

Justyna Zarębska¹, Grażyna Chojnacka-Kowalewska²

¹ Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

² Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu
ORCID:0009-0009-9755-6446

Ocena poziomu lęku pacjentek w związku z planowaną operacją ginekologiczną

Evaluation of preoperative anxiety in women undergoing planned gynecological surgery

Streszczenie

Wstęp. Lęk przedoperacyjny jest powszechnym zjawiskiem występującym u pacjentów przygotowujących się do zabiegów chirurgicznych. Jego nasilenie istotnie wpływa na przebieg leczenia oraz proces rekonwalescencji. W przypadku operacji ginekologicznych, lęk ten może być szczególnie silny i wieloaspektowy. Zrozumienie źródeł i poziomu lęku przedoperacyjnego ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia pacjentkom odpowiedniego wsparcia psychicznego oraz poprawy wyników leczenia.

Cel. Celem pracy jest ocena poziomu lęku pacjentek w związku z planowaną operacją ginekologiczną.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, z wykorzystaniem skali VAS oraz APAIS. W okresie od listopada do grudnia 2024 roku badaniem objęto 160 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu. Badanie było anonimowe, dobrowolne i bezpłatne. Analizę przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.3, stosując testy nieparametryczne, test U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Wszystkie testy statystyczne przeprowadzono przy założonym poziomie istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki. W grupie badanej średni poziom lęku w skali VAS wyniósł 5,84, a w skali APAIS – 11,40. Większość zmiennych demograficznych nie różnicowała istotnie poziomu lęku. 35% pacjentek wykazywało wysokie zapotrzebowanie na informacje i wykazano, że większa potrzeba wiedzy wiąże się z wyższym lękiem.

Wnioski. Wykazano istotnie wyższy poziom lęku u pacjentek, które jako największe źródło lęku wskazały

aspekty związane ze znieczuleniem. Czynniki demograficzne i kliniczne nie różnicowały istotnie poziomu lęku. Wykazano istotną zależność pomiędzy nasileniem lęku a zapotrzebowaniem na informacje. Źródło uzyskanych informacji oraz stopień satysfakcji z zakresu uzyskanej informacji nie różnicowały istotnie poziomu lęku przedoperacyjnego.

Słowa kluczowe: lęk przedoperacyjny, skala VAS, skala APAIS, operacja ginekologiczna, opieka przedoperacyjna

Summary

Introduction: Preoperative anxiety is a common issue among patients preparing for surgery. Its intensity significantly affects treatment outcomes and the recovery process. In gynecological procedures, anxiety may be especially strong and complex. Identifying the sources and levels of such anxiety is essential for delivering adequate psychological support and improving patient care.

Aim. The aim of this study was to assess anxiety levels in patients scheduled for gynecological surgery.

Material and Methods. A self-designed questionnaire was used, including the Visual Analogue Scale (VAS) and the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). From November to December 2024, 160 patients hospitalized at the Department of Obstetrics, Gynecology, and Oncological Gynecology of the Voivodeship Combined Hospital in Toruń participated. The study was anonymous, voluntary, and free of charge. Statistical analysis was performed using Statistica 13.3, applying non-parametric tests: Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis, and Spearman’s rank correlation. The significance level was set at $\alpha = 0.05$.

Results. The average anxiety level was 5.84 (VAS) and 11.40 (APAIS). Most demographic variables did not significantly .with increased anxiety.

Conclusions: Patients identifying anesthesia as the main source of anxiety showed significantly higher anxiety levels. Demographic and clinical factors were not significant predictors. A strong association was observed between anxiety intensity and the need for information, though the source or satisfaction with received information did not significantly affect anxiety levels.

Keywords: preoperative anxiety, VAS scale, APAIS scale, gynecological surgery, preoperative care

Wstęp

Rozwój chirurgii ginekologicznej znacząco zwiększył skuteczność leczenia wielu schorzeń kobiecych, jednak towarzyszące tym interwencjom emocje, zwłaszcza lęk przedoperacyjny, nadal stanowią istotne wyzwanie w opiece nad pacjentką.

Według badań lęk jest najbardziej charakterystycznym doznaniem pacjentek w okresie poprzedzającym operację. W zależności od indywidualnych predyspozycji, a także zakresu planowanej operacji dotyczy on od 25% do 80% pacjentek [1].

Lęk przedoperacyjny, definiowany jako stan napięcia emocjonalnego pojawiający się w odpowiedzi na zbliżające się leczenie chirurgiczne, może wpływać nie tylko na samopoczucie pacjentki [2]. Lęk o wysokim nasileniu generuje również ryzyko problemów związanych ze znieczuleniem i procesem wybudzania po operacji. W okresie

pooperacyjnym pacjenci, którzy prezentowali wysoki poziom lęku przedoperacyjnego mogą słabiej reagować na leczenie przeciwbólowe, tym samym wymagając przyjmowania wyższych dawek leków. Wysoki poziom lęku przedoperacyjnego może mieć również negatywny wpływ na proces gojenia ran po zabiegach [3].

Problem lęku przedoperacyjnego i ocena jego poziomu przed operacją nie należy do rutynowej praktyki szpitalnej. Poznanie źródeł lęku pomaga opracować skuteczne strategie jego redukcji co poprawia komfort pacjenta, efektywność leczenia oraz obniża koszty systemu zdrowia. Zrozumienie istoty lęku przedoperacyjnego, jego przyczyn i mechanizmów działania jest zatem kluczowe nie tylko z perspektywy psychologicznej, ale również praktycznej – jako element poprawy standardów opieki okołozabiegowej.

Cel

Celem pracy jest ocena poziomu lęku pacjentek w związku z planowaną operacją ginekologiczną.

Metody, techniki, narzędzia badawcze

W niniejszej pracy zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny w oparciu o technikę ankietowania. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach był kwestionariusz ankiety własnej. Zawierał on w swojej budowie Wizualną Skalę Analogową (VAS), którą zaadaptowano do oceny poziomu lęku. W tabeli ujęto punktację od 1 do 10 punktów, a zadaniem pacjentki było zaznaczenie punktu odpowiadającego odczuwanemu lękowi przed zabiegiem. Ponadto wykorzystano w kwestionariuszu walidowaną do warunków polskich Amsterdamską Skalę Lęku Przedoperacyjnego i Zapotrzebowania na Informacje (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale – APAIS). Skala ta pozwala na obiektywną ocenę lęku oraz oszacowanie, jakie zapotrzebowanie na informacje związane z operacją ma pacjentka.

Badaniem objęto 160 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu w okresie od listopada do grudnia 2024 roku. Badanie było anonimowe, dobrowolne i bezpłatne. Uzyskane dane z kwestionariusza ankiety zostały poddane analizie statystycznej. W celu zbadania zależności zastosowano testy nieparametryczne, test U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Wszystkie testy statystyczne przeprowadzono przy założonym poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Analizę przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.3.

