

# Poziom lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym a kategoria zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych

Magdalena Lewicka<sup>1</sup>, Marta Makara-Studzińska<sup>2</sup>, Artur Wdowiak<sup>1</sup>, Magdalena Sulima<sup>1</sup>, Katarzyna Kanadys<sup>1</sup>, Henryk Wiktor<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Lewicka M, Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Sulima M, Kanadys K, Wiktor H. Poziom lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym a kategoria zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(2): 107-111.

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy:** Lęk i depresja są czynnikami psychologicznymi kształtującymi reakcję ustroju kobiety na uraz chirurgiczny. Celem pracy było określenie poziomu lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym w zależności od kategorii zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych.

**Materiał i metoda:** Badaniami objęto 232 kobiety leczone operacyjnie z różnych powodów ginekologicznych. Do badań zakwalifikowano kobiety, u których wcześniej nie stwierdzono zaburzeń psychicznych. Badania przeprowadzono w dwóch etapach: w dniu poprzedzającym operację oraz w trzeciej dobie po operacji. Badania przeprowadzono przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI oraz Inwentarza Depresji Becka. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

**Wyniki:** Badania własne wykazały brak istotnie statystycznej różnicy ( $p > 0,05$ ) pomiędzy poziomem lęku i depresji a kategorią zabiegu operacyjnego w grupie kobiet w okresie okołoperacyjnym.

**Wnioski:** Kobiety w okresie okołoperacyjnym posiadały wysoki poziom lęku-cechy i średni poziom lęku-stanu oraz cechował je brak depresji lub minimalny poziom depresji. Kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała nasilenia lęku-cechy oraz poziomu lęku-stanu, a także poziomu depresji w grupie kobiet w okresie okołoperacyjnym leczonych z powodów ginekologicznych.

## Słowa kluczowe

lęk, depresja, operacje ginekologiczne, okres okołoperacyjny

## WPROWADZENIE

Lęk i depresja są czynnikami psychologicznymi kształtującymi reakcję ustroju kobiety na uraz chirurgiczny [1, 2, 3].

Operacje ginekologiczne stanowią duże obciążenie dla zdrowia kobiet. W grupie pacjentek leczonych chirurgicznie z powodów ginekologicznych obserwuje się w okresie okołoperacyjnym obniżenie nastroju, co może być wynikiem uświadomienia sobie przez pacjentkę konieczności leczenia operacyjnego, analizowania sensu życia oraz własnej sytuacji. Kobiety operowane ginekologicznie uzależniają często dalsze plany życiowe od zakresu interwencji chirurgicznej [2, 4, 5, 6, 7, 8].

Wybór rodzaju operacji ginekologicznej jest wynikiem zestawienia celów medycznych i zgody chorej, a także indywidualnej oceny stanu zdrowia i oczekiwań kobiety. Leczenie operacyjne w ginekologii jest zwykle przeprowadzane drogą laparotomii albo laparoskopii zgodnie z aktualnie zalecanymi algorytmami i rekomendacjami. Zespół Ekspertów

Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego opracował kategoryzację zabiegów operacyjnych w ginekologii, biorąc pod uwagę rozległość urazu tkanek. Wyróżniono cztery kategorie zabiegów operacyjnych w ginekologii: I – zabiegi operacyjne połączone z niewielkim urazem tkanek, II – zabiegi operacyjne połączone z miernym urazem tkanek, III – zabiegi operacyjne połączone ze znacznym urazem tkanek, IV – zabiegi operacyjne połączone z rozległym urazem tkanek [9].

Duże nasilenie reakcji lękowo-depresyjnych u pacjentki, przekraczające jej możliwości adaptacyjne, może przyczynić się do komplikacji w przebiegu leczenia i rekonwalescencji [1, 2, 3]. Ocena poziomu lęku i depresji, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, może umożliwić optymalizację procesu diagnostyczno-leczniczego.

## CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym w zależności od kategorii zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych.

