisfaction With Life Scale, Multidimensional Self-Esteem Inventory. The results show there was the negative correlation between satisfaction with life and the level of state anxiety ($r\text{-Person} = -0,40$; $p < 0,01$), depression ($r\text{-Person} = -0,37$; $p < 0,01$) and insomnia ($r\text{-Person} = -0,39$; $p < 0,01$). Young women in the premenstrual period presented higher levels of emotion control [$F(2,55) = 4,193$; $p < 0,05$], the acceptance of disease [$F(2,55) = 18,106$; $p < 0,01$], and reported insomnia symptoms less frequently [$F(2,55) = 13,830$; $p < 0,01$].

Key words: sleeping, emotion, disorders, gynecological operations.

Wstęp

Okres okołomenopauzalny, w którym zaczynają zaznaczać się biologiczne, endokrynologiczne i kliniczne objawy menopauzy, obejmuje, wg Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), okres 2–8 lat poprzedzających wystąpienie ostatniej miesiączki oraz rok po jej wystąpieniu, a wiek, w którym występuje menopauza, określa się na 48–52 lat [1]. Jest to szczególnie trudny czas dla kobiety, w którym objawiające się dolegliwości związane z klimakterium (uderzenia gorąca, zlewne poty, bóle głowy, zaburzenia snu, spadek libido, depresja) znacząco wpływają na jej samopoczucie, zdrowie i kondycję psychiczną [2]. Szczególnie zauważalne są nasilające się objawy depresyjne, do myśli samobójczych włącznie, lęk, zaburzenia snu oraz poczucie braku wartości [3, 4].

Zabiegi operacyjne wykonywane w ginekologii mają również specyficzny wpływ na jakość życia oraz psychikę kobiet. Dzieje się tak ze względu na narządy, których dotyczą, a które bezpośrednio wiążą się z poczuciem kobiecości, a tym samym z byciem atrakcyjną, pożądaną, pewną swego wizerunku [5].

Z punktu widzenia psychologicznego, w ginekologii wyróżnia się dwie duże grupy zabiegów:

1. Zabiegi naprawcze, które mają na celu usunięcie wad w budowie narządów (np. zrośnięcie pochwy) czy patologicznego położenia narządów (np. obniżenie macicy). Zabiegi te poprawiają samopoczucie kobiety i są przeważnie oceniane przez pacjentki korzystnie – mimo lęku towarzyszącego okresowi przedoperacyjnemu. Stan zdrowia kobiety po operacji szybko wraca do normy.
2. Operacje, podczas których, ze względu na stan zdrowia pacjentki, konieczne jest postępowanie radykalne, obejmujące np. całkowite usunięcie przydatków i macicy. Informację o konieczności usunięcia narządów płciowych pacjentka może odebrać jako utratę kobiecości. Często towarzyszy temu przeświadczenie o utracie atrakcyjności, możliwości satysfakcjonującego współżycia płciowego oraz poczucie mniejszej wartości, szczególnie wówczas, gdy dochodzi do utraty płodności. Wywołuje to chęć zatajenia szczegółów przeprowadzonej operacji przed mężem czy pozostałymi członkami rodziny. Takie nastawienie może wpłynąć negatywnie na psychikę kobiety operowanej [5, 6].

Nie bez znaczenia jest również fakt powstania blizny pooperacyjnej, który przez pacjentki odbierany jest negatywnie, jako coś szpecącego. Dlatego zdecydowanie bardziej pożądane przez kobiety są zabiegi, które dają lepszy efekt kosmetyczny i mniejszy ból pooperacyjny [7].

Pacjentki oczekujące na zabieg ginekologiczny odczuwają lęk przedoperacyjny o różnym stopniu nasilenia:

- niewielki lęk przedoperacyjny – pacjentki przed zabiegiem zachowują się spokojnie, nie zdradzają objawów zdenerwowania;
- umiarkowany lęk – pacjentki odczuwają obawy związane z operacją, ale są w stanie je opanować;
- lęk silny – pacjentki nieustannie odczuwają zdenerwowanie, nie są w stanie opanować strachu, ulegają panice.