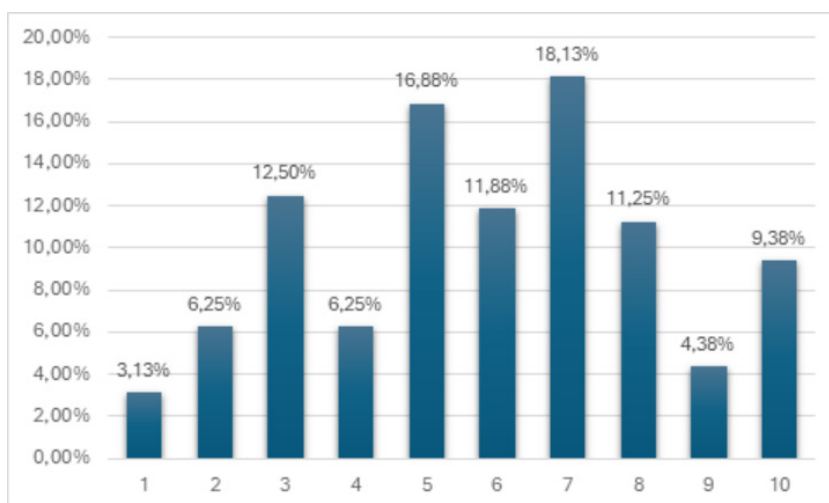
Wyniki

W badanej grupie największy odsetek stanowiły kobiety w wieku 45–60 lat – 40% (n = 64). Pacjentki w wieku 36–45 lat stanowiły 33,8% (n = 54), a kobiety w wieku 18–35 lat – 11,3% (n = 18). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby powyżej 60. roku życia – 15% (n = 24). Pod względem wykształcenia dominowały pacjentki z wykształceniem wyższym – 48,8% (n = 78). Wykształcenie średnie posiadało 36,9% (n = 59), zawodowe – 12,5% (n = 20), a podstawowe – 1,9% (n = 3).

Analiza miejsca zamieszkania wykazała, że największą grupę stanowiły osoby mieszkające w miastach liczących od 100 do 500 tysięcy mieszkańców – 49,4% (n = 79). W miejscowościach do 100 tysięcy mieszkańców mieszkało 43,1% (n = 69), natomiast jedynie 7,5% pacjentek (n = 12) pochodziło z miast powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Uczestniczki badania zostały poproszone o określenie poziomu lęku przed planowanym zabiegiem operacyjnym na dziesięciopunktowej Wizualnej Skali Analogowej (VAS), gdzie 1 oznaczało minimalny, a 10 maksymalny poziom odczuwanego lęku.

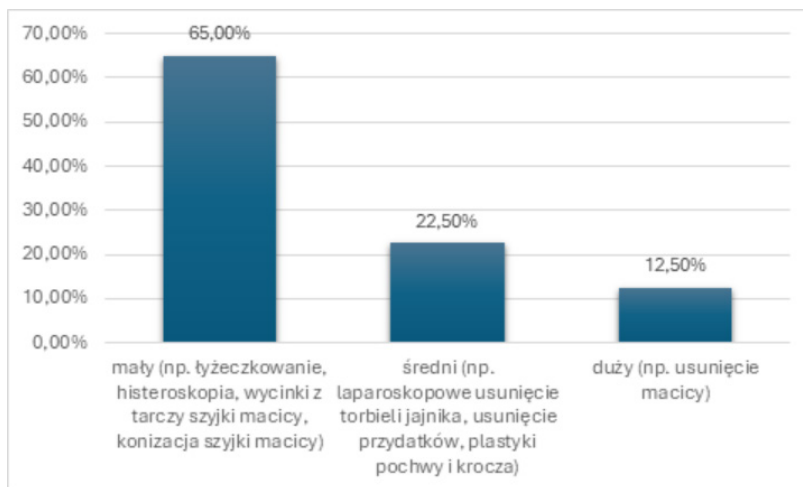
Najwięcej pacjentek wskazało poziom lęku równy 7 (18,13%; n = 29). Kolejne najczęściej wybierane wartości to: 5 (16,88%; n = 27), 6 (11,88%; n = 19), oraz 8 (11,25%; n = 18). Wysoki poziom lęku (wartości 8–10) zgłosiło 25,00% (n = 40) pacjentek. Niski poziom lęku (wartości 1–3) zadeklarowało 21,88% (n = 35), natomiast średni poziom (wartości 4–7) odczuwało 53,13% (n = 85). Rozkład odpowiedzi wskazuje na wyraźne zróżnicowanie nasilenia lęku wśród badanych pacjentek (Ryc. 1).



Rycina 1. Rozkład poziomu lęku przed operacją według skali VAS w grupie pacjentek (N = 160)

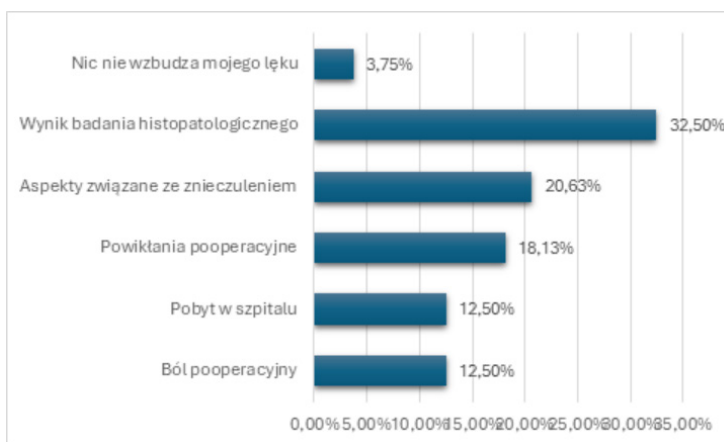
28,13% badanych wskazało, że jest to ich pierwszy zabieg, natomiast 71,88% miało już wcześniej przeprowadzoną operację.

Najwięcej pacjentek zakwalifikowano do zabiegu małego stopnia – 65,00% (n = 104). Zabieg średniego stopnia miało przejść 22,50% (n = 36), a duży zabieg planowano u 12,50% (n = 20) (Ryc. 2).



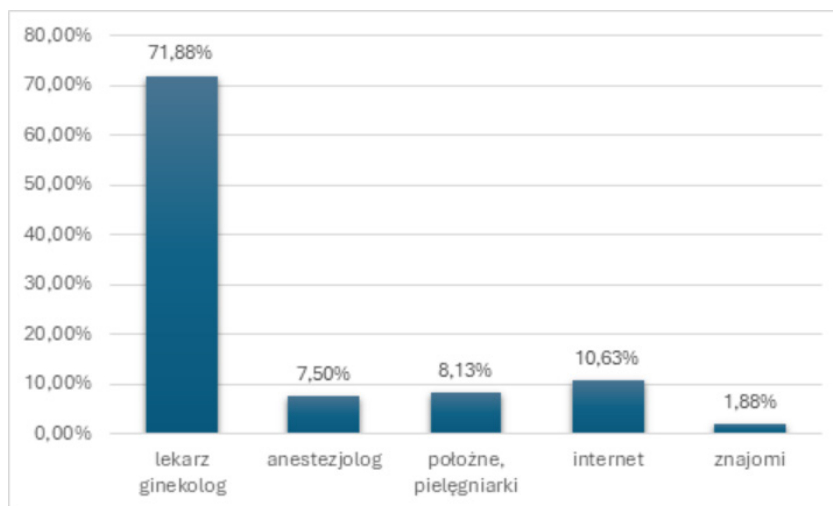
Rycina 2. Zakwalifikowanie pacjentek do kategorii zabiegu operacyjnego (N = 160) Obecność współistniejących chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie, choroby tarczycy czy zaburzenia psychiczne, potwierdziło 53,13% (n = 85). Brak innych schorzeń zadeklarowało 46,88% (n = 75)

Jako główne źródło lęku najwięcej pacjentek wskazało wynik badania histopatologicznego – 32,50% (n = 52). Znaczącą obawę budziły także aspekty związane ze znieczuleniem – 20,63% (n = 33) oraz powikłania pooperacyjne – 18,13% (n = 29). Ból pooperacyjny i pobyt w szpitalu były źródłem lęku odpowiednio dla 12,50% (n = 20) każda z tych kategorii. Brak jakiegokolwiek lęku zadeklarowało 3,75% (n = 6) pacjentek (Ryc. 3).



