

Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną jako sytuacja trudna dla kobiet

Preoperative period as a stressful situation for women

Anna Pilewska¹, Grzegorz Jakiel²

Celem pracy było sprawdzenie czy, i w jakim stopniu okres poprzedzający operację był sytuacją uciążliwą dla kobiet leczonych na oddziale ginekologicznym. Badaniami objęto 200 pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi, operowanych w Klinice Rozrodczości i Andrologii Akademii Medycznej w Lublinie. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety i arkusz do analizy dokumentacji, własnej konstrukcji oraz liczbowa skala 0–10 do samooceny poziomu stresu. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że hospitalizacja w związku z leczeniem operacyjnym w opinii blisko co trzeciej kobiety w dużym stopniu zaburzyła rytm życia. Zdecydowana większość chorych wyraziła obawy związane z interwencją chirurgiczną. Źródłami niepokoju były m.in. rekonwalescencja, ból, fakt znieczulenia. Pacjentki deklarowały wyższy poziom stresu w okresie poprzedzającym operację. Gros badanych zgłosiła zapotrzebowanie na wsparcie w okresie oczekiwania na zabieg, a ponad połowa – chęć uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób przygotowywanych do operacji.

Słowa kluczowe: kobieta, okres przedoperacyjny, stres

(Przegląd Menopauzalny 2005; 5: 37–41)

Rozpoznanie schorzenia ginekologicznego, wymagającego leczenia operacyjnego jest dla wielu kobiet sytuacją stresującą, gdyż dotyczy intymnej sfery życia. Ponadto sam pobyt w szpitalu jest źródłem zmian emocjonalnych [1–6].

Celem pracy było sprawdzenie czy, i w jakim stopniu okres poprzedzający operację był sytuacją uciążliwą dla kobiet leczonych na oddziale ginekologicznym.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Klinice Rozrodczości i Andrologii Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego

w Lublinie od 1 lutego 2003 r. do 31 lipca 2003 r. Objęto nimi 200 kolejnych pacjentek z różnymi schorzeniami ginekologicznymi operowanych w Klinice. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety i arkusz do analizy dokumentacji, własnej konstrukcji oraz liczbowa skala 0–10 (wykorzystywana zwykle do oceny bólu) do samooceny poziomu stresu. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Wiek badanych wahał się w granicach od 16 do 78 lat (średnia $36,3 \pm 10,1$ lat). Blisko połowę (87, tj. 43,5%) stanowiły kobiety z rozpoznaną niepłodnością, u pozostałych 113 (56,5%) zdiagnozowano inne schorzenia ginekologiczne. Gros (177, tj. 88,5%) chorych

¹ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Henryk Wiktor

² Klinika Rozrodczości i Andrologii Katedry Macierzyństwa i Prokreacji Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel



miało wykonaną endoskopię, 15 (7,5%) klasyczną laparotomię, a 8 (4,0%) inne zabiegi ginekologiczne.

Zgromadzony materiał poddano analizie opisowej i statystycznej, a istotność różnic między badanymi ce-

chami sprawdzono testem jednorodności χ^2 oraz testem U Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie znamienych statystycznie różnic.

Tab. I. Czas decyzji o operacji w ocenie kobiet

Czas decyzji	L	%
odpowiedni*	178	89,0
zbyt długi**	10	5,0
zbyt krótki***	12	6,0
razem	200	100,0

* zdążyłam przygotować się psychicznie (29), nie było sensu odwlekać (16), szybka decyzja, mniejszy stres (7), nie kolidowało to z pracą zawodową (6), przyjąłam propozycję lekarza bez namysłu (4);
 ** nie odpowiedziały dlaczego;
 *** nie mogłam dopasować terminu do codziennych obowiązków (4), brak konkretnej diagnozy (3), miałam dużo problemów rodzinnych (1)

Tab. II. Doznania kobiet wynikające z fizycznego przygotowania do operacji

Odczucie	L	%
było to dla mnie przykre*	7	3,5
staralam się jakoś to wytrzymać	117	58,5
było to dla mnie czymś zwyczajnym	76	38,0
razem	200	100,0