Stopień nasilenia lęku przedoperacyjnego ma wpływ na zachowanie pacjentek po zabiegu. Pacjentki z niewielkim lękiem mają problemy z przystosowaniem się do warunków po operacji, szczególnie z uruchomieniem. Są niezadowolone z opieki, roszczeniowe. Kobiety z silnym lękiem przedoperacyjnym zachowują się podobnie również po operacji, wszelkie zabiegi wzbudzają u nich strach. Najlepiej przystosowane do warunków pooperacyjnych są pacjentki obawiające się zabiegu w stopniu umiarkowanym, ponieważ nie sprawiają żadnych kłopotów i łatwo poddają się zabiegom koniecznym w okresie rekonwalescencji [5, 8].

Powstaje pytanie, czy operacje ginekologiczne mają taki sam wpływ na zaburzenia emocji i snu u kobiet w wieku okołomenopauzalnym jak w wieku reprodukcyjnym, czy też stan psychiczny pacjentki wynikający ze zmian zachodzących w okresie klimakterium zmienia jej podejście do zabiegu ginekologicznego.

Cel pracy

Celem pracy było określenie, czy operacje ginekologiczne mają większy wpływ na zaburzenia snu i emocji u kobiet w wieku okołomenopauzalnym niż u kobiet w wieku reprodukcyjnym i czy sposób przeprowadzania zabiegu (endoskopowy, laparotomia, operacja pochwową) ma również wpływ na występowanie tych zaburzeń.

Materiał i metody

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 86 kobiet. Były one pacjentkami Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu i znajdowały się w wieku pomiędzy 23. a 70. r.ż. [średnia arytmetyczna (M) = 51,07; odchylenie standardowe (*standard deviation* – SD) = 12,75]. Dwadzieścia dwie pacjentki, oprócz operowanego schorzenia ginekologicznego cierpiały jeszcze na inną chorobę przewlekłą (cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwinną serca lub astmę). Pięćdziesiąt siedem kobiet miało dzieci, a 29 było bezdzietnych. Większość badanych kobiet ($n = 39$) deklarowała, że nie pali papierosów, 27 było palaczkami, a 20 pacjentek odmówiło odpowiedzi na to pytanie.

Badane osoby zostały podzielone na grupy ze względu na technikę przeprowadzonej operacji oraz ze względu na wiek. W pierwszym przypadku wyróżniono trzy grupy kobiet:

- grupa I – kobiety operowane z dostępu pochwowego ($n = 28$);
- grupa II – kobiety operowane z dostępu brzuszego ($n = 14$);
- grupa III – kobiety operowane endoskopowo ($n = 16$).

Pacjentki operowane techniką endoskopową były młodsze (M = 38,56; SD = 12,22) od pacjentek operowanych z dostępu pochwowego (M = 51,71; SD = 9,88) i brzuszego (M = 57,71; SD = 7,70) – $F(2,55) = 14,596$; $p < 0,000$. Biorąc pod uwagę wiek kobiet, wyróżniono następujące grupy: pacjentki w wieku rozrodczym ($n = 25$); okołomenopauzalnym ($n = 26$) i pomenopauzalnym ($n = 29$). Przyjęto, że kobiety przed 45. r.ż. znajdują się w okresie rozrodczym, pomiędzy 45. r.ż. do roku po menopauzie – w okresie okołomenopauzalnym, a powyżej roku od menopauzy – w okresie pomenopauzalnym.

Narzędzia badawcze

Kobiety biorące udział w badaniu miały za zadanie wypełnić zestaw kwestionariuszy umożliwiających badanie stopnia kontroli emocji, natężenia depresji, satysfakcji z życia, stopnia akceptacji choroby, nasilenia bezsenności oraz zaburzeń snu. Badania były dobrowolne i anonimowe. Zostały przeprowadzone w szpitalu w okresie 5 dni po operacji.

Skala Kontroli Emocji (*Courtauld Emotional Control Scale* – CECS; Watson, Greek, polska adaptacja wg Juczyńskiego, 2001). Tworzą ją trzy podskale (po 7 twierdzeń każda) służące do określania sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku w sytuacjach trudnych. Suma wyników na wszystkich podskalach wskazuje na ogólny poziom kontroli emocji. Osoby badane ustosunkowują się do podanych twierdzeń na 4-punktowej skali, której krańce opisane są jako: 1 – prawie nigdy, 4 – prawie zawsze [9].