Rycina 3 Źródła największego lęku przed operacją wskazane przez pacjentki (N = 160)

Aż 71,88% (n=115) pacjentek zadeklarowało, że najwięcej informacji na temat planowanego zabiegu uzyskało od lekarza ginekologa. Pozostałe źródła obejmowały: internet – 10,63% (n = 17), położne lub pielęgniarki – 8,13% (n = 13), anestezjologa – 7,50% (n = 12) oraz znajomych – 1,88% (n = 3) (Ryc. 4).



Rycina 4. Główne źródło informacji o planowanym zabiegu operacyjnym (N = 160)

Zdecydowana większość pacjentek – 88,13% (n = 141) – uznała, że informacje, które otrzymały, były dla nich wystarczające. Brak poczucia wystarczającej wiedzy zgłosiło 11,88% (n = 19)

W badaniu zastosowano Amsterdamską Skalę Lęku Przedoperacyjnego i Zapotrzebowania na Informacje (APAIS), która zawiera sześć pozycji oceniających poziom lęku (cztery pytania) oraz zapotrzebowanie na informacje (dwa pytania) (Ryc. 5).

W odniesieniu do znieczulenia, 27,50% (n = 44) pacjentek zadeklarowało, że bardzo martwi się znieczuleniem, a 6,88% (n = 11) wskazało, że obawy są ogromne. Z kolei 7,50% (n = 12) badanych nie odczuwało w ogóle lęku w tym zakresie.

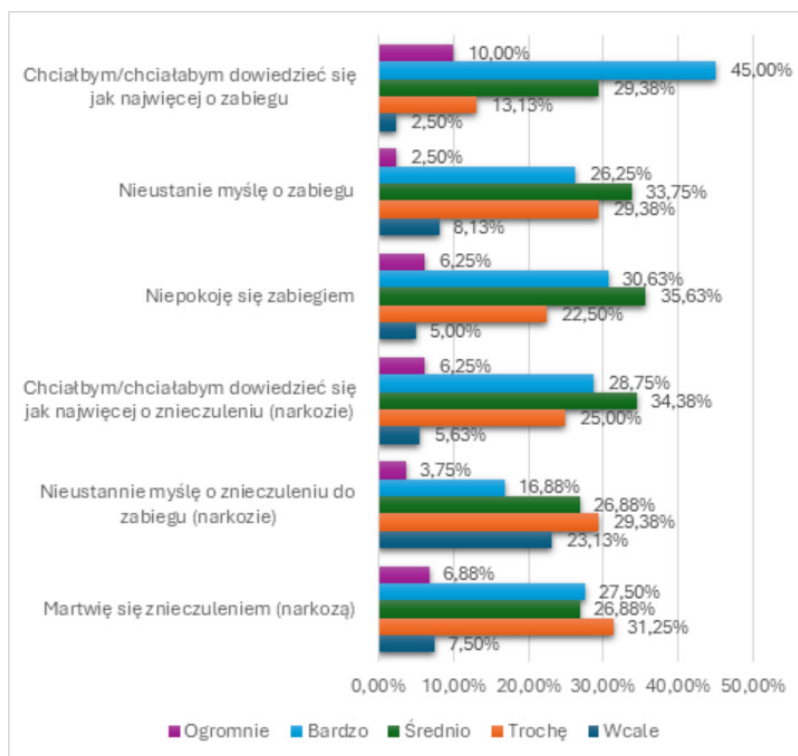
W pytaniu dotyczącym nieustannego myślenia o znieczuleniu, 23,13% (n = 37) odpowiedziało, że wcale o tym nie myśli, natomiast 16,88% (n = 27) często, a 3,75% (n = 6) bardzo często rozważa ten temat.

Zapotrzebowanie na informacje o znieczuleniu było zróżnicowane – 34,38% (n = 55) pacjentek odpowiedziało, że chce dowiedzieć się średnio dużo, 28,75% (n = 46) – bardzo dużo, a 6,25% (n = 10) – ogromnie dużo.

Jeśli chodzi o sam zabieg operacyjny, 35,63% (n = 57) pacjentek zadeklarowało średni poziom niepokoju, 30,63% (n = 49) – duży, a 6,25% (n = 10) – bardzo wysoki. Brak niepokoju wskazało 5,00% (n = 8) badanych.

Nieustanne myślenie o operacji zadeklarowało 26,25% (n = 42) pacjentek, a 2,50% (n = 4) przyznało, że myśli o niej cały czas. Z drugiej strony, 8,13% (n = 13) nie rozważało tego w ogóle.

Zapotrzebowanie na informacje o samym zabiegu było bardzo wysokie – 45,00% (n = 72) pacjentek wskazało odpowiedź „bardzo”, a 10,00% (n = 16) – „ogromnie”. Tylko 2,50% (n = 4) osób nie miało potrzeby pogłębienia wiedzy na temat operacji.



Rycina 5. Rozkład odpowiedzi pacjentek w skali APAIS dotyczącej lęku i zapotrzebowania na informacje przed zabiegiem operacyjnym (N = 160)

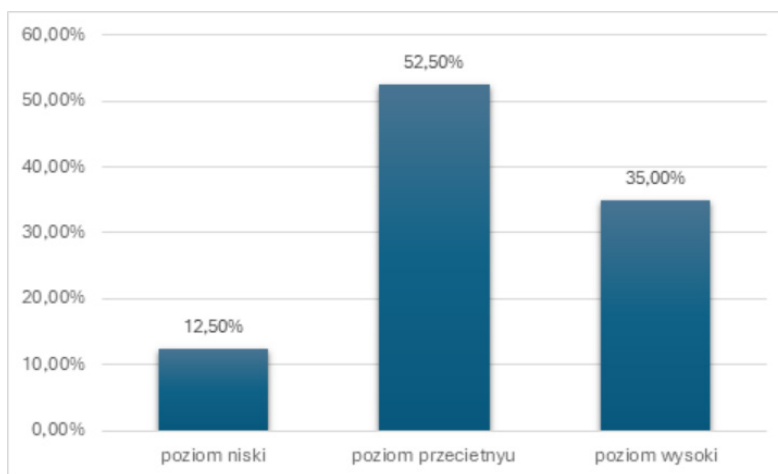
Na podstawie wyników skali APAIS obliczono odrębnie wskaźniki dla poziomu lęku oraz zapotrzebowania na informacje związane z planowanym zabiegiem operacyjnym.