Adres do korespondencji: Magdalena Lewicka, Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego UM, ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin. E-mail: m.lewicka@umlub.pl

Nadesłano: 23 stycznia 2012; zaakceptowano do druku: 24 maja 2012



## MATERIAŁ I METODYKA

Badaniami objęto 232 kobiety leczone operacyjnie z różnych powodów ginekologicznych w II i III Katedrze i Klinice Ginekologii SPSK Nr 4 w Lublinie, a także Oddziale Ginekologii i Położnictwa w Izba Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Biotycznej Akademii Medycznej w Lublinie

Struktura badanej grupy pod względem kategorii zabiegu operacyjnego przedstawiała się następująco: w grupie 167 (71,98%) badanych pacjentek przeprowadzono operację ze znacznym urazem tkanek, natomiast u 65 (28,02%) badanych wykonano operację z miernym urazem tkanek. Wśród operacji przeprowadzonych z miernym urazem tkanek u 21 (32,31%) badanych wykonano histeroskopię operacyjną, u 13 (20,0%) operację z powodu zaburzenia statyki pochwy, również u 13 (20,0%) pacjentek wykonano laparoskopię diagnostyczną. Amputację szyjki macicy wykonano u 10 (15,38%) badanych, natomiast kolposuspensje Burcha miało 5 (7,69%) badanych, z kolei kolposuspensje M-M-K – 3 (4,62%) badane. W grupie badanych pacjentek najczęściej przeprowadzaną operacją ze znacznym urazem tkanek była prosta histerektomia brzuszna – 68 (40,72%) badanych. Inne przeprowadzone operacje w tej grupie to: laparoscopia operacyjna – 31 (18,55%) badanych, usunięcie mięśniaków – 26 (15,57%) badanych, jak również usunięcie części lub całego trzonu macicy – 20 (11,98%) badanych. Operacyjne leczenie endometriozы wykonano u 9 (5,39%) pacjentek, operacje przydatkowe jednostronne miało 10 (5,99%) badanych, natomiast operacje przydatkowe obustronne wykonano u 3 (1,80%) badanych pacjentek.

Do badań zakwalifikowano kobiety, u których wcześniej nie stwierdzono zaburzeń psychicznych. Badania przeprowadzono w dwóch etapach: w dniu poprzedzającym operację oraz w trzeciej dobie po operacji. W tych dniach badane wypełniały identyczną ankietę. Wszystkie badane kobiety wyraziły dobrowolną zgodę na wypełnianie ankiet po poinformowaniu o wykorzystaniu wyników badań tylko do celów naukowych oraz zapewnieniu o anonimowości.

Badania przeprowadzono przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory STAI) oraz Inwentarza Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI). Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C. D. Spilberga służy do oceny lęku jako cechy i jako stanu (adaptacja polska). Kwestionariusz Samooceny (woryginalie Self – Evaluation Questionnaire) składa się z dwóch skal: skala X-1 służy do badania lęku–stanu, zaś skala X-2 do badania lęku–cechy. Każda z nich składa się z 20 stwierdzeń. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do nich poprzez wskazanie tej cyfry na skali od 1 do 4, która najlepiej opisuje jego subiektywne odczucia. Wyniki oblicza się za pomocą odpowiedniego klucza. Badanie testem STAI daje dwa oddzielne wyniki, jeden dla X-1, a drugi dla X-2. Skala, która służy do pomiaru lęku jako stanu, stosowana może być kilka razy u jednej osoby w krótkich odstępach czasu. Wyniki surowe w każdej ze skal mogą ulegać wahaniom od 20 punktów (niski lęk) do 80 (wysoki lęk). Wyniki surowe przeliczane są na steny. W skali stenowej wynik od 1 do 4 oznacza niskie nasilenie lęku, od 5 do 6 nasilenie średnie, od 7 do 10 wysokie nasilenie lęku. W celu określenia poziomu nasilenia lęku w badaniach własnych przeliczono wyniki surowe, jakie uzyskały pacjentki w kwestionariuszu STAI, na normy stenowe. Do przeli-

czeń użyto pochodzących z roku 2000 norm dla ogólnej próby dorosłych kobiet [10]. Narzędzie to spełnia wszystkie wymagania stawiane przez współczesną psychometrię i jest powszechnie stosowane do oceny stanu psychicznego u chorych somatycznie, oczekujących na operację.

Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) służy do oceny depresji. Pozwala na ocenę nasilenia depresji u osób chorych oraz odróżnienie osób zdrowych od chorych z objawami depresji [11, 12]. Polskie opracowanie skali zostało wykonane przez T. Parnowskiego i W. Jernajczyka w 1977 roku. Składającą się z 21 pozycji skalę wypełnia pacjent, dokonując wyboru jednego z czterech zdań twierdzących, opisujących samopoczucie. Każdy symptom jest opisany przy użyciu czterech alternatywnych odpowiedzi, które są punktowane w skali od 0 do 3 punktów w zależności od ciężkości stanu. Suma punktów uzyskanych w ocenie poszczególnych symptomów stanowi wartość liczbowa tzw. wskaźnika poziomu depresji mieszczącą się w zakresie 0-63 punktów. W interpretacji wyników badań niniejszej pracy oceniono nasilenie odczuć depresyjnych zależnie od wartości liczbowej wskaźnika nasilenia depresji: 0-9 – brak depresji lub minimalna depresja (no or minimal), 10-14 – pogranicze depresji (on the border of a depression), 15-20 słaba depresja (mild), 21-30 – depresja w stopniu lekko umiarkowanym (mild-moderate), 31-40 – depresja w stopniu umiarkowanym znacznym (moderate-severe), 41-63 – depresja w stopniu znacznym (*severe*) [11, 13].

W celu gromadzenia otrzymanych informacji oraz wnioskowania statystycznego, stworzony został odpowiedni program oparty na procedurach systemu statystycznego SPSS/PC. Do programu wprowadzone zostały dane uprzednio zakodowane według wcześniej przygotowanej klasyfikacji. Dane te były następnie sprawdzane i weryfikowane. W oparciu o uzyskane informacje zostały utworzone tablice statystyczne obrazujące rozkłady analizowanych cech (tablice liczebności i frakcji). W następnej kolejności opracowany program dokonywał obliczeń współzależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Wstępna analiza statystyczna wyników badań pokazała, że małe liczebności w zakresie rodzaju operacji oraz brak istotnych różnic pomiędzy nimi dają logiczną podstawę do przyjęcia podziału na dwie kategorie: operacje z miernym urazem tkanek i operacje ze znacznym urazem tkanek, co nie skutkuje zatarciem istoty analizowanego problemu.

Do analizy statystycznej zastosowano następujące testy:

- test  $\chi^2$  do badania niezależności  $m \geq 2$  cech jakościowych wyrażonych w właściwych im skalach nominalnych,
- test t-Studenta do określania prawdopodobieństwa istotności różnic pomiędzy dwoma wartościami średnimi wyrażonymi w skalach przedziałowych,
- analizę współczynnika korelacji liniowej Pearsona do określenia poziomu zależności liniowej.

Weryfikacji testów  $\chi^2$  oraz t-Studenta dokonano porównując wartości wyliczonych funkcji z postulowanymi przez hipotezę zerową wartościami. Przyjęto 5% ryzyko błędu wnioskowania,  $p < 0,05$  uznano za istotne statystycznie.

## WYNIKI

Analizę poziomu lęku-cechy (STAI X-2), zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, przedstawiono w Tabeli 1. Wartość średnia poziomu lęku jako cechy w grupie badanych,

**Tabela 1.** Współzależność pomiędzy lękiem-cechą (STAI X-2) a kategorią zabiegu operacyjnego

Kategoria zabiegu operacyjnego	Przed operacją							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Me-diana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	1	10	0,540	-0,413	7,00	7,09	1,85
Znaczny uraz tkanek	167	1	10	0,326	-0,737	8,00	7,12	1,94
t	0,139							
p	NS							

które przebyły operację z miernym urazem tkanek wynosiła 7,09, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem tkanek – 7,12. Różnica ta nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ). Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie lęku jako cechy, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, wskazują na wysokie nasilenie lęku jako cechy w badanej grupie kobiet. Badania wykazały, że w okresie okołoperacyjnym kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu lęku-cechy badanych pacjentek.

W Tabeli 2. przedstawiono wyniki analizy poziomu lęku-stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym w zależności od kategorii zabiegu operacyjnego.

**Tabela 2.** Współzależność pomiędzy nasileniem lęku-stanu (STAI X-1) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym a kategorią zabiegu operacyjnego

Kategoria zabiegu operacyjnego	Przed operacją							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Me-diana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	2	10	0,132	-0,147	6,00	6,02	1,68
Znaczny uraz tkanek	167	1	10	0,812	-0,511	7,00	6,17	1,72
t	0,896							
p	NS							
Kategoria zabiegu operacyjnego	Po operacji							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Me-diana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	1	9	1,274	-0,918	6,00	5,98	1,52
Znaczny uraz tkanek	167	1	10	1,607	-1,026	7,00	6,14	1,71
t	0,894							
p	NS							

Wartość średnia poziomu lęku-stanu przed operacją w grupie badanych, które przebyły operację z miernym urazem tkanek wynosiła 6,02, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem tkanek – 6,17. Różnica ta nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ). Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie lęku jako stanu przed operacją, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, wskazują na średnie nasilenie lęku-stanu w badanej grupie kobiet. Badania wykazały, że w okresie przedoperacyjnym kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu lęku-stanu badanych pacjentek.