Skala Senności Epworth (*Epworth Sleepiness Scale* – ESS). Umożliwia oszacowanie poziomu senności badanego rozumianego jako jego stałą cechę; jest jedną z najczęściej stosowanych skal w medycynie snu, szczególnie w badaniach przesiewowych oraz prowadzeniu leczenia u osób z nadmierną sennością. Jest to skala oceny własnej. Osoba badana jest proszona o ocenienie, w skali 0–3, prawdopodobieństwa zaśnięcia przez nią w 8 typowych sytuacjach z życia codziennego. Skala uwzględnia przy tym zarówno sytuacje bierne, promujące sen, jak np. leżenie i odpoczywanie po południu, jak również sytuacje aktywne, niesprzyjające zasypianiu, jak np. rozmowa, siedzenie. Z tego powodu, stosując skalę ESS, można wstępnie różnicować pomiędzy prawidłową a zwiększoną sennością pacjenta [10].

Stanfordzka Skala Senności (*Stanford Sleepiness Scale* – SSS). Jest narzędziem mierzącym aktualny poziom senności, które jest czułe na chwilowe zmiany. Pacjent zakreśla w kwestionariuszu odpowiedź, która najbardziej odpowiada jego stanowi w danej chwili i określa, jak bardzo senny i/lub czujny jest w tym momencie. Możliwych jest 7 odpowiedzi od 1 – „Czuję się aktywny (-a) i rześki (-a), czujny (-a), w pełni rozbudzony (-a)” do 7 – „Prawie śpię. Całkiem poddaję się senności” [10].

Ateńska Skala Bezsenności. Służy do pomiaru nasilenia objawów bezsenności. Zawiera 8 pytań odnoszących się do kryteriów wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Classification of Diseases* – ICD-10). Na każde pytanie pacjent udziela odpowiedzi, które są punktowane od 0 do 3 pkt. W pracy wykorzystano normy pochodzące z badań Soldatosa i wsp., przyjmując wynik ≥ 6 pkt jako wartość sugerującą aktualne rozpoznanie bezsenności u badanego [10, 11].

Inwentarz Depresji Becka (Beck, Ward, Mendelson, 1961; Parnowski, Jernajczyk, 1977). Skala składa się z 21 zestawów po 4 stwierdzenia odnoszących się do wymiarów funkcjonowania w ciągu miesiąca od momentu pomiaru. Pierwsza odpowiedź jest neutralna, a kolejne związane są z coraz silniejszymi objawami depresji, np. „Mam poczucie, że wyglądam okropnie i odrażająco”. Wynik ogólny stanowi sumę udzielonych odpowiedzi. Skala ta jest wygodnym inwentarzem pozwalającym ocenić głębokość poszczególnych objawów depresyjnych, takich jak obniżony nastrój, lęk i obawy, niska samoocena, utrata odczuwania radości, poczucie winy, oczekiwanie kary, niechęć do siebie, myśli samobójcze, płaczliwość, uczucie zdenerwowania oraz spadek libido. Pozwala ona na wyodrębnienie 4 stanów nasilenia depresji: brak depresji, łagodna, umiarkowanie ciężka, bardzo ciężka depresja [12, 13].

Skala Satysfakcji z Życia (Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985; cyt. za: Juczyński, 2001). Skala składa się z 5 pozycji testowych zawierających świadome sądy ewaluacyjne o własnym życiu. Punktem odniesienia dla oceny jest subiektywne przekonanie osoby odpowiadającej, np. „Pod wieloma względami moje życie jest

Tab. I. Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności α -Cronbacha oraz współczynniki korelacji odnotowane pomiędzy mierzonymi zmiennymi