Ocena lęku przedoperacyjnego w skali APAIS kształtowała się na poziomie średnim – średni wynik wyniósł 11,40 (SD = 3,59).

W oparciu o uzyskane wyniki dokonano kategoryzacji poziomu zapotrzebowania pacjentek na informacje oraz natężenia lęku przedoperacyjnego według zasad skali APAIS. W przypadku zapotrzebowania na informacje przyjęto trzy poziomy interpretacyjne: niski (2–4 punkty), przeciętny (5–7 punktów) oraz wysoki (8–10 punktów). W odniesieniu do oceny lęku przed operacją zastosowano rekomendowany punkt odcięcia równy 11 punktom – wartości równe lub wyższe interpretowano jako wysoki poziom lęku.

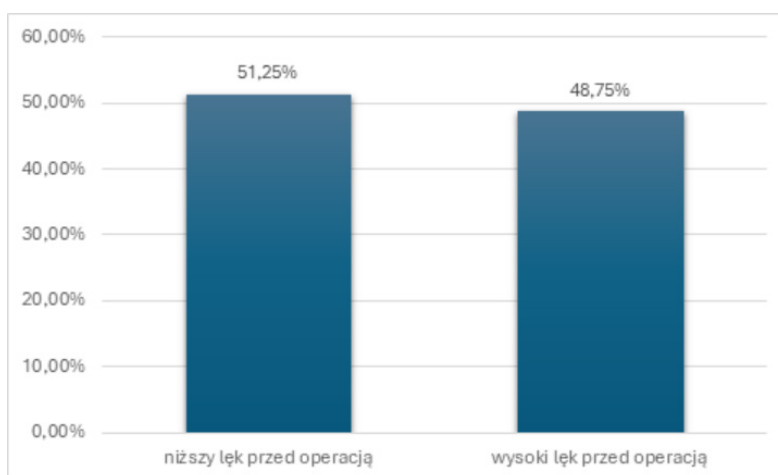
Analiza danych wykazała, że 12,50% pacjentek (n = 20) uzyskało wynik świadczący o niskim zapotrzebowaniu na informacje dotyczące planowanego zabiegu. Większość badanych, czyli 52,50% (n = 84), osiągnęła wynik wskazujący na przeciętny poziom

zapotrzebowania, natomiast 35,00% (n = 56) wyraziło wysoką potrzebę pozyskania szczegółowych informacji na temat operacji i znieczulenia. Wyniki te świadczą o dużym zróżnicowaniu potrzeb informacyjnych w badanej grupie (Ryc. 6).



Rycina 6. Poziom zapotrzebowania na informacje przed operacją według skali APAIS (N = 160)

W odniesieniu do poziomu lęku przedoperacyjnego stwierdzono, że 51,25% pacjentek (n = 82) nie przekroczyło progu odcięcia, co wskazuje na niższy poziom odczuwanego lęku. Z kolei 48,75% uczestniczek badania (n = 78) uzyskało wynik równy bądź wyższy niż 11 punktów, co kwalifikuje je do grupy pacjentek z wysokim poziomem lęku przed planowanym zabiegiem (Ryc. 7).



Rycina 7. Poziom lęku przedoperacyjnego według skali APAIS (N = 160)

Analiza zależności między źródłem największego lęku a jego nasileniem

Celem analizy było ustalenie czy źródło lęku różnicuje jego nasilenie i czy pewne obawy (np. związane z wynikiem badania histopatologicznego, znieczuleniem czy powikłaniami) wiążą się z wyższym poziomem lęku ogólnego.

W analizie zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa ze względu na brak założeń dotyczących rozkładu normalnego w grupach porównawczych.

Wyniki testu Kruskala-Wallisa wykazały istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ($H(5) = 15,57$; $p = 0,008$), co oznacza, że natężenie lęku przedoperacyjnego ocenianego w skali VAS było zróżnicowane w zależności od wskazanego źródła największego lęku.

Najwyższe średnie wartości lęku odnotowano u pacjentek, które jako główne źródło obaw wskazały pobyt w szpitalu ($M = 6,80$) oraz aspekty związane ze znieczuleniem ($M = 6,42$). Wyraźnie niższe średnie wyniki uzyskano wśród osób, które deklarowały brak jakiegokolwiek lęku ($M = 2,83$) oraz wśród tych, które obawiały się wyniku badania histopatologicznego ($M = 5,50$).

Analiza porównań wielokrotnych (test post hoc) wykazała, że poziom lęku wśród pacjentek wskazujących brak lęku był istotnie niższy w porównaniu do osób, które za źródło lęku wskazały pobyt w szpitalu ($p = 0,0078$) oraz aspekty związane ze znieczuleniem ($p = 0,0171$). Różnice pomiędzy pozostałymi grupami nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej (Tab. 1).

Tabela 1. Poziom lęku przedoperacyjnego (VAS) w zależności od wskazanego źródła największego lęku ($N = 160$) [źródło: oprac. własne]

Największy lęk wzbudza	Statystyki					ANOVA Kruskala- -Wallisa	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Ból pooperacyjny	5,65	6,50	1,00	10,00	2,72	15,57	0,008
Pobyt w szpitalu	6,80	7,00	3,00	10,00	2,12		
Powikłania pooperacyjne	5,86	6,00	2,00	10,00	2,26		
Aspekty związane ze znieczuleniem	6,42	7,00	1,00	10,00	2,53		
Wynik badania histopatologicznego	5,50	5,00	1,00	10,00	2,25		
Nic nie wzbudza mojego lęku	2,83	3,00	1,00	5,00	1,33		

M – Średnia; *SD* – Odchylenie standardowe; *Me* – mediana; *Min* – minimum; *Max* – maksimum; *H* – statystyka; *p* – poziom istotności

Zbadano również zależność między wskazanym źródłem największego lęku, a ogólnym poziomem lęku ocenianym za pomocą skali APAIS. Do analizy porównawczej zastosowano test Kruskala-Wallisa, którego wynik wykazał istotne statystycznie różnice

między badanymi grupami ($H(5) = 22,98$; $p < 0,001$). (Tab. 2)

Najwyższe średnie wartości lęku w skali APAIS zaobserwowano u pacjentek, które jako główne źródło obaw wskazały aspekty związane ze znieczuleniem ($M = 13,52$) oraz ból pooperacyjny ($M = 12,25$). Z kolei najniższe wyniki uzyskano w grupie pacjentek, które zadeklarowały brak odczuwanego lęku ($M = 7,67$) oraz u osób, których największym źródłem obawy był wynik badania histopatologicznego ($M = 10,27$).

Wyniki testów post hoc wykazały, że poziom lęku w grupie pacjentek obawiających się aspektów związanych ze znieczuleniem był istotnie wyższy niż wśród osób obawiających się wyniku badania histopatologicznego ($p = 0,001$) oraz tych, które nie odczuwały żadnego lęku ($p = 0,007$). Podobnie, w grupie deklarującej ból pooperacyjny jako źródło lęku, poziom lęku był wyższy niż u osób deklarujących brak obaw, jednak różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ($p = 0,172$).

