

Łuczyk Marta, Pietraszek Agata, Łuczyk Robert, Stanisławek Andrzej, Szadowska-Szlachetka Zdzisława, Charzyńska-Gula Marianna. Występowanie i nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych u kobiet z rakiem piersi przygotowywanych do leczenia chirurgicznego = Incidence and intensification of anxiety and depressive disorders at women with breast cancer prepared for the surgical treatment. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(5):52-66. ISSN 2391-8306. DOI: [10.5281/zenodo.17395](https://doi.org/10.5281/zenodo.17395)  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%285%29%3A52-66>  
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/557638>  
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17395>  
Formerly *Journal of Health Sciences*. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014  
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.  
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 15.02.2015. Revised 27.03.2015. Accepted: 15.04.2015.

# **Występowanie i nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych u kobiet z rakiem piersi przygotowywanych do leczenia chirurgicznego**

## **Incidence and intensification of anxiety and depressive disorders at women with breast cancer prepared for the surgical treatment**

**Marta Łuczyk<sup>1</sup>, Agata