	Min. – maks.	M	SD	Współczynniki rzetelności α -Cronbacha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lęk jako stan przejściowy	30–74	48,80	6,53	0,73	–									
Lęk jako cecha	31–63	49,85	4,42	0,50	0,42*	–								
Poziom depresji	0–44	14,38	9,98	0,96	0,31*	0,33**	–							
Ogólna kontrola emocji	27–80	54,51	8,29	0,74	-0,12	-0,03	-0,15	–						
Ogólna kontrola gniewu	7–28	17,83	4,43	0,71	-0,24*	-0,06	-0,11	0,87**	–					
Ogólna kontrola lęku	13–28	18,25	2,59	0,20	0,09	0,01	-0,10	0,62**	0,38**	–				
Ogólna kontrola depresji	7–28	18,42	3,59	0,61	-0,04	-0,01	-0,13	0,78**	0,51**	0,24*	–			
Akceptacja choroby	8–40	26,99	8,02	0,93	-0,23	0,05	-0,27*	0,19	0,19	0,06	0,16	–		
Poczucie zadowolenia z życia	5–35	16,13	7,45	0,95	-0,40**	-0,29*	-0,37**	0,06	0,10	-0,14	0,11	0,11	–	
Nasilenie objawów bezsenności	0–16	7,03	5,01	0,92	0,24*	0,17	0,61**	-0,21	-0,14	-0,07	-0,25*	-0,53**	-0,39**	–
Aktualny poziom senności	1–6	3,55	1,20	–	0,23	0,31	0,21	0,21	0,22	-0,10	0,25	0,17	-0,02	0,03
Poziom senności jako cecha stała	0/16	7,27	4,71	0,76	0,01	0,00	0,54**	-0,08	-0,02	-0,11	-0,09	-0,33**	-0,18	0,42**

M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe (standard deviation); * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

zbliżone do ideału”. Osoba badana odpowiada w skali 7-punktowej (1 – zupełnie się nie zgadzam, 8 – całkowicie się zgadzam) [9, 14].

Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS; Felton, Revenson, Hinrichsen, 1984; cyt. za: Luczyński, 2001). Skala składa się z 8 twierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, np. „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Badani mają za zadanie określić swój aktualny stan na 5-punktowej skali, której krańce opisane są jako: 1 – zdecydowanie się zgadzam, 5 – zdecydowanie się nie zgadzam [9].

Procedura analizy wyników

Dane zostały przeanalizowane w trojaki sposób. Po pierwsze, obliczono statystyki opisowe mierzonych zmiennych oraz określono współczynniki rzetelności wykorzystanych narzędzi badawczych (tab. I). Po drugie, określono siłę związków pomiędzy zmiennymi za pomocą współczynnika korelacji *r*-Pearsona. Po trzecie, porównano funkcjonowanie kobiet przypisanych do grup ze względu na metodę przeprowadzonej operacji (kobiety operowane z dostępu pochwowego, kobiety operowane z dostępu brzuszego, kobiety operowane endoskopowo) oraz ze względu na wiek (kobiety w wieku reprodukcyjnym, w okresie okołomenopauzalnym i w okresie pomenopauzalnym). Porównań dokonano, wykonując jednoczynnikową analizę wariancji (*analysis of variance* – ANOVA).

Wyniki

W badaniu przyjęto, że aktualny poziom zdrowia psychicznego pacjentek będzie określany na podstawie 2 wskaźników negatywnych (natężenia leku i depresji) oraz 1 wskaźnika pozytywnego (poczucia zadowolenia z życia). Okazało się, że poziom lęku sytuacyjnego wiąże się dodatnio z nasileniem objawów bezsenności (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = 0,24; $p < 0,05$) i ujemnie z umiejętnością kontroli gniewu (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = -0,24; $p < 0,05$). Lęk, rozumiany jako cecha, czyli pewna osobowościowa właściwość człowieka, nie wiązał się z żadnymi wziętymi pod uwagę zmiennymi. Poziom depresji zależał odwrotnie proporcjonalnie od stopnia akceptacji choroby (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = -0,27; $p < 0,05$) i wprost proporcjonalnie od nasilenia objawów bezsenności (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = 0,61; $p < 0,01$) oraz poziomu senności badanego rozumianego jako jego stała cecha (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = 0,54; $p < 0,01$). Poczucie zadowolenia z życia wiązało się ujemnie z poziomem lęku sytuacyjnego (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = -0,40; $p < 0,01$), poziomem depresji (współczynnik korelacji *r*-Pearsona = -0,37; $p < 0,01$) oraz nasileniem objawów

bezsensowności (współczynnik korelacji r -Pearsona = $-0,39$; $p < 0,01$; tab. I).

