

**Beata Śniecikowska**

Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

# Czynniki generujące poziom lęku w okresie okołooperacyjnym u pacjentek zakwalifikowanych do operacji w obrębie gruczołu tarczowego

Factors generating anxiety in the perioperative period in patients scheduled for thyroidectomy

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Stres związany z zabiegiem chirurgicznym stanowi poważne obciążenie psychiczne, wywierając istotny wpływ na proces leczenia i okres rekonwalescencji. Poznanie obaw związanych z zabiegiem umożliwia skuteczne oddziaływanie psychologiczne, pozwalające na sprawny przebieg leczenia i minimalizację negatywnych skutków interwencji chirurgicznej.

**Cel pracy.** Analiza obaw odczuwanych przez pacjentki oczekujące na zabieg operacyjny dotyczący gruczołu tarczowego oraz ocena niektórych czynników mających wpływ na poziom lęku okołooperacyjnego.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto grupę 100 pacjentek poddanych operacji gruczołu tarczowego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, posiadający skalę liczbową 0–10 do samooceny poziomu lęku okołooperacyjnego.

**Wyniki.** Średni wiek badanych wynosił 47 lat. Większość pacjentek (95%) wymieniało wiele obaw związanych z perspektywą zabiegu operacyjnego, najczęściej lęk przed niepowodzeniem leczenia i wynikiem badania histopatologicznego (58%) oraz strach przed znieczuleniem (52%). Poziom lęku przedoperacyjnego był najwyższy w grupie kobiet najmłodszych (~8,33) oraz u pacjentek, które posiadały nieprzyjemne doświadczenia związane z wcześniej przeżytym zabiegiem operacyjnym (~7,32) i u tych, które nie przeżyły wcześniej żadnej operacji (~7,34). Największy wpływ na zmniejszenie lęku okołooperacyjnego miały pielęgniarki (54%).

**Wnioski.** Pacjentkom oczekującym na operację tarczycy towarzyszył lęk przed niepowodzeniem leczenia, wynikiem badania histopatologicznego oraz strach przed znieczuleniem do operacji. Na wysoki poziom lęku przedoperacyjnego wpływa wiek pacjentki, nieprzyjemne doświadczenia związane z przeżytym wcześniej zabiegiem lub obecna operacja, jako pierwsze tego typu doświadczenie. Poziom lęku okołooperacyjnego jest nieznacznie wyższy wśród pacjentek obawiających się wyniku badania histopatologicznego. Udział pielęgniarki w łagodzeniu lęku okołooperacyjnego jest znaczący.

**Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 228–234**

**Słowa kluczowe:** tyroidektomia, lęk, opieka pielęgniarska

## ABSTRACT

**Introduction.** Stress associated to a surgical intervention all contribute to a psychological trauma, which may have an influence on healing process and their return to normal life after surgery. Knowledge of the patients concerns related to the surgical procedure helps organize an psychological help which improves the outcomes of the therapeutical process and minimizes the negative aspects of the surgical intervention.

**Aim of the study.** Analysis the typical worries of the patients which will undergo surgery of the thyroid gland and several other factors which may have an influence on the perioperative stress.

**Adres do korespondencji:** mgr Beata Śniecikowska, Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ul. Rzogowska 281/289, 93–338 Łódź, tel.: 501 190 185, e-mail: beata.sniecikowska@op.pl

**Material and methods.** I have included in the observed group 100 female patients which underwent thyroid surgery. The aforementioned questionnaire, being the main research tool, was of my own design and included in its construction the numerical scale from 0 to 10 for self-estimation of perioperative anxiety.

**Results.** The average age of the patients was 47 years. Most of the patients (95%) stated to a number of concerns about the prospect of surgery, the most common fear of failure, treatment and histopathology results (58%), and fear of anesthesia (52%). Preoperative anxiety level was highest in the youngest group of women (~8.33), and in patients who had an unpleasant experience with a prior history of surgery (~7.32) and in those who have not gone through before any operation (~7.34). The biggest impact in reducing perioperative anxiety were nurses (54%).