* skrępowanie, brak intymności (3), wcześniej nie przechodziłam czegoś podobnego (1)

Tab. III. Poziom stresu przedoperacyjnego a przebieg nocy przedoperacyjnej

Stwierdzenia	Subiektywny poziom stresu przedoperacyjnego (skala 0–10)		
	x ± SD	Q1	Q3
spiałam spokojnie n=72	5,36 ± 0,31	3	7,5
spiałam spokojnie, otrzymałam leki nasenne n=73	6,94 ± 0,31	5	9
długo nie mogłam zasnąć n=44	6,77 ± 0,31	5	8
często budziłam się n=11	6,36 ± 0,71	5	8

Wyniki

Gros (186, tj. 93,0%) ankietowanych podał, że operacja była wcześniej zaplanowana. Pozostałych 14 (7,0%) pisało, że trafiło do szpitala w trybie nagłym.

Wpływ na termin operacji miało 147 (73,5%) kobiet, 34 (17,0%) nie mogły o tym zdecydować, innych 19 (9,5%) nie udzieliło odpowiedzi na pytanie.

W ciągu miesiąca zdecydowało się na zabieg 159 (79,5%) badanych, 31 (15,5%) potrzebowało na decyzję pół roku, innych 10 (5,0%) powyżej 7 mies.

Subiektywne odczucia chorych odnośnie czasu podjęcia decyzji o operacji zestawiono w tab. I.

Perspektywa mającej się odbyć operacji w dużym stopniu zaburzyła rytm życia w opinii 54 (27,0%) kobiet, a w niewielkim 58 (29,0%). Główne problemy dotyczyły konieczności wyłączenia się z obowiązków zawodowych (zwolnienie lekarskie, urlop) i rodzinnych. Natomiast 88 (44,0%) respondentek nie skarżyło się na taką niedogodność.

Znakomita większość (195, tj. 95,5%) kobiet wyraziła obawy, towarzyszące im w momencie przyjęcia do szpitala, a 5 (2,5%) tego nie uczyniło. W wypowiedzi 49 (24,5%) badanych dotyczyły one przebiegu okresu pooperacyjnego, 35 (17,5%) towarzyszył strach przed bólem. Fakt znieczulenia do operacji był źródłem niepokoju 33 (16,5%) pacjentek. Niepowodzenie leczenia wymieniło 29 (14,5%), a rozłąkę z najbliższymi 5 (2,5%) chorych. Kilka obaw podały 44 (22,0%) respondentki.

Odczucia pacjentek, związane z fizycznym przygotowaniem do interwencji chirurgicznej przedstawiono w tab. II.

Z badań wynika, że 124 (62,0%) pacjentki poinformowano o godzinie zabiegu na dobę przed jego wykonaniem, a 76 (38,0%) w dniu operacji.

Noc przedoperacyjna w opinii 72 (36,0%) kobiet przebiegała spokojnie, bez konieczności farmakoterapii nasennej, 73 (36,5%) odpowiedziały, że spały spokojnie, ale otrzymały wcześniej leki, 44 (22,0%) przyznały się, że długo nie mogły zasnąć. O płytkim śnie z częstymi przebudzeniami pisało 11 (5,5%) badanych.

Poziom stresu przed operacją w subiektywnej ocenie kobiet wynosił średnio 6,3±0,18 punktów, a po zabiegu 4,07±0,18 punktów.

Zainteresowano się, czy były różnice w przebiegu nocy przedoperacyjnej między grupami o zróżnicowanym subiektywnym poziomie stresu. Dokładne dane dotyczące tych kwestii zestawiono w tab. III.