Średni wskaźnik poziomu lęku jako stanu po operacji w grupie badanych, które przebyły operację z miernym urazem tkanek wynosił 5,98, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem tkanek – 6,14. Różnica ta nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ). Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie lęku jako stanu po operacji zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego wska-

zużają na średnie nasilenie lęku-stanu w badanej grupie kobiet. Badania wykazały, że w okresie pooperacyjnym kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu lęku-stanu badanych pacjentek.

Analizę poziomu depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, przedstawiono w Tabeli 3. Wartość średnia wskaźnika poziomu depresji przed operacją w grupie badanych, które przebyły operację z miernym urazem tkanek wynosiła 6,73, natomiast w grupie kobiet, u których wykonano operację ze znacznym urazem tkanek – 8,07. Różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ( $p > 0,05$ ). Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji przed operacją, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, wskazują na brak depresji lub minimalną depresję. Badania wykazały, że w okresie przedoperacyjnym kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu depresji badanych pacjentek.

**Tabela 3.** Współzależność pomiędzy poziomem depresji (BDI) w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym a kategorią zabiegu operacyjnego

Kategoria zabiegu operacyjnego	Przed operacją							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Me-diana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	0	31	1,892	1,360	5,00	6,73	7,20
Znaczny uraz tkanek	167	0	38	1,114	1,170	6,00	8,07	7,99
t	1,666							
p	NS							
Kategoria zabiegu operacyjnego	Po operacji							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Me-diana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	0	36	5,219	2,169	2,00	5,66	7,49
Znacny uraz tkanek	167	0	38	2,591	1,480	5,00	6,76	7,33
t	1,440							
p	NS							

Średnia wartość wskaźnika poziomu depresji po operacji w grupie badanych kobiet, u których wykonano operację z miernym urazem tkanek wynosiła 5,66, zaś w grupie badanych, które przebyły operację ze znacznym urazem tkanek – 6,76. Różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ( $p > 0,05$ ). Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji po operacji, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, wskazują na brak depresji lub minimalną depresję. Badania wykazały, że w okresie pooperacyjnym kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu depresji badanych pacjentek.

## DYSKUSJA

Wybór rodzaju leczenia operacyjnego wynika z oceny sytuacji klinicznej zarówno przedoperacyjnej, jak również śródoperacyjnej [14]. Współcześnie preferowany jest oszczędzający charakter operacji, który nie odnosi się tylko do zakresu wycięcia tkanek, ale obejmuje również inne czynniki, takie jak: wiek, preferencje reprodukcyjne, aktywność seksualną, schorzenia współistniejące. Zmniejszenie urazu operacyjnego wiąże się ze skróceniem czasu trwania operacji oraz okresu hospitalizacji i rekonwalescencji [15, 16].

Histerektomia jest najbardziej popularną metodą leczenia operacyjnego w ginekologii [6, 17, 18, 19]. Najczęściej wycięcie macicy wykonywane jest drogą laparotomii. W 1989 roku wprowadzono do leczenia operacyjnego w ginekologii histerektomię wykonywaną drogą laparoskopii. Wycięcie macicy drogą laparoskopii miało przynieść kobiecie wymierne korzyści zwłaszcza w okresie rekonwalescencji. Szczególnie zwracano uwagę na psychologiczne skutki histerektomii. Uważano, że histerektomia wykonana drogą laparoskopową jest bardziej korzystna z psychologicznego punktu widzenia aniżeli histerektomia wykonana drogą brzuszna, zwłaszcza w zakresie nasilenia poziomu lęku i depresji [20]. Doniesienia z literatury nie potwierdzają jednoznacznie, że dobre psychiczne samopoczucie kobiet po histerektomii w okresie pooperacyjnym ma związek z drogą przeprowadzenia operacji. Alexander i wsp. [21] przeprowadzili badania dotyczące oceny poziomu lęku i depresji w grupie 204 kobiet poddanych leczeniu operacyjnemu z powodu nieprawidłowych krwawień macicznych. W grupie 99 kobiet przeprowadzono wycięcie macicy, natomiast w grupie 105 kobiet resekcję endometrium drogą histeroskopii. W objętych badaniami grupach kobiet określono poziom lęku i depresji. Poziom lęku w grupie kobiet, u których dokonano wycięcia macicy wynosił 9,5, natomiast w grupie kobiet, które były leczone histeroskopowo wynosił 8,7 i różnica ta nie osiągnęła cech istotności statystycznej ( $p>0,05$ ). Z kolei poziom depresji wynosił odpowiednio 5,8 (kobiety poddane wycięciu macicy) i 5,3 (kobiety leczone histeroskopowo) i różnica ta nie była istotna statystycznie ( $p>0,05$ ).