Porównanie funkcjonowania kobiet operowanych różnymi technikami wykazało, że w przypadku większości branych pod uwagę zmiennych nie ma różnic w ich natężeniu. Jedynie kobiety operowane metodą endoskopową zgłaszały mniejsze nasilenie objawów bezsensowności ($M = 4,81$; $SD = 4,49$) w porównaniu z kobietami operowanymi drogą brzuszna [$M = 9,64$; $SD = 5,18$; $F(2,55) = 4,028$; $p < 0,05$; tab. II].

Wiek okazał się istotnym predyktorem funkcjonowania kobiet po operacji. Okazało się, że kobiety młodsze, będące w wieku rozrodczym potrafią:

- w lepszy sposób kontrolować swoje emocje [$F(2,55) = 4,193$; $p < 0,05$];
- w większym stopniu akceptują swoją chorobę [$F(2,55) = 18,106$; $p < 0,01$];
- zgłaszają mniej objawów zaburzeń snu [$F(2,55) = 13,830$; $p < 0,01$] oraz niższy poziom sensowności rozumiany jako stała cecha [$F(2,55) = 8,328$; $p < 0,01$; tab. III].

Dyskusja

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy wskazują wyraźnie na związek pomiędzy nasileniem objawów lękowych, stopniem nasilenia bezsensowności i depresji oraz akceptacją choroby i zadowoleniem z życia. Pacjentki z silniejszymi objawami lękowymi i depresyjnymi oraz z większym stopniem bezsensowności były mniej zadowolone z życia i nie akceptowały swojej choroby.

Podobne wyniki wskazujące na powiązanie pomiędzy występowaniem objawów zespołu klimakterycznego (w tym depresji, lęku i zaburzeń snu) a obniżeniem jakości życia i zadowolenia z niego uzyskali Blumel i wsp. [15] oraz Satoh i Ohashi [16]. Obydwa zespoły badaczy stwierdziły kilkakrotnie większe ryzyko obniżenia jakości życia u kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym niż przed klimakterium.

Innego zdania są natomiast Schwarz i wsp. [17], którzy nie stwierdzili, jakoby sama menopauza i związane z nią objawy wypadkowe miały jakikolwiek wpływ na obniżenie jakości życia. Ich zdaniem, różnice w jakości życia pomiędzy kobietami w wieku przed- i pomenopauzalnym należy tłumaczyć stylem życia, czynnikami socjodemograficznymi i psychosocjologicznymi.

Wojnar i wsp. [18] badali występowanie depresji u 2262 kobiet w wieku 45–55 lat, które zgłaszały się na badania ginekologiczne. Wykazali oni występowanie tego rodzaju zaburzenia emocjonalnego u ponad 19% kobiet. Bardziej nasilone objawy występowały u kobiet, które przeszły operację ginekologiczną oraz u tych, które częściej były w klinikach i na oddziałach ginekologicznych z powodu schorzeń narządów płciowych oraz objawów zespołu klimakterycznego.

Podobnie negatywny wpływ operacji ginekologicznych na psychikę kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym stwierdzili Skrzypulec i wsp. [2, 19]. Zauważyli oni wzrost poziomu depresji u kobiet poddanych operacji usunięcia macicy z przydatkami oraz negatywny wpływ tych zabiegów na seksualność kobiet.

Tab. II. Różnice w funkcjonowaniu kobiet po operacji ginekologicznej w zależności od techniki operacji – jednoczynnikowa analiza wariancji