**Conclusions.** The results of my study shows that the dominating concerns of the patient concentrate on the outcome of the operation, the result of histopathologic exam and possible general anesthesia complications. The stress level is considerably higher in older patients, patients with previous bad experience during surgical interventions or if this would be their first experienced surgery. It seems also to be higher in patients which are uncertain of the result of the histopathological exam. The help of a nurse in reducing the stress level seems to have a great importance.

**Nursing Topics 2013; 21 (2): 228–234**

**Key words:** thyroidectomy, anxiety, nurse care

## Wstęp

Choroby gruczołu tarczowego stanowią około 80% wszystkich endokrynopatii. Wiele z nich kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego. Rocznie w Polsce przeprowadza się około 25 tys. tyroidektomii, co daje czwarte miejsce na liście najczęściej wykonywanych procedur zabiegowych. Rozwój współczesnej chirurgii, ścisła interdyscyplinarna współpraca różnych specjalności i postęp technologiczny mają niewątpliwie wpływ na sukces leczenia operacyjnego oraz znaczne ograniczenie powikłań po operacji gruczołu tarczowego [1, 2]. Zwiększenie bezpieczeństwa zabiegu operacyjnego nie oznacza jednak, że dla pacjenta jest to przeżycie pozbawione silnych emocji. Należy pamiętać, że każda choroba oraz konieczność pobytu w szpitalu stanowią dla chorego duże obciążenie psychiczne, a leczenie chirurgiczne często uważa się za szczególnie drastyczny element hospitalizacji.

Rodzaj i siła emocji towarzyszących zabiegowi zależą od wielu czynników, związanych zarówno ze stanem zdrowia chorego, jak i jego osobowością. Im poważniejsza choroba i jej rokowanie tym bardziej obciążająca jest dla psychiki pacjenta, i tym większe emocje rodzi będzie leczenie chirurgiczne. Na wzrost intensywności lęku w okresie okołoperacyjnym i czas jego trwania ma również wpływ rozległość zabiegu operacyjnego. Spośród innych czynników wymienia się płęć żeńską, nikotynizm, pesymizm, depresję, zaburzenia psychiczne, choroby uniemożliwiające normalne funkcjonowanie, a także brak wiedzy na temat czekającego zabiegu lub posiadanie nie zawsze prawdziwych informacji z niekompetentnych źródeł. Według Andruszkiewicz i wsp. poziom lęku może wzrastać także u pacjentów, którzy negatywnie oceniają jakość opieki pielęgniarskiej [3–5].

Uważa się, że stopień natężenia lęku przedoperacyjnego ma bardzo duży wpływ na przystosowanie

pacjenta po operacji. Najlepiej adaptują się osoby deklarujące przed zabiegiem średni poziom lęku. Pacjenci z niewielkim oraz silnym lękiem przystosowują się znacznie gorzej. Pierwsza grupa bywa dość agresywna w kontakcie z personelem, nie stosuje się do zaleceń, okazuje złość, natomiast druga grupa po operacji nadal odczuwa silny poziom lęku, zdenerwowanie, bojaźliwość [6].

Obawy pacjentów przed zabiegiem operacyjnym dotyczą przede wszystkim możliwości wystąpienia powikłań i komplikacji, możliwości śmierci, bólu, wyniku badania histopatologicznego. Chorzy boją się znieczulenia ogólnego i związanej z nim utraty kontroli oraz całkowitego uzależnienia od personelu medycznego. Powodem lęku jest też gorsze samopoczucie po operacji [7, 8]. Wiele obaw nie wynika bezpośrednio z konieczności poddania się samej operacji. Dotyczą ogólnie pobytu w szpitalu oraz rodziny, domu, pracy — nieznanne otoczenie szpitalne, obcy ludzie przebywający w tym samym pokoju, konieczność dostosowania się do regulaminu szpitalnego, czasowa nieobecność w życiu rodziny, brak wsparcia bliskich, przedłużona absencja w pracy, utrata dochodów. Pacjenci boją się także tego czy zostaną polubieni i zaakceptowani przez personel szpitalny [9].