Tabela 2. Ocena lęku w skali APAIS w zależności od wskazanego źródła największego lęku ($N = 160$) [źródło: oprac. własne]

Największy lęk wzbudza	Statystyki					ANOVA Kruskala- Wallisa	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Ból pooperacyjny	12,25	13,00	6,00	20,00	3,60	22,98	<0,001
Pobyt w szpitalu	11,50	11,00	7,00	16,00	3,02		
Powikłania pooperacyjne	11,14	11,00	5,00	18,00	3,65		
Aspekty związane ze znieczuleniem	13,52	14,00	5,00	20,00	3,19		
Wynik badania histopatologicznego	10,27	10,00	4,00	16,00	3,35		
Nic nie wzbudza mojego lęku	7,67	7,50	4,00	12,00	3,01		

M – Średnia; *SD* – Odchylenie standardowe; *Me* – mediana; *Min* – minimum; *Max* – maksimum; *H* – statystyka; *p* – poziom istotności

Czynniki demograficzne i kliniczne związane z wysokim poziomem lęku przedoperacyjnego Przeanalizowano zależność pomiędzy poziomem lęku ocenianym za pomocą skali VAS a wybranymi cechami społeczno-demograficznymi (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania) oraz zmiennymi klinicznymi (doświadczenie operacyjne, rozległość zabiegu, obecność chorób współistniejących, źródło lęku, źródło informacji oraz wystarczalność informacji). Celem analizy było określenie, czy i które zmienne różnicują natężenie lęku przedoperacyjnego.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem lęku ocenianym w skali VAS, a badanymi czynnikami demograficznymi i klinicznymi. Wyniki szczegółowe prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Poziom lęku w skali VAS w zależności od wybranych zmiennych demograficznych i klinicznych (N = 160) [źródło: oprac. własne]

Zmienna	Statystyki opisowe					Statystyka testowa	
	M	Me	Min	Max	SD	H/Z	p
Wiek							
18–35	5,83	6,00	2,00	8,00	1,76	0,96	0,81
36–45	5,57	5,50	1,00	10,00	2,54		
45–60	5,94	6,00	1,00	10,00	2,70		
60<	6,17	6,00	3,00	10,00	1,76		
Wykształcenie							
podstawowe	7,00	7,00	5,00	9,00	2,00	1,14	0,77
zawodowe	5,85	6,00	2,00	10,00	2,32		
średnie	5,64	6,00	1,00	10,00	2,23		
wyższe	5,94	6,00	1,00	10,00	2,61		
Miejsce zamieszkania							
do 100 tys. mieszkańców	6,25	6,00	1,00	10,00	2,46	5,04	0,08
100–500 tys. mieszkańców	5,39	5,00	1,00	10,00	2,28		
powyżej 500 tys. mieszkańców	6,42	6,50	1,00	10,00	2,71		
Pierwsza operacja							
Tak	5,56	6,00	2,00	10,00	2,18	0,98	0,32
Nie	5,95	6,00	1,00	10,00	2,51		
Kategoria zabiegu							
mały	5,74	6,00	1,00	10,00	2,39	3,07	0,22
średni	5,67	6,00	1,00	10,00	2,62		
duży	6,65	7,00	2,00	10,00	2,18		
Leczenie z powodu innych chorób niż ginekologiczne							
Tak	6,12	6,00	1,00	10,00	2,45	1,54	0,12
Nie	5,52	5,00	1,00	10,00	2,37		

M – Średnia; SD – Odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; H/Z – statystyka; p – poziom istotności

Analizie poddano również poziom lęku mierzony za pomocą skali APAIS i jego zależność od podstawowych zmiennych społeczno-demograficznych i klinicznych, takich jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wcześniejsze doświadczenia operacyjne, rozległość planowanego zabiegu oraz obecność chorób współistniejących.

Spośród wszystkich analizowanych zmiennych jedynie miejsce zamieszkania różnicowało istotnie poziom lęku przedoperacyjnego ocenianego w skali APAIS. Test Kruskala-Wallisa wykazał istotność (H = 9,85; p = 0,007). Najniższy poziom lęku odnoto-

wano wśród pacjentek z miejscowości liczących do 100 tys. mieszkańców (M = 10,47), natomiast najwyższy – w grupie zamieszkującej miasta średniej wielkości (100–500 tys.; M = 12,28). Różnica między tymi dwiema grupami okazała się istotna statystycznie (p = 0,011). Pacjentki z mniejszych miejscowości wykazywały niższy poziom lęku niż osoby zamieszkujące miasta średniej wielkości. Szczegóły analizy prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Poziom lęku w skali APAIS w zależności od wybranych zmiennych demograficznych i klinicznych (N = 160) [źródło: oprac. własne]

Zmienna	M	Me	Min	Max	SD	H/Z	p
Wiek							
18–35	11,94	12,00	6,00	16,00	3,11	4,17	0,244
36–45	10,78	10,00	4,00	18,00	3,83		
45–60	11,41	11,00	4,00	20,00	3,73		
60<	12,38	12,00	8,00	16,00	2,83		
Wykształcenie							
podstawowe	13,00	16,00	7,00	16,00	5,20	2,08	0,556
zawodowe	11,90	12,00	7,00	16,00	3,32		
średnie	11,58	11,00	4,00	18,00	3,39		
wyższe	11,08	11,00	4,00	20,00	3,78		
Miejsce zamieszkania							
do 100 tys.	12,28	12,00	6,00	20,00	3,45	9,85	0,007
100–500 tys.	10,47	10,00	4,00	18,00	3,65		
powyżej 500 tys.	12,50	13,00	9,00	16,00	2,47		
Pierwsza operacja							
Tak	11,36	11,00	5,00	18,00	3,20	0,98	0,325
Nie	11,42	11,00	4,00	20,00	3,75		
Kategoria zabiegu							
mały	11,08	11,00	4,00	18,00	3,54	2,22	0,330
średni	11,86	12,50	5,00	20,00	3,89		
duży	12,25	12,00	7,00	17,00	3,24		
Leczenie pozaginekologiczne							
Tak	11,82	12,00	4,00	18,00	3,47	1,70	0,089
Nie	10,92	10,00	4,00	20,00	3,69		

M – Średnia; SD – Odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; H/Z – statystyka; p – poziom istotności

Związek między zapotrzebowaniem na informacje a poziomem lęku przedoperacyjnego Analizie poddano zależność pomiędzy zapotrzebowaniem pacjentek na informacje, a poziomem odczuwanego przez nie lęku przed planowaną operacją ginekologiczną.

W analizie zależności pomiędzy zapotrzebowaniem na informacje a poziomem lęku przedoperacyjnego (ocenianym na podstawie skali APAIS) zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana. Uzyskano dodatnią, umiarkowanie silną korelację ($\rho = 0,54$), która okazała się istotna statystycznie ($p < 0,001$). Wynik ten wskazuje, że wyższe zapotrzebowanie pacjentek na informacje na temat zabiegu wiązało się z wyższym poziomem lęku przedoperacyjnego (Tab. 5).

Tabela 5. Związek między zapotrzebowaniem na informacje a poziomem lęku przedoperacyjnego według skali APAIS (ρ Spearmana, $N = 160$) [źródło: oprac. własne]

Zapotrzebowanie na informacje	ρ	p
Ocena lęku w skali APAIS	0,54	<0,001

ρ – współczynnik korelacji; p – poziom prawdopodobieństwa

W celu zbadania związku między zapotrzebowaniem na informacje, a subiektywnym poziomem lęku ocenianym w skali VAS obliczono współczynnik korelacji rang Spearmana. Uzyskano dodatnią, istotną statystycznie korelację na poziomie umiarkowanym ($\rho = 0,32$; $p < 0,001$). Wynik ten sugeruje, że wzrost zapotrzebowania na informacje wiązał się z wyższym poziomem odczuwanego lęku przed operacją, mierzonego skalą VAS (Tab. 6).