Badania przeprowadzone przez Kjerulffa i wsp. [22] także wykazały, że sposób przeprowadzenia operacji (wycięcie macicy drogą brzuszna lub pochwową) nie ma wpływu na samopoczucie pacjentki. W badaniach tych autorów poziom przedoperacyjnej depresji związany był z obawą badanych kobiet o niepomyślny wynik operacji. Natomiast depresja w okresie pooperacyjnym miała istotny związek z pogorszeniem stanu zdrowia w stosunku do okresu przed operacją ( $p<0,001$ ). Należy jednak zauważyć, że odsetek badanych kobiet, u których zaobserwowano objawy depresji, zmniejszał się w kolejnych miesiącach po operacji i wynosił: 2,8% w 6 miesięcy po operacji, 2,6% w 12 miesięcy po operacji, 2,0% w 18 miesięcy po operacji oraz 1,7% w 24 miesiące po operacji.

Analizując kategorie zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w ginekologii, warto zwrócić uwagę na poglądy Jawor i wsp. [23], którzy, powołując się na badania innych autorów, podają, że na zaburzenia depresyjne cierpi około 70% kobiet, u których wykonano histerektomię. Autorzy zwracają uwagę na fakt, iż ujawnienie się zaburzeń depresyjnych – lękowych w okresie pooperacyjnym związane jest z występowaniem tych zaburzeń jeszcze w okresie przedoperacyjnym. Reroń i Huras [24] na podstawie przeprowadzonej analizy badań wnioskuje, że operacyjne leczenie mięśniaków macicy związane jest ze wzrostem częstości występowania zaburzeń depresyjnych oraz że wycięcie macicy wraz z przydatkami związane jest z największym odsetkiem zaburzeń depresyjnych w okresie przedoperacyjnym i w 6 miesięcy po operacji.

Badania własne wykazały, że kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu lęku-cechy w badanej grupie pacjentek w okresie okołoperacyjnym ( $p>0,05$ ). Wartość średnia poziomu lęku jako cechy w grupie badanych, które przebyły operację z miernym urazem tkanek wynosiła 7,09, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem

tkanek – 7,12. W badaniach własnych stwierdzono także brak istotnej statystycznie współzależności pomiędzy nasileniem lęku-stanu a kategorią zabiegu operacyjnego ( $p>0,05$ ) zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak również pooperacyjnym. Ponadto badania własne wykazały, że kategoria zabiegu operacyjnego nie wpływa w istotny sposób na poziom depresji w okresie okołoperacyjnym ( $p>0,05$ ). Należy jednakże podkreślić, że średnie wartości poziomu wskaźnika depresji (*BDI*) różnią się w zależności od kategorii operacji w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym. Wartość średnia wskaźnika poziomu depresji w okresie przedoperacyjnym w grupie badanych, które przebyły operację z miernym urazem tkanek wynosiła 6,73, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem tkanek – 8,07. Z kolei w okresie pooperacyjnym średnia wartość wskaźnika poziomu depresji w grupie badanych kobiet, u których wykonano operację z miernym urazem tkanek wynosiła 5,66, zaś w grupie badanych, które przebyły operację ze znacznym urazem tkanek – 6,76. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika poziomu depresji w okresie okołoperacyjnym, zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego, wskazują na brak depresji lub minimalną depresję.