Lęk, jaki towarzyszy oczekiwaniu na zabieg chirurgiczny jest naturalną reakcją na nową, nieznaną sytuację, ale nie jest czynnikiem sprzyjającym przygotowaniu pacjenta do operacji. Przeżywane przez niego emocje wywierają istotny wpływ na przebieg leczenia i okres rekonwalescencji. Przygotowanie psychiczne stanowi więc bardzo ważny element przygotowania pacjenta do zabiegu. Rola pielęgniarki w tym procesie jest o tyle istotna, że jest ona tym z członków zespołu interdyscyplinarnego, sprawującego opiekę nad pacjentem, z którym pacjent ma najczęstszy kontakt [10].

## Cel pracy

Cele pracy sformułowano w postaci następujących pytań:

- Jakie są źródła lęku u pacjentek oczekujących na operację tarczycy?
- Jakie czynniki miały wpływ na wysoki poziom lęku przedoperacyjnego?
- Jaki wpływ na poziom lęku okołoperacyjnego mają obawy związane z rozpoznaniem w badaniu histopatologicznym?
- Czy pielęgniarka miała wpływ na zmniejszenie lęku okołoperacyjnego?

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Gruzołów Dokrewnych Instytutu CZMP w Łodzi. Objęto nimi 100 pacjentek w wieku od 18–65 lat zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego z powodu zmian guzowatych gruczołu tarczowego lub przytarczyc, w okresie od października 2010 roku do lutego 2011 roku. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy po uzyskaniu świadomej zgody od osób ankietowanych. Kryterium włączenia do grupy stanowiła również płeć żeńska.

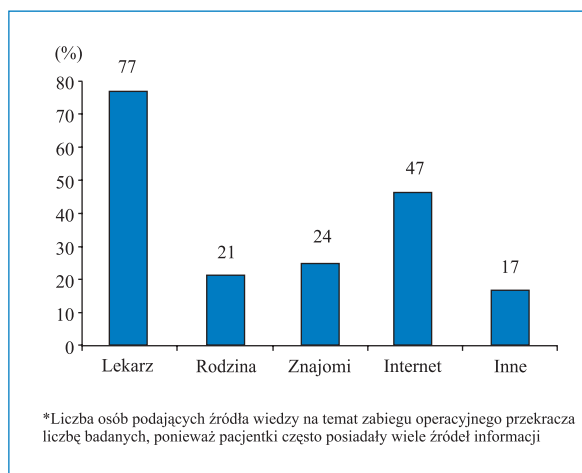
Zastosowany w badaniach kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji pacjentki otrzymywały do wypełnienia w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym. Zawierał on w swojej budowie Wizualną Skalę Analogową (VAS) zaadoptowaną do oceny poziomu lęku z metodologii badania bólu. (Badania przeprowadzone przez Romanika wykazały, że skala ta jest wiarygodną metodą kliniczną pozwalającą na szybką ilościową ocenę nasilenia lęku przed zabiegiem chirurgicznym [3].) Zadaniem osoby badanej było zaznaczenie punktu odpowiadającego odczuwanemu lękowi przed zabiegiem na jednej i po zabiegu na drugiej skali. W analizie wyników przyjęto, że oceny „0”, 1–3, 4–7 oraz 8–10 oznaczają odpowiednio brak lęku, niski poziom lęku, średni oraz wysoki poziom lęku.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel z wykorzystaniem testów parametrycznych. Otrzymałe wyniki przedstawiono w postaci średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego.

## Wyniki

Największą grupę wśród ankietowanych stanowiły kobiety w wieku 36–45 lat (29%), 46–55 lat (28%) oraz 56–65 lat (28%). Średni wiek badanych po zaokrągleniu do pełnych lat wynosił 47 ( $\pm 11$ ) lat.

Na pytanie o przebyty w przeszłości zabieg operacyjny 71% ankietowanych odpowiedziało, że były wcześniej operowane, a 39% spośród nich opisuje okres pooperacyjny jako doświadczenie bardzo nieprzyjemne.