Tabela 6. Związek między zapotrzebowaniem na informacje a poziomem lęku przedoperacyjnego według skali VAS (ρ Spearmana, $N = 160$) [źródło: oprac. własne]

Zapotrzebowanie na informacje	ρ	p
Ocena lęku w skali VAS	0,32	<0,001

ρ – współczynnik korelacji; p – poziom prawdopodobieństwa

Wyniki analiz wykazały, że im większe zapotrzebowanie pacjentek na informacje dotyczące operacji, tym wyższy poziom odczuwanego przez nie lęku przedoperacyjnego. Zależność ta była istotna zarówno w ocenie skali APAIS, jak i skali VAS.

Wpływ źródła informacji i ich wystarczalności na poziom odczuwanego lęku

Przeanalizowano czy źródło, z którego pacjentki uzyskały informacje o planowanym zabiegu operacyjnym, oraz ich subiektywna ocena wystarczalności tych informacji, różnicowały poziom odczuwanego lęku.

Analiza wykazała, że źródło, z którego pacjentki uzyskały informacje o planowanym zabiegu, nie różnicowało istotnie poziomu lęku ocenianego w skali VAS ($H = 1,31$; $p = 0,861$). Podobnie, brak istotnych statystycznie różnic odnotowano w odniesieniu do oceny wystarczalności informacji. (Tab. 7).

Tabela 7. Średni poziom lęku przedoperacyjnego (VAS) w zależności od źródła informacji i ich wystarczalności (N = 160) [źródło: oprac. własne]

	<i>M</i>	<i>SD</i>	H/Z	p
Źródło				
lekarz ginekolog	5,78	2,40	1,31	0,861
anestezjolog	6,00	2,30		
położne, pielęgniarki	6,15	2,85		
internet	5,65	2,62		
znajomi	7,00	1,00		
Informacje wystarczające				
tak	5,77	2,42	-1,11	0,267
nie	6,32	2,45		

M – Średnia; *SD* – Odchylenie standardowe; *Me* – mediana; *Min* – minimum; *Max* – maksimum; *H/Z* – statystyka; *p* – poziom istotności

Wykazano również, że źródło uzyskanych informacji nie miało istotnego wpływu na poziom lęku oceniany za pomocą skali APAIS ($H = 5,35$; $p = 0,253$). Również ocena wystarczalności informacji nie różnicowała istotnie poziomu lęku w skali APAIS. (Tab. 8).

Tabela 8. Średni poziom lęku przedoperacyjnego (APAIS) w zależności od źródła informacji i ich wystarczalności (N = 160) [źródło: oprac. własne]

	<i>M</i>	<i>SD</i>	H/Z	p
Źródło				
lekarz ginekolog	11,10	3,58	5,35	0,253
anestezjolog	13,33	2,99		
położne, pielęgniarki	11,92	3,75		
internet	11,82	3,89		
znajomi	10,33	2,52		
informacje wystarczające				
tak	11,26	3,60	-1,42	0,155
nie	12,47	3,44		

M – Średnia; *SD* – Odchylenie standardowe; *Me* – mediana; *Min* – minimum; *Max* – maksimum; *H/Z* – statystyka; *p* – poziom istotności

W przeprowadzonych analizach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie lęku przedoperacyjnego w zależności od źródła informacji oraz ich subiektywnej wystarczalności. Niezależnie od deklarowanego źródła wiedzy ani oceny jej kompletności, natężenie lęku pacjentek pozostawało na porównywalnym poziomie.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają, że lęk przedoperacyjny stanowi istotny problem kliniczny wśród pacjentek poddawanych planowanym operacjom ginekologicznym.

Według przeprowadzonego badania z wykorzystaniem skali VAS, wysoki poziom lęku (wartości 8–10) zgłosiło 25% (n = 40) pacjentek, natomiast średni poziom (wartości 4–7) odczuwało 53,13% (n = 85). Wyniki te wskazują na zróżnicowany poziom odczuwanego lęku, jednak należy zwrócić uwagę, że ponad 78% ankietowanych wskazało, że odczuwa lęk przed planowaną operacją ginekologiczną o nasileniu od umiarkowanego do wysokiego.

Rezultaty te korespondują z wynikami badania przeprowadzonego przez B. Śniecikowską, gdzie zdecydowana większość pacjentek przed interwencją chirurgiczną odczuwała wysoki (49%) i średni (35%) poziom lęku [4].

Uzyskane wyniki dotyczące poziomu lęku przedoperacyjnego są zbliżone do rezultatów badań A. Pilewskiej i G. Jakiela. Przy zastosowanej skali liczbowej 1–10 okazało się, że średni poziom lęku w tej grupie pacjentek przed operacją wynosił $\sim 6,3 (\pm 0,18)$, przy średnim wyniku z badań własnych, który wyniósł 5,84 [5].

Rezultaty dotyczące poziomu lęku przedoperacyjnego z wykorzystaniem skali APAIS zaprezentowano w badaniach przeprowadzonych przez U. Sioma-Markowską i wsp. Gdzie wysoki poziom lęku stwierdzono u 38,04% ankietowanych ze średnią wartością poziomu lęku wynoszącą 13.26 ± 1.74 [6].

Badania autorstwa J. Napory i wsp. wykazały, że średni wynik w skali APAIS w zakresie lęku przedoperacyjnego wyniósł 9,4 [7].

W badaniach własnych wykazano, że blisko połowa badanych (48,75%) prezentowała wysoki poziom lęku według tej skali, ze średnią wartością wynoszącą 11,40.

Istotnym elementem mającym wpływ na poziom odczuwanego lęku przedoperacyjnego, jest przyczyna jaka go wywołuje. Z badań Motyki wynika, że średnio, u co trzeciego pacjenta źródłem lęku jest możliwość powikłań, bólu i śmierci [8].

Według wyników badań, jakie uzyskali A. Pilewska i G. Jakiel, co szósta kobieta wskazała jako źródło lęku przed zabiegiem ból, aspekty związane ze znieczuleniem oraz ryzyko niepowodzenia operacji [5].

Inne badanie tych samych autorów wykazało, że 72,8% ankietowanych na pytanie dotyczące największego źródła lęku odpowiedziało: „wykrycia (bądź potwierdzenia) nowotworu złośliwego”, czyli wyniku badania histopatologicznego [9].

Badania Śniecikowskiej wskazały, że najczęstszym źródłem lęku, w opinii ponad połowy pacjentek, 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%) [4].

W wyniku badań własnych, okazało się, że najwięcej pacjentek wskazało wynik badania histopatologicznego jako główne źródło lęku – 32,5%. U ponad 1/5 ankieto-

wanych pacjentek znaczącą obawę budziły aspekty związane ze znieczuleniem. Po-wikłania pooperacyjne wzbudzały lęk u 18,13% pacjentek. Ból pooperacyjny i pobyt w szpitalu były źródłem lęku odpowiednio dla 12,50% każda z tych kategorii.