	Operacja z dostępu pochwowego (n = 28) (P)	Techniki endoskopowe (n = 16) (E)	Operacje drogą brzuszna (n = 14) (B)	F (2,55)	η^2	Test HSD Tukeya
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Lęk jako stan przejściowy	49,39 (4,75)	49,44 (5,72)	46,64 (10,55)	0,878	0,03	
Lęk jako cecha	50,46 (2,94)	49,00 (4,59)	48,86 (7,27)	0,758	0,03	
Depresja	15,67 (8,55)	11,62 (12,28)	15,14 (10,69)	0,833	0,03	
Ogólny wskaźnik kontroli emocji	54,60 (6,91)	59,36 (9,62)	55,46 (5,22)	1,876	0,07	
Kontrola gniewu	17,72 (3,62)	20,50 (4,93)	17,82 (3,74)	2,328	0,09	
Kontrola lęku	18,48 (2,57)	18,50 (3,48)	18,91 (2,77)	0,092	0,04	
Kontrola depresji	18,40 (3,18)	20,36 (3,86)	18,73 (2,97)	1,598	0,06	
Akceptacja choroby	24,65 (6,93)	29,33 (9,14)	23,14 (8,38)	2,507	0,09	
Poczucie zadowolenia z życia	15,48 (7,66)	16,87 (8,61)	16,69 (6,84)	0,196	0,01	
Nasilenie objawów bezsensowności	8,00 (4,81)	4,81 (4,49)	9,64 (5,18)	4,028*	0,13	E < B
Aktualny poziom sensowności	3,47 (1,13)	3,67 (2,08)	3,44 (1,24)	0,037	0,01	
Poziom sensowności jako cecha stała	7,37 (3,81)	6,40 (5,44)	8,14 (5,57)	0,492	0,02	

B – operacje drogą brzuszna; E – techniki endoskopowe; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe (standard deviation); * $p < 0,05$.

Tab. III. Różnice w funkcjonowaniu kobiet po operacji ginekologicznej w wieku rozrodczym, okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym – jednoczynnikowa analiza wariancji

	Wiek przedmeno- pauzalny (n = 25)	Wiek menopauzalny (n = 26)	Wiek pomeno- pauzalny (n = 29)	F (2,77)	η^2	Test HSD Tukeya
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Lęk jako stan przejściowy	47,28 (6,81)	47,77 (5,65)	51,04 (6,62)	2,825 ^t	0,07	
Lęk jako cecha	49,04 (3,93)	49,23 (4,84)	51,07 (4,28)	1,797	0,05	
Depresja	10,67 (9,66)	15,27 (10,10)	16,66 (9,57)	2,624 ^t	0,07	
Ogólny wskaźnik kontroli emocji	58,71 (8,17)	52,75 (9,21)	52,73 (6,30)	4,193 [*]	0,11	WPM > WM; WM > WMP
Kontrola gniewu	19,76 (4,73)	16,63 (4,19)	17,39 (4,02)	3,206 [*]	0,09	WPM > WM
Kontrola lęku	18,86 (3,01)	17,92 (2,50)	18,08 (2,31)	0,830	0,02	
Kontrola depresji	20,10 (3,33)	18,21 (3,82)	17,27 (3,17)	3,970 [*]	0,02	WPM > WMP
Akceptacja choroby	33,54 (7,17)	26,72 (6,80)	22,24 (6,09)	18,106 ^{***}	0,33	WPM > WM; WPM > WMP; WM > WMP
Poczucie zadowolenia z życia	16,50 (7,95)	15,96 (7,12)	16,00 (7,60)	0,037	0,01	
Nasilenie objawów bezsenności	3,52 (3,47)	7,40 (4,47)	9,72 (4,88)	13,830 ^{***}	0,28	WPM < WM; WPM < WMP
Aktualny poziom senności	3,75 (1,70)	3,46 (0,97)	3,56 (1,31)	0,086	0,01	
Poziom senności jako cecha stała	4,17 (4,38)	8,62 (3,86)	8,52 (4,65)	8,382 ^{***}	0,18	WPM < WM; WPM < WMP

M – średnia arytmetyczna; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** istotne na poziomie trendu; SD – odchylenie standardowe (standard deviation); WM – wiek menopauzalny; WMP – wiek pomenopauzalny; WPM – wiek przedmenopauzalny.

Wzrost zaburzeń snu oraz brak aktywności życiowej u pacjentek poddanych operacji ginekologicznej przedstawili w swoich badaniach również Rannestad i wsp. [20]. Nie stwierdzili oni natomiast zmian w aspekcie zdrowia psychicznego czy zaburzeń seksualnych kobiet.

Z kolei nasilenie objawów depresyjnych wywołanych dysfunkcją seksualną, poczuciem lęku i gorszą samooceną stwierdzili w swoich badaniach Yen i wsp. [21], badając 68 pacjentek, które poddane zostały histerektomii z powodu choroby innej niż nowotwór złośliwy.