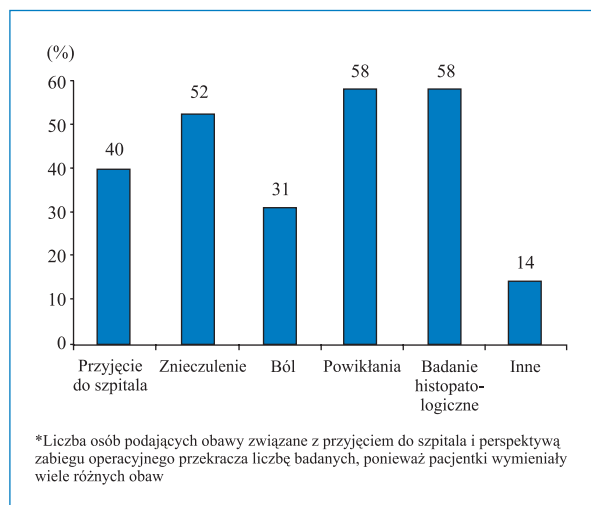
Rycina 1. Źródła wiedzy na temat zabiegu operacyjnego tarczycy

Figure 1. Sources of knowledge about thyroid surgery

Przed przyjęciem do szpitala 92% pacjentek posiadało wiedzę na temat czekającej ich operacji, znieczulenia, ewentualnych powikłań. Analiza badań wykazała, że dominującym źródłem uzyskiwania przez respondentki informacji na temat zabiegu był lekarz kierujący na operację (77%), przy czym tylko 22% badanych zadowolilo się tą informacją. Pozostałe pacjentki poszukiwały dodatkowych wiadomości o zabiegu. Istotną rolę w opinii prawie połowy badanych (47%) odegrał tu Internet. Zdecydowanie mniej znaczącymi źródłami wiedzy okazali się znajomi, rodzina oraz inne (głównie literatura) (ryc. 1).

Dla większości kobiet (95%) zabieg wiązał się z doświadczeniem negatywnego stanu emocjonalnego. Najczęstszym źródłem lęku, w opinii ponad połowy respondentek, była możliwość wystąpienia powikłań (58%), wynik badania histopatologicznego (58%) oraz znieczulenie (52%). Nieco mniej znaczącą rolę miał fakt przyjęcia do szpitala (40%) i ból po operacji (31%). Okazało się, że dla niektórych pacjentek źródłem lęku mogą być również odległe wyniki leczenia operacyjnego w postaci „brzydkiej, widocznej blizny” (odpowiedź opisowa w podpunkcie „inne”) (ryc. 2).

Analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do udzielania wsparcia informacyjnego ze strony personelu medycznego wskazuje na dominującą rolę pielęgniarki. W opinii większości ankietowanych (80%) to właśnie pielęgniarki przekazały pacjentkom najwięcej informacji na temat zabiegu operacyjnego (w granicach zawodowych kompetencji). Mniejszą, choć również istotną rolę, zdaniem ponad połowy respondentek (61%) odegrał lekarz anestezjolog,



**Rycina 2.** Źródła lęku związanego z przyjęciem do szpitala i perspektywą zabiegu operacyjnego

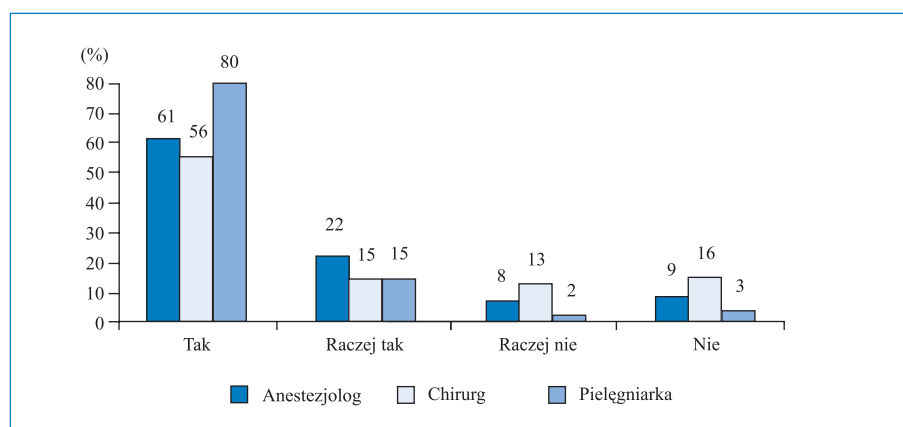
**Figure 2.** Sources of anxiety associated with hospital admission and the prospect of surgery

informując pacjentki o rodzaju znieczulenia i jego powikłaniach. Na ostatniej pozycji uplasował się chirurg (ryc. 3).