Tab. IV. Metoda zabiegu a noc przedoperacyjna

Stwierdzenie	Metoda operacji									
	histeroskopia n=25		laparoscopia n=109		histeroskopia laparoscopia n=43		laparotomia n=15		inne* n=8	
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
spiałam spokojnie n=72	8	32,0	43	39,4	12	27,9	5	33,3	4	50,0
spiałam spokojnie, otrzymałam leki nasenne n=73	9	36,0	38	34,9	20	46,5	6	40,0	0	–
długo nie mogłam zasnąć n=44	6	24,0	23	21,1	9	20,9	3	20,0	3	37,5
często budziłam się n=11	2	8,0	5	4,6	2	4,6	1	6,7	1	12,5
istotność	$\chi^2=8,21$; $p=0,76$									

* operacja Fothergila; konizacja chirurgiczna; wycięcie endometriozy z blizny; plastyka kroczka

Znamienne statystycznie różnice zaobserwowano między odczuwanym poziomem stresu, a przebiegiem nocy poprzedzającej zabieg ($H=3,42$; $p=0,002$).

Statystyczne opracowanie danych z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya wykazało, iż kobiety, które spały spokojnie, deklarowały niższy poziom stresu niż te, które spały spokojnie po otrzymaniu leków nasennych ($Z=-3,46$; $p<0,001$). Badane, które spały spokojnie zaznaczały niższy poziom stresu, niż mające problem z zaśnięciem ($Z=-2,84$; $p=0,004$). Porównanie pozostałych grup nie wykazało istotnych statystycznie różnic ($p>0,05$).

W tab. IV pokazano zależność między przebiegiem nocy przedoperacyjnej a rodzajem czekającej kobiety interwencji chirurgicznej.

Brak jest podstaw do wnioskowania, że przebieg nocy przedoperacyjnej zależał od rodzaju interwencji, na którą oczekiwały chore ($p>0,05$).

Większość (180, tj. 90%) chorych przyznała, że wymagała wsparcia od innych w okresie oczekiwania na zabieg. Pozostałych 20 (10%) tego nie deklarowało.

Zapytano respondentki, czy przed operacją miały potrzebę kontaktu z osobą duchowną. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 75 (37,5%) kobiet, z czego 33 (16,5%) nie poprosiły o taką możliwość, 24 (12,0%) odbyły spotkanie, w sytuacji 18 (9,0%) nie było ono możliwe. Pozostałych 125 (62,5%) nie zgłaszało takiego zapotrzebowania.

Większość (146, tj. 73,0%) badanych była zdania, że w przygotowanie do operacji ginekologicznej powinny być zaangażowane, oprócz lekarza i położnej,

Tab. V. Osoby, które powinny uczestniczyć w przygotowaniu do operacji

Kto powinien przygotowywać do zabiegu oprócz lekarza i położnej	L	%
kobiety po przebytej operacji (grupy wsparcia)	61	30,5
psycholog	57	27,5
wymieniły kilka osób	19	9,5
duchowny	9	4,5
nie odpowiedziały	15	7,5
nie miały takiej potrzeby	39	19,5
razem	200	100,0

inne osoby. Blisko co piąta (39, tj. 19,5%) kobieta twierdziła, że nie jest to konieczne, a 15 (7,5%) nie wypowiedziało się w tej kwestii. Bliższe dane odnośnie osób, które wg operowanych powinny brać udział w przygotowaniu do zabiegu zestawiono w tab. V.

Ponad połowa (108, tj. 54%) chorych odpowiedziała, że chciałyby wziąć udział w grupie wsparcia dla kobiet poddawanych interwencji chirurgicznej, zarówno w celu udzielenia, jak i uzyskania wsparcia. Takiej potrzeby nie wyraziło 77 (38,5%) kobiet, a 15 (7,5%) nie udzieliło odpowiedzi.



Dyskusja

Hospitalizacja wymaga wyłączenia na pewien okres z pełnienia ról w rodzinie, życiu społecznym i zawodowym. Każdy pacjent inaczej reaguje na konieczność pobytu w szpitalu i sam fakt poddania się terapii zabiegowej [1–7]. Bardzo ważne jest, aby operacja była zaplanowana, a decyzja pacjentki świadoma i przemyślana [8]. Zadowolającym jest fakt, iż zdecydowana większość kobiet pisała o tym, że zabieg był wcześniej zaplanowany i 73,5% respondentek miało wpływ na jej termin.