Różnice w zachowaniu pomiędzy pacjentkami w wieku reprodukcyjnym, a tymi po menopauzie w momencie zetknięcia się z informacją o konieczności wykonania zabiegu operacyjnego zauważyli Łepecka-Klusek i wsp. [22]. Według ich badań, młodsze pacjentki przyjęły informację spokojnie, spodziewając się takiego sposobu leczenia, a starsze były zaskoczone, odczuwały lęk, niedowierzanie i zgłaszały sprzeciw.

W prezentowanym materiale własnym zauważono również, że pacjentki młodsze lepiej kontrolowały emocje w okresie okołoperacyjnym, mniej uskarżały się na zaburzenia snu i bardziej akceptowały swoją chorobę oraz sytuację, w której się znalazły. Nie stwierdzono natomiast zbyt dużych różnic w nasileniu objawów depresyjnych, lęku czy zadowoleniu z życia w zależności od sposobu wykonywanej operacji (endoskopowa, lapa-

rotomia lub operacja pochwowa). Zauważono jedynie większe nasilenie bezsenności wśród kobiet po laparotomii niż u pacjentek po operacjach endoskopowych.

Wnioski

1. Operacje ginekologiczne wywierają większy wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie kobiet w wieku okołomenopauzalnym niż kobiet w wieku reprodukcyjnym i wiążą się z nasileniem występowania objawów depresyjnych, lęku, zaburzeń snu i braku akceptacji sytuacji, w której się znalazły.
2. Sposób przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego ma niewielki wpływ na nasilenie występowania zaburzeń kontroli emocji i na stopień akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of The North American Menopause Society. *Menopause* 2000; 7: 5-13.
2. Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J, Nowosielski K. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Gin Prakt* 2003; 11: 26-34.
3. Dell DL, Stewart DE. Menopause and mood. Is depression linked with hormone changes? *Postgrad Med* 2000; 108: 34-6, 39-43.
4. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 351-8.
5. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1988.

6. Pilewska A, Jakiel G, Wenecki W i wsp. Operacja ginekologiczna jako sytuacja stresująca – potrzeba wsparcia w okresie okołoperacyjnym. *Zdr Publ* 2007; 117: 191-5.
7. Wilczyński JR. Zasady bezpiecznej laparoskopii. W: Malinowski A (red.). *Zaawansowane techniki operacyjne w ginekologii – histerektomia*. Drukarńia LCL Łódź 2007; 185-92.
8. Bączek G, Sobolewska M, Dmoch-Gajzlerska E. Rola komunikacji w przygotowaniu pacjentki do zabiegu ginekologicznego. *Probl Piel* 2007; 17: 139-43.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Warszawa 2001.
10. <http://www.sen-institut.pl/multimedia/skale.html>.
11. Szelenberger W. *Bezsensność*. Wyd. 2. Via Medica. Gdańsk 2007; 87-8.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
13. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatr Pol* 1977; 11: 417-21.
14. Diener E, Lucsa RE, Osishi S. Dobrostan psychiczny. *Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*. W: Czapiński J. (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2004; 35-50.
15. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
16. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric* 2005; 8: 146-53.
17. Schwarz S, Völzke H, Alte D, et al. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in pomerania (SHIP). *Menopause* 2007; 14: 123-34.
18. Wojnar M, Drózd W, Araszkiewicz A, et al. [Prevalence of depressive disorders among perimenopausal women seeking gynecological services]. *Psychiatr Pol* 2003; 37: 811-24.
19. Skrzypulec V, Naworska B, Drosdzol A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okotomopauzalnym. *Przeł Menopauz* 2007; 2: 96-101.
20. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnström U. Are the physiologically and psychosocially based symptoms in women suffering from gynecological disorders alleviated by means of hysterectomy? *J Womens Health Gend Based Med* 2001; 10: 579-87.
21. Yen JY, Chen YH, Long CY, et al. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy: a prospective investigation. *Psychosomatics* 2008; 49: 137-42.
22. Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Syty K, Jakiel G. Potrzeba wsparcia psychicznego kobiet w okresie oczekiwania na operację ginekologiczną. *Przeł Menopauz* 2010; 5: 30914.