Tylko 5% ankietowanych nie doświadczyło lęku przed zabiegiem, a 18% nie doznało go po zabiegu. Pozostałe pacjentki deklarowały lęk o różnym natężeniu zarówno przed, jak i po operacji. Zdecydowana większość pacjentek przed interwencją chirurgiczną odczuwała wysoki (49%) i średni (35%) poziom lęku. Po zabiegu natężenie lęku uległo zmniejszeniu i ponad połowa badanych doświadczyła lęku o niskim (30%) i średnim (28%) natężeniu (tab. 1).

Analiza średniego natężenia lęku okołoperacyjnego w zależności od wieku wykazała, że najwyższego poziomu lęku doświadczają kobiety najmłodsze (18–35 lat) przed zabiegiem — średnio 8,33, co według przyjętej skali oznacza wysoki poziom lęku. W pozostałych grupach zarówno przed, jak i po operacji natężenie lęku mieści się w granicy średniego poziomu, chociaż w grupie kobiet w wieku 36–45 lat poziom lęku przed operacją jest również dość wysoki (~7,41). Podział respondentek w zależności od lęku związanego z wynikiem badania histopatologicznego oraz w zależności od uzyskania informacji medycznej nie różnicował znacząco badanych grup. Poza niskim poziomem lęku po operacji u pacjentek nieobawiających się wyniku badania histopatologicznego (~3,26), natężenie lęku w pozostałych grupach utrzymywało się na średnim poziomie. Podział badanych ze względu na doświadczenia związane z przebytą wcześniej operacją również wykazał średni poziom lęku we wszystkich grupach, chociaż różnica w średnim natężeniu lęku między pacjentkami, które nie posiadają nieprzyjemnych doświadczeń związanych z wcześniej przebyłym zabiegiem (~5,76), a pozostałymi grupami (~7,32 i ~7,34) wydaje się być znacząca i przemawiać za wpływem tych czynników na zwiększenie poziomu lęku przedoperacyjnego (tab. 2).

Analiza danych w odniesieniu do osób mających wpływ na zmniejszenie lęku okołoperacyjnego wskazuje na znaczącą rolę pielęgniarek, które zostały wymienione przez 54% badanych. Wsparcie osoby bliskiej i lekarza chirurga okazało się zdecydowanie mniej istotne (26%), a wpływ pozostałych wymienianych osób był nieznaczący. Część respondentek



**Rycina 3.** Poziom informowania na temat zabiegu przez lekarzy anestezjologów, chirurgów i pielęgniarki

**Figure 3.** The level of information about the treatment by the anesthetists, surgeons and nurses

**Tabela 1.** Poziom lęku okołoperacyjnego

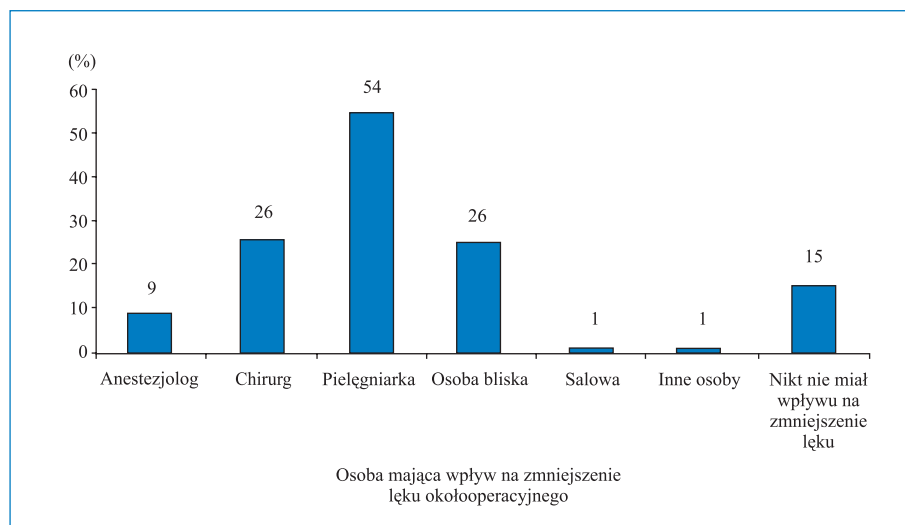
**Table 1.** Perioperative anxiety levels