Analizie poddano, czy wskazywane przez pacjentów główne źródło lęku wpływa istotnie na poziom lęku przedoperacyjnego. Według badań własnych wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami. Najwyższe średnie wartości lęku odnotowa-no u pacjentek, które jako główne źródło obaw wskazały pobyt w szpitalu ($M = 6,80$) oraz aspekty związane ze znieczuleniem ($M = 6,42$). Znacząco niższe średnie rezulta-ty uzyskano wśród osób, które deklarowały brak jakiegokolwiek lęku ($M = 2,83$) oraz wśród tych, które obawiały się wyniku badania histopatologicznego ($M = 5,50$). Analiza wykazała, że poziom lęku wśród pacjentek wskazujących brak lęku był istotnie niższy w porównaniu do osób, które za źródło lęku wskazały pobyt w szpitalu ($p = 0,0078$) oraz aspekty związane ze znieczuleniem ($p = 0,0171$).

Badania Śniecikowskiej wykazały, że pacjentki, które wskazały jako źródło najwięk-szego lęku wynik badania histopatologicznego prezentowały średni poziom lęku 7,02 [4].

Wyniki badań własnych w zakresie analizy poziomu lęku w zależności od wieku nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami wiekowymi. Warto jednak zaznaczyć, że najwyższe średnie przy zastosowaniu skal VAS i APAIS uzyskano u pa-cjentek powyżej 60 roku życia.

Uzyskane rezultaty w badaniu K. Augustyniuk wykazały, że w grupie badanych po-ziom nasilenia cechy lęku wzrastał wraz z wiekiem. Najniższą wartość uzyskali badani w wieku 20–45 lat (41,01 pkt, [SD = 8,27]). najwyższą liczbę punktów uzyskały osoby będące po 65. roku życia (47,5 pkt [SD = 8,45]), co wskazuje, że poziom nasilenia lęku wzrasta z wiekiem [10].

Na podobną zależność wskazała Bączyk, która wykazała w badaniach, że osoby po-wyżej 40. roku życia miały istotnie wyższy poziom lęku jako cechy [1].

Niniejszą zależność prezentuje Derewianka-Polak et al. w swoich badaniach, w których wykazano istotnie wyższe nasilenie lęku przed operacją w grupie kobiet powyżej 50. r.ż. w odniesieniu do młodszych, ocenionego w skali VAS ($p=0,04$) i APA-IS ($p=0,02$) [3].

Badania przeprowadzone przez Sioma- Markowską, również wykazują dodatnią ko-relację pomiędzy starszym wiekiem pacjentów, a wyższym poziomem odczuwanego lęku, jednakże siła tej korelacji jest niewielka [6].

Odmienne rezultaty zaprezentowała w badaniach Śniecikowska. Wykazano, że naj-wyższego poziomu lęku przedoperacyjnego doświadczają kobiety najmłodsze (18–35 lat) średnio 8,33, co według przyjętej skali oznacza wysoki poziom lęku. W pozostałych grupach natężenie lęku mieści się w granicy średniego poziomu, chociaż w grupie ko-biet w wieku 36–45 lat poziom lęku przed operacją jest również dość wysoki (~7,41). Jednakże według badań to młodsze pacjentki bardziej obawiają się operacji [4].

Wyniki badań własnych dotyczących wpływu miejsca zamieszkania na poziom od-czuwanego lęku przedoperacyjnego wykazały istotną statystycznie zależność. Przy za-

stosowaniu skali APAIS najniższy poziom lęku odnotowano wśród pacjentek z miejscowości liczących do 100 tys. mieszkańców ($M = 10,47$), natomiast najwyższy – w grupie mieszkańców miast średniej wielkości (100–500 tys.; $M = 12,28$). Różnica między tymi dwiema grupami okazała się istotna statystycznie ($p = 0,011$).

Przeciwstawne wyniki zaprezentowano w badaniu J. Napory i wsp, gdzie wykazano wyższy poziom lęku u pacjentów mieszkających na terenach wiejskich [7].

Rezultaty badań własnych w odniesieniu do wcześniejszego doświadczenia operacyjnego nie wykazały poziomu istotności względem poziomu odczuwanego lęku.

Odmienne wyniki zaprezentowano w badaniu M. Seredyńskiej, gdzie wcześniejsze doświadczenia zabiegowe w dziedzinie anestezji i/lub neurochirurgii przyczyniały się do zmniejszenia poziomu odczuwanego lęku (pierwsze znieczulenie ogólne – 94%, kolejne – 87%; pierwsza operacja neurochirurgiczna – 93%, kolejna – 81%) [11].

Podobne stanowisko zaprezentowano w badaniach Mavridou P et al. którzy podają, że przebyta wcześniej operacja jest czynnikiem zmniejszającym nasilenie lęku przed ponownym zabiegiem operacyjnym [12].

Rezultaty badań własnych dotyczących rozległości zabiegu również nie różnicowały poziomu lęku bez względu na zastosowaną skalę.

Odmienne stanowisko zaprezentowała w badaniach Sioma-Markowska i wsp., gdzie wykazano, że średnie wartości poziomu lęku były wyższe u kobiet poddawanych zabiegom małym i średnim, a znamienne niższe u kobiet poddawanych rozległej operacji ginekologicznej ($p=0.005746$) [6].

W badaniu Lewickiej i wsp. wykazano średni poziom lęku-stanu ocenionego przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory) u pacjentek w okresie okołoperacyjnym leczonych z powodów ginekologicznych. Wykazano, że kategoria zabiegu operacyjnego nie miała wpływu na nasilenie lęku-stanu ($p>0.05$) Poziom lęku w grupie kobiet, u których dokonano histerektomii wynosił 9,5, natomiast w grupie kobiet, u których zastosowano leczenie histeroskopowe wynosił 8,7 i różnica ta okazała się nieistotna statystycznie ($p>0,05$). Badania wykazały, że poziom lęku jako cechy w grupie pacjentek, które przebyły operację o miernym urazie tkanek wynosiła 7,09, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem. tkanek – 7,12. W związku z tym kategoria zabiegu operacyjnego nie warunkowała również poziomu lęku-cechy w badanej grupie pacjentek w okresie okołoperacyjnym ($p>0,05$). W badaniach stwierdzono także brak istotnej statystycznie współzależności pomiędzy nasileniem lęku-stanu a kategorią zabiegu operacyjnego ($p>0,05$) [13].

Kolejnym istotnym elementem, jaki został poddany badaniom własnym było zapotrzebowanie na informacje pacjentek, przy zastosowaniu skali APAIS. Analiza danych wykazała, że większość badanych, czyli 52,50% osiągnęła wynik wskazujący na przeciętny poziom zapotrzebowania, natomiast 35,00% ($n = 56$) wyraziło wysoką potrzebę pozyskania szczegółowych informacji na temat operacji i znieczulenia. Wyniki te świadczą o dużym zróżnicowaniu potrzeb informacyjnych w badanej grupie.