Aktualne wytyczne *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* [8] mówią, że warunkiem uzyskania zgody pacjentki na leczenie, zabieg czy operację jest pewność, że chora rozumie istotę choroby, z powodu której proponuje się jej dany rodzaj leczenia, zna rokowanie, możliwe następstwa oraz ryzyko zaniechania terapii, jak również możliwe alternatywne sposoby postępowania. Pacjentka powinna mieć czas na decyzję, nie można prosić o jej podjęcie, np. w czasie badania ginekologicznego lub tuż po jego przeprowadzeniu [1–3, 5, 6, 8]. Prezentowane rezultaty wykazały, że dla znakomitej większości (89%) kobiet czas na decyzję był odpowiedni, gdyż m.in. zdążyły się przygotować psychicznie.

Doniesienia z piśmiennictwa [1–3, 5, 6] wskazują, że kobiecie towarzyszy niepokój o to, jak zostanie przyjęta w szpitalu, czy spotka się ze zrozumieniem, życzliwością, czy będzie miała możliwość kontaktu z najbliższymi podczas pobytu w szpitalu, czy leczenie operacyjne się powiedzie i wiele innych obaw. Korepondują z tym uzyskane wyniki badań, gdyż blisko co czwarta ankietowana obawiała się przebiegu okresu pooperacyjnego. Ponadto kobiety pisały, że boją się znieczulenia oraz bólu.

Z badań Motyki [9] przeprowadzonych wśród pacjentów przygotowywanych do operacji wynika, że co trzeci (33,3%) obawiał się powikłań oraz śmierci. Ból jako źródło niepokoju wymieniło 37,2% badanych, a 1 osoba bała się rozpoznania choroby nowotworowej.

Ferroni i Deebl [1] w badaniach dotyczących poglądów kobiet oczekujących na zabieg usunięcia narządów płciowych stwierdzili, że są one przekonane o możliwości wystąpienia negatywnych następstw interwencji, spodziewają się zaburzeń nastroju, obniżenia samooceny, pogorszenia się relacji małżeńskich/partnerskich.

W okresie oczekiwania na operację chorej należy zapewnić warunki do snu i wypoczynku, dążyć do minimalizacji bodźców słuchowych i wzrokowych [2–3, 5, 6]. Uzyskane rezultaty wykazały, że 72,5% kobiet pisało, że spały spokojnie.

Pacjentowi w okresie przygotowania do operacji towarzyszy zjawisko stresu [1–3, 5–7, 9]. Potwierdziły

to uzyskane rezultaty, gdyż kobiety deklarowały wyższy poziom stresu przed zabiegiem niż po jego przeprowadzeniu. Osoby sprawujące opiekę nad pacjentką powinny rozumieć istotę tego zjawiska oraz znać sposoby jego redukcji.

Wsparcie emocjonalne jest najbardziej znaczącym dla człowieka. Przejawia się w obdarzaniu uczuciem, empatii, koncentracji na problemach drugiego człowieka, wyrażaniu współczucia, zachowaniu intymności [4, 7, 10–12]. Ten typ wsparcia wzmacnia poczucie wartości, przywraca zaufanie do ludzi, umożliwia konstruktywne angażowanie się w rozwiązywanie problemów. Prezentowane rezultaty pokazały, że ponad 90% chorych wymagała wsparcia od innych w okresie oczekiwania na operację. Wsparcia emocjonalnego oczekuje człowiek od rodziny, przyjaciół oraz członków zespołu terapeutycznego [7, 10–12]. W pewnym sensie potwierdziły to uzyskane wyniki, gdyż blisko co trzecia kobieta odpowiedziała, że w przygotowaniu do operacji powinny uczestniczyć pacjentki, które wcześniej przeżyły podobny zabieg oraz psycholog.

Grupa społecznego wsparcia, skupiająca ludzi dotkniętych podobnym problemem umożliwia wzajemne pomaganie. Działalność jej opiera się na wzajemnym zaufaniu, zrozumieniu i dobrowolności. Ludzie mogą dzielić się doświadczeniem choroby i procesu rekonwalescencji, wspierać się w rozwiązywaniu problemów [7, 10–12]. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ponad połowa kobiet deklarowała chęć uczestnictwa w grupie wsparcia dla kobiet przygotowywanych do operacji ginekologicznych.