Poziom lęku	Przed operacją		Po operacji	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Brak lęku	5	5%	18	18%
Niski poziom lęku	11	11%	30	30%
Średni poziom lęku	35	35%	28	28%
Wysoki poziom lęku	49	49%	24	24%
Średnia	~6,7 (± 2,5)		~4,2 (± 2,5)	
Razem	100	100%	100	100%

**Tabela 2.** Średni poziom lęku przed i po zabiegu operacyjnym w zależności od różnych czynników

**Table 2.** The average level of anxiety before and after surgery, depending on various factors

Czynniki wpływające na poziom lęku okołoperacyjnego		Liczba pacjentów	Średni poziom lęku	
			Przed operacją	Po operacji
Wiek	18–35 lat	15	8,33 (± 1,84)	4,87 (± 2,88)
	36–45 lat	29	7,41 (± 1,88)	4,21 (± 2,77)
	46–55 lat	28	5,89 (± 2,61)	3,64 (± 2,83)
	56–65 lat	28	5,89 (± 2,61)	4,43 (± 2,89)
Pacjentki obawiające się wyniku badania histopatologicznego		58	7,02 (± 2,57)	4,9 (± 2,7)
Pacjentki nieobawiające się wyniku badania histopatologicznego		42	6,26 (± 2,68)	3,26 (± 2,55)
Pacjentki posiadające nieprzyjemne doświadczenia związane z wcześniej przebyłym zabiegiem operacyjnym		28	7,32 (± 1,96)	4,54 (± 2,89)
Pacjentki, które nie posiadają nieprzyjemnych doświadczeń z wcześniej przebyłym zabiegiem		43	5,76 (± 2,82)	3,72 (± 2,89)
Pacjentki, które nie przebyły wcześniej żadnego zabiegu operacyjnego		29	7,34 (± 2,24)	4,55 (± 2,43)
Pacjentki, które przed zabiegiem nie otrzymały informacji z jednego lub więcej źródeł medycznych (lekarz anestezjolog, chirurg, pielęgniarka)		40	6,85 (± 2,57)	4,65 (± 3,08)
Pacjentki, które przed zabiegiem otrzymały informacje ze wszystkich źródeł medycznych (lekarz anestezjolog, chirurg, pielęgniarka)		60	6,6 (± 2,41)	3,92 (± 2,51)



**Rycina 4.** Wpływ poszczególnych osób na zmniejszenie lęku okołoperacyjnego

**Figure 4.** The impact of individual people to reduce perioperative anxiety

nie doświadczyła lęku okołoperacyjnego bądź też lęk towarzyszył im w sposób niezmienny przez cały okres pobytu w szpitalu. W ich opinii (15%) oczywiście nikt nie miał wpływu na zmniejszenie lęku okołoperacyjnego (ryc. 4).

## Dyskusja

Choroby gruczołu tarczowego zdecydowanie częściej dotyczą kobiet. Bardzo często jedyną skuteczną metodą leczenia chorób tarczycy jest zabieg chirurgiczny, a czas trwania oraz intensywność lęku okołoperacyjnego jest zdecydowanie wyższa właśnie u płci żeńskiej [2, 3]. Dlatego też przeprowadzone badanie ograniczono do grupy kobiet poddanych operacji tarczycy. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że największa liczba zachorowań na choroby tarczycy występuje w wieku 50–59 oraz 40–49 lat [11], co pokrywa się z danymi demograficznymi uzyskanymi w przeprowadzonym badaniu.