Wyniki badania Siomy- Markowskiej potwierdzają, że w ogólnej populacji badanych 172 (93,47%) kobiety prezentowały średni i wysoki stopień zapotrzebowania na informacje dotyczące znieczulenia i przebiegu operacji. 80,43% badanych uzyskało 5–7 pkt wg skali APAIS (zapotrzebowanie średnie), a 13,04% mieściło się w granicy 8–10 pkt (wysokie) Średnie wartości stopnia zapotrzebowania na informacje niezależnie od rodzaju zabiegu były odpowiednio na poziomie 5.97 ± 0.81 i 8.33 ± 0.64 [6].

W badaniach przeprowadzonych przez Kubaszewską również dominowały pacjentki (73,5%), które wykazywały średnie zapotrzebowanie na informacje o zabiegu i przebiegu znieczulenia [14].

W badaniach własnych zwrócono również uwagę na analizę zależności pomiędzy zapotrzebowaniem na informacje, a poziomem lęku przedoperacyjnego (ocenianym na podstawie skali APAIS). Uzyskano dodatnią, umiarkowaną silną korelację ($\rho = 0,54$), która okazała się istotna statystycznie ($p < 0,001$). Wynik ten wskazuje, że wyższe zapotrzebowanie pacjentek na informacje na temat zabiegu wiązało się z wyższym poziomem lęku przedoperacyjnego.

Zbadano również czy istnieje związek między zapotrzebowaniem na informacje a subiektywnym poziomem lęku ocenianym w skali VAS. W tym przypadku również uzyskano dodatnią, istotną statystycznie korelację na poziomie umiarkowanym ($\rho = 0,32$; $p < 0,001$). Wynik ten sugeruje, że wzrost zapotrzebowania na informacje wiązał się z wyższym poziomem odczuwanego lęku przed operacją.

Wyniki te znalazły potwierdzenie również w badaniach Kubaszewskiej i wsp., gdzie przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy natężeniem lęku, a stopniem zapotrzebowania na informacje z wykorzystaniem skali APAIS. Stwierdzono zależność, że im wyższy poziom lęku tym wyższe zapotrzebowanie na informację o znieczuleniu i przebiegu zaplanowanej operacji [14].

Analiza badań własnych wykazała, że źródło uzyskanych informacji nie miało istotnego statystycznie wpływu na poziom lęku oceniany za pomocą skali APAIS i skalą VAS. Również ocena wystarczalności informacji nie różnicowała istotnie poziomu lęku w skali APAIS i skali VAS.

Wnioski

1. Wykazano istotnie wyższy poziom lęku u pacjentek, które jako największe źródło lęku wskazały aspekty związane ze znieczuleniem.
2. Czynniki demograficzne i kliniczne takie jak wykształcenie czy rozległość planowanej operacji, nie różnicowały istotnie poziomu lęku. Różnice zaobserwowano jedynie w odniesieniu do miejsca zamieszkania.
3. Wykazano istotną zależność pomiędzy nasileniem lęku a zapotrzebowaniem na informacje – pacjentki, które deklarowały większą potrzebę uzyskania szczegółowych informacji o zabiegu, charakteryzowały się wyższym poziomem lęku.

4. Źródło uzyskanych informacji oraz stopień satysfakcji z zakresu uzyskanej informacji nie różnicowały istotnie poziomu lęku przedoperacyjnego.

Zalecenia dla praktyki zawodowej pielęgniarki

Problem lęku przedoperacyjnego nie powinien być bagatelizowany przez zespół terapeutyczny, a ocena jego poziomu przed operacją powinna należeć do rutynowej praktyki szpitalnej. Poznanie źródeł lęku już na wczesnym etapie pobytu pacjentki na oddziale pozwala na minimalizowanie jego poziomu, które może okazać się kluczowe dla przebiegu okresu okołoperacyjnego. Rozpoznanie przyczyn jego powstawania stanowi podstawę działań mających na celu emocjonalne przygotowanie pacjentek do operacji, co w rezultacie wiąże się z poprawą komfortu pacjentów, a także wzrostem efektywności i satysfakcji pacjentów z leczenia. Należy wspomnieć również o krótszym okresie hospitalizacji i związanym z tym obniżeniem kosztów systemu ochrony zdrowia. Zrozumienie istoty lęku przedoperacyjnego powinno stanowić nieodłączny element poprawy standardów opieki okołozabiegowej.

Bibliografia

1. Bączyk G., Talarska D., Szubert J. Przyczyny lęku przedoperacyjnego chorych leczonych chirurgicznie. *Promocja zdrowia w chorobie i niepełnosprawności*. Ann. UMCS Sect. D 2006; 60(Supl. 16, 1): 152–156.
2. Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., ... & Ferreira, M. B. C., Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2001, 45(3), 298–307.
3. Derewianka-Polak M, Polak G, Bobiński M et al., Evaluation of a level of preoperative anxiety patients undergoing gynaecological surgeries, *GinPolMedProjekt* 2016; 2(40): 20–34.
4. Śniecikowska B., Czynniki generujące poziom lęku w okresie okołoperacyjnym u pacjentek zakwalifikowanych do operacji w obrębie gruczołu tarczowego, *Problemy pielęgniarstwa*, 2013, tom 21, zeszyt nr 2
5. Pilewska A., Jakiel G., Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną, jako sytuacja trudna dla kobiet. *Prz. Menopauz.* 2005; 5: 37–41.
6. Sioma-Markowska U., Kubaszewska S., Nowak-Brzezińska A., Machura M., Skrzypulec-Plinta V., Lęk przed operacją ginekologiczną a przebieg okresu pooperacyjnego, *Onkologia i Radiologia*, 3 (41) 2017: 062–069
7. Napora J., i wsp., Ocena reakcji emocjonalnych towarzyszącym pacjentom poddanym zabiegom chirurgii ręki w procedurze jednodniowej. *Konferencja XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki*, 04/ 2021
8. Motyka M., Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. *Sztuka Leczenia* 2001; 4: 23–26.
9. Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A., Syty K., Jakiel G., Potrzeba wsparcia psychicznego kobiet w okresie oczekiwania na operację ginekologiczną, *Przegląd Menopauzalny* 2010; 5: 309–314

10. Augustyniuk K. i wsp., Ocena poziomu lęku pacjentów hospitalizowanych, *Family Medicine & Primary Care Review* 2013; 15, 2: 73–75
11. Seredyńska M., Ocena poziomu lęku przed zabiegami neurochirurgicznymi w znieczuleniu ogólnym, *Lekarz Wojskowy*, 3/2017
12. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A et al., Patient’s anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth* 2013; 27: 104–108.
13. Lewicka M., Makara-Studzińska M., Sulima M et al. Anxiety levels in women in the perioperative period. *Post Psy chiatr Neurol* 2012; 21, 3: 183–189.
14. Kubaszewska S., Sioma-Markowska U., Krawczyk P., Machura M., Ocena lęku przed zabiegiem operacyjnym w ginekologii, *Czasopismo Psychologiczne–Psychological Journal* 2018; 24, 1: 189–194.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA
grazyna.chojnacka-kowalewska@pans.wloclawek.pl

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku,
Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25
87-800 Włocławek

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA: D–F

JUSTYNA ZARĘBSKA: A–F

A – Koncepcja i projekt badania

B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych

C – Analiza i interpretacja danych

D – Napisanie artykułu

E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu

F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 19.07.2025

Data akceptacji: 29.07.2025