## WNIOSKI

1. Kobiety w okresie okołoperacyjnym posiadały wysoki poziom lęku-cechy i średni poziom lęku-stanu oraz cechował je brak depresji lub minimalny poziom depresji.
2. Kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała nasilenia lęku-cechy oraz poziomu lęku-stanu w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym.
3. Kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała poziomu depresji w grupie kobiet w okresie okołoperacyjnym leczonych z powodów ginekologicznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Vachova D, Martan A, Libalova Z, Cepicky P. Psychological aspects of gynecologic operations. *Ceska Gynekol.* 2001; 66 (4): 254-258.
2. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res.* 2000; 49 (6): 417-422.
3. Cosentino M, Vidotto G, Ponchia R, Trovo S, Magistris M. Anxiety and acceptance of gynecological laparoscopic operations. *Minerva Ginecol.* 2002; 54 (2): 171-177.
4. Lindberg CE, Nolan LB. Women's decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001; 30 (6): 607-616.
5. Hawighorst S, Schoenefuss G, Fusshoeller C, Franz C, Seufert R, Kelleher DK, Vaupel P, Knapstein PG, Koelbl H. The physician – patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study. *Gynecol Oncol.* 2004; 94 (1): 93-97.
6. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy. Literature review. *J Psychosom Res.* 2005; 59: 117-129.
7. Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81 (3): 307-312.
8. Pietrzyk A. Obraz siebie a seksualne funkcjonowanie w małżeństwie kobiet po histerektomii. Perspektywa pacjentek i perspektywa ich zdrowych mężów. *Ginekol Onkol.* 2006; 4 (3): 160-176.
9. Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie część pierwsza: leczenie bólu po zabiegach ginekologicznych. *Lubelski Biuletyn Ginekologiczno – Położniczy* 2007; 2 (4): 35-43.
10. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.



11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
12. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Harper and Row, New York 1967.
13. Vandeputte M, de Weerd A. Sleep disorders and depressive feelings: a global survey with the Beck depression scale. *Sleep Med.* 2003; 4: 343-345.
14. Bidzan M, Smutek J, Zielonka A, Mielnik J, Jurczak-Czaplicka M. Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. *Psychoonkologia* 1998; 3: 41-47.
15. Kotarski J. Leczenie mięśniaków macicy metodą embolizacji tętnic maciczych. W: Spaczyński M. (red.): *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań 2006.
16. Skręt A. Współczesne operacje ginekologiczne. W: Spaczyński M. (red.): *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań 2006.
17. Ceausu I, Shakir YA, Lidfeldt J, Samsioe G, Nerbrand Ch. The hysterectomized woman. Is she special? The women's health in the Lund area (WHILA) study. *Maturitas* 2006; 53: 201-209.
18. Vomvolaki E, Kalmantis K, Kioses E, Antsaklis A. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11 (1): 23-27.
19. Helmy YA, Hassanin IMA, Elraheem TA, Bedaiwy AA, Peterson RS, Bedaiwy MA. Psychiatric morbidity following hysterectomy in Egypt. *International J Gynecol Obstet.* 2008; 102: 60-64.
20. Persson P, Wijma K, Hammar M, Kjellhede P. Psychological wellbeing after laparoscopic and abdominal hysterectomy – a randomized controlled multicentre study. *Int J Obstet Gynaecol.* 2006; 113 (9): 1023-1030.
21. Alexander D, Naji A, Pinion S, et al. Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects. *Br Med J.* 1996; 312: 280-284.
22. Kjerulff K, Rhodes J, Langenberg P, Harvey L. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183 (6): 1440-1447.
23. Jawor M, Dimter A, Marek K, Dudek D, Wojtyś A, Szproch A. Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – badania własne. *Psychiatr Pol.* 2001; 35 (5): 771-780.
24. Reroń A, Huras H. Operacyjne leczenie mięśniaków macicy a zaburzenia depresyjne. *Ginekol Pol* 2006; supl.1: 127.

## Level of anxiety and depression in the perioperative period and category of surgical procedure in a group of women treated for gynaecological reasons

### Abstract

**Introduction and the purpose of the study:** Fear and depression are psychological factors shaping the reaction of female patients to surgical trauma. The objective of the study was determination of the level of anxiety and depression during the perioperative period, according to the category of surgical procedure in a group of women treated for gynaecological reasons.

**Materials and the methods:** The study covered 232 women who received surgical treatment due to various gynaecological reasons. For the examinations, only women were categorised in whom no earlier psychic disturbances had been stated. The research was conducted in two stages: on the day preceding the operation and in the third twenty-four hour period after the operation. The research was conducted using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Beck's Depression Inventory. The findings obtained were subjected to statistical analysis.

**Results:** Own examinations showed the lack of statistically significant difference ( $p > 0.05$ ) between the level of anxiety and depression, and the category of the operation treatment in the group of women in the perioperative period.

**Conclusions:** Women in the perioperative period had the highest level of anxiety and average level of fear-state, and a lack of depression or a minimum level of depression. The category of the operation treatment did not condition escalation of the states of anxiety and fear, nor the level of depression in the group of women in the perioperative period treated for gynaecological reasons.

### Key words

anxiety, depression, gynaecological operations, perioperative period