Współczesny pacjent ma szeroki dostęp do informacji medycznej, kształtującej jego wiedzę na temat zdrowia i choroby. Większość z nich szczególnie aktywnie sięga po wiadomości na temat swojej sytuacji zdrowotnej. Przy obecnym rozwoju technologii i dostępie do mediów praktycznie nie mają z tym problemów. Zupełnie nie dziwi, więc fakt jak poważnym źródłem wiedzy stał się Internet. Przeżyty w przeszłości zabieg operacyjny związany z nieprzyjemnymi doświadczeniami, również może stanowić swego rodzaju źródło informacji i związanych z tym obaw. Oczywiście najważniejszym, bo najbardziej kompetentnym źródłem informacji jest lekarz. Jednak z wielu badań, jak również z prezentowanych rezultatów wynika, że nie jest to jedyne źródło [12, 13]. Należy

zwrócić uwagę, że tylko, co czwarta kobieta zadowolona była się informacją uzyskaną od lekarza, a wielorakość nie zawsze kompetentnych źródeł wiadomości może powodować nasilenie lęku okołoperacyjnego. Personel medyczny musi zatem zadbać o to, aby wiedza pacjenta zawsze została zweryfikowana.

Umiarkowany poziom lęku jaki towarzyszy ludziom oczekującym na interwencję chirurgiczną jest zjawiskiem naturalnym, w związku z czym dość powszechnym. Uważa się nawet, że lęk o niewielkim nasileniu jest użyteczny, ponieważ mobilizuje siły obronne organizmu. Natomiast bardzo wysoki poziom lęku, lęk paniczny, utrzymujący się długo, zaburza funkcjonowanie organizmu i przynosi wiele negatywnych konsekwencji [3]. Zdecydowana większość respondentek deklarowała przed zabiegiem operacyjnym lęk o różnym nasileniu, a niemal połowa z nich odczuwała wysoki poziom lęku. Uzyskane wyniki są zbliżone do wyników badań Pilewskiej i Jakiela przeprowadzonych w grupie pacjentek przygotowywanych do operacji ginekologicznej, gdzie przy zastosowanej tej samej skali liczbowej uzyskano, że poziom lęku przed operacją wynosił  $\sim 6,3 (\pm 0,18)$ , a po operacji  $\sim 4,07 (\pm 0,18)$  punktu. Liczba kobiet wyrażających obawy związane z przyjęciem do szpitala i perspektywą zabiegu także przedstawiała się podobnie i wynosiła 95,5% [7].

Z badań Motyki przeprowadzonych wśród pacjentów przygotowywanych do planowych zabiegów chirurgicznych wynika, że średnio, u co trzeciego pacjenta źródłem lęku jest możliwość powikłań, bólu i śmierci, a u około 3% rozpoznanie choroby nowotworowej [8]. Nieco odmienne wyniki uzyskali Pilewska i Jakiel podając, że średnio co szósta kobieta obawiała

się przed zabiegiem bólu, znieczulenia i niepowodzenia operacji [7]. Charakter lęku towarzyszącego pacjentkom przygotowywanym do zabiegu w obrębie gruczołu tarczowego odbiega od powyższych danych, co najprawdopodobniej wynika z tego, że badani w poszczególnych grupach byli kwalifikowani do różnych zabiegów chirurgicznych. Uzyskano znacznie wyższy odsetek pacjentek, dla których źródłem lęku było znieczulenie ogólne i możliwość powikłań oraz bardzo wysoki, w porównaniu z Motyką, odsetek kobiet doświadczających lęku w związku z wynikiem badania histopatologicznego. Jedynie odsetek kobiet obawiających się bólu, pokrywa się z wynikiem uzyskanym przez Motykę.