Uzyskane rezultaty pozwalają sądzić, że decyzja o poddaniu się operacji i czas oczekiwania na leczenie chirurgiczne stanowi ogromne obciążenie dla chorej. Personel sprawujący opiekę powinien mieć świadomość tego, że jest to sytuacja trudna dla pacjenta i podejmować działania zmierzające do łagodzenia napięcia emocjonalnego.

Wnioski

- Hospitalizacja w związku z leczeniem operacyjnym w opinii blisko co trzeciej kobiety w dużym stopniu zaburzyła rytm życia.
- Zdecydowana większość chorych wyraziła obawy związane z interwencją chirurgiczną. Źródłami niepokoju były, m.in. przebieg rekonwalescencji, ból, fakt znieczulenia.
- Pacjentki deklarowały wyższy poziom stresu w okresie poprzedzającym zabieg niż po jego przeprowadzeniu.
- Gros badanych zgłosiła zapotrzebowanie na wsparcie w okresie oczekiwania na operację, a ponad połowa wyraziła chęć uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób przygotowywanych do leczenia chirurgicznego.



Summary

Aim of study: The aim of the study was to verify, whether and how far preoperative period was stressful situation for women hospitalized in gynaecology department.

Materials and methods: The study was carried out among 200 patients with gynaecological illnesses operated in Department of Reproduction and Andrology Skubiszewski Medical University of Lublin. The study was carried out on the basis of author's questionnaire interview and analyses of medical history. Moreover Numerical Scale (0–10, normally used for pain estimation) was used for self-evaluation of stress.

Results: The majority of respondents (93%) said that the operation was planned. A great majority of women (95.5%) expressed their anxiety as regards hospitalization. The mean value of a level of stress in preoperative period was 6.3 ± 0.18 points in the patients self-evaluation and after operation it was 4.07 ± 0.18 . The majority (90.0%) of patients admitted they had needed support while awaiting the surgery.

Conclusions: Hospitalization and surgery treatment disturbed a great rhythm of life in opinion nearly third of woman. A great majority of patients expressed their anxiety with relation to surgery intervention. The reason of anxiety was: the convalescence, pain, anaesthesia. Higher level of stress was found in the patients before operation than during postoperative period. The majority of respondents expected some support. More than half of women were willing to participate in support group for patients prepared for operation.

Key words: women, preoperative period, stress

Piśmiennictwo

1. Ferroni P, Deeble J. *Women's subjective experience of hysterectomy*. Aust Health Rev 1996; 19: 40-55.
2. Jabłoński A, Surówka J, Typel D. *Psychologiczne aspekty leczenia operacyjnego*. Gin Pol 1998; T. LXIX, Suppl. 1: 342-44.
3. Lambden MP, Bellamy G, Ogburn-Russell L, et al. *Women's sense of well – being before and after hysterectomy*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1997; 26: 540-48.
4. Ödöling 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 (1): 77-86.
5. Rannestad T, Eikeland OL, Helland H, et al. *The quality of life women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy*. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 46-51.
6. Wade J, Pletsch PK, Morgan SW. *Hysterectomy: what do women need and want to know?* J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29 (1): 33-42.
7. 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 (1): 33-40.
8. *Uzyskiwanie świadomej zgody pacjentki na leczenie. Aktualne (2004 r.) zalecenia Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Med Prak Ginekologia i Położnictwo 2005; 3: 13-8.
9. Motyka M. *Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego*. Sztuka Leczenia 2001; 4: 23-6.
10. Beehr TA, McGrath IE. *Social support, occupational stress and anxiety*. Anxiety, stress and coping 1992; 5: 7-19.
11. Curttona CE. *Stress and social support – in search of optimal matching*. J Soc Clin Psychol 1990; 1: 3-14.
12. Lazarus RS. *Coping theory and research: past, present and future*. Psychosom Med 1993; 55: 234-47.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Anna Pilewska**
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego
ul. Staszica 16
20-081 Lublin