Na charakter oraz poziom lęku okołoperacyjnego może wpływać wiele czynników — osobowość, płeć, posiadane informacje i ich źródła, rodzaj zabiegu, rozpoznanie. Istotny wpływ na zmniejszenie jego natężenia ma opieka, wsparcie i rzetelna informacja przekazywana przez personel medyczny [3, 4, 5, 12]. Z badań dotyczących oczekiwań pacjentów na informację wobec personelu pielęgniarskiego wynika, że zapotrzebowanie na wiadomości związane z przygotowaniem do zabiegu i okresu rekonwalescencji jest bardzo wysokie [14]. Cieszy więc fakt, że wyniki badania własnego wskazują na dość wysoki poziom uzyskiwania informacji od pielęgniarek. Ankietowane bardzo pozytywnie oceniły również rolę pielęgniarek, jako osób, które miały wpływ na zmniejszenie lęku okołoperacyjnego.

Wysoka jakość świadczonej opieki medycznej zapewne w znacznym stopniu wpłynęła na wystąpienie niewielkich tylko różnic w poziomie lęku okołoperacyjnego pomiędzy poszczególnymi grupami. Mimo tego, dość wyraźnie rysuje się wpływ wieku na jego poziom (młodsze pacjentki bardziej obawiają się operacji) oraz wcześniejszych doświadczeń. Nieznaczne różnice w obawach związanych z oczekiwaniem na wynik badania histopatologicznego (mimo wysokiego odsetka pacjentek deklarujących takie obawy) mogą wynikać z faktu, że poziom lęku wzrasta zdecydowanie bardziej już po rozpoznaniu choroby nowotworowej [5].

### Wnioski

Źródłem lęku u pacjentek oczekujących na operację tarczycy jest przede wszystkim możliwość wystąpienia powikłań, rozpoznanie w badaniu histopatologicznym choroby nowotworowej oraz znieczulenie do operacji.

Na wysoki poziom lęku przedoperacyjnego mają wpływ wiek pacjentki oraz nieprzyjemne doświadczenia związane z przebyciem wcześniej zabiegiem lub obecna operacja, jako pierwsze tego typu doświadczenie.

Poziom lęku okołoperacyjnego jest nieznacznie wyższy u pacjentek obawiających się wyniku badania histopatologicznego.

Opieka pielęgniarska ma znaczący wpływ na łagodzenie lęku okołoperacyjnego.

### Podziękowanie

Serdeczne wyrazy podziękowania dla Pana Prof. dr hab. n. med. Jana Brzezińskiego za motywację oraz wsparcie merytoryczne.

### Piśmiennictwo

1. Brzeziński J. Chirurgia gruczołów dokrewnych. (W:) Syrenicz A. (red.). Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej. Wydawnictwo PAM, Szczecin 2009; 749–764.
2. Ponichtera A., Borowiak E. Choroby tarczycy jako poważny problem medyczny w Polsce. *Probl. Pielęg.* 2008; 16: 192–198.
3. Romanik W., Kański A., Soluch P., Szymańska O. Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anest. Intens. Ter.* 2009; 41: 94–99.
4. Andruszkiewicz A., Idczak H., Kocięcka A., Banaszekiewicz M., Marzec A. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Pielęg. Pol.* 2005; 19: 46–48.
5. Nowicki A., Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współcz. Onkol.* 2005; 9: 396–403.
6. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
7. Pilewska A., Jakiel G. Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną, jako sytuacja trudna dla kobiet. *Prz. Menopauz.* 2005; 5: 37–41.
8. Motyka M. Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. *Sztuka Leczenia* 2001; 4: 23–26.
9. Trzcieniecka-Green A. (red.). Psychologia, podręcznik dla studentów kierunków medycznych. TAiWPN Universitas, Kraków 2006.
10. Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
11. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., GUS, Warszawa 2006; 100–121.
12. Ziębicka J., Gajdosz R. Informacja medyczna i jej znaczenie dla chorych przygotowywanych do znieczulenia i operacji. *Anest. Intens. Ter.* 2006; 2: 110–114.
13. Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A., Syty K., Jakiel G. Potrzeba wsparcia psychicznego kobiet w okresie oczekiwania na operację ginekologiczną. *Prz. Menopauz.* 2010; 5: 309–313.
14. Łuczynska V., Gorchans E., Berezowska E., Wysięcki P. Oczekiwanie pacjentów na informacje wobec personelu pielęgniarskiego. *Zdr. Publ.* 2003; 113: 258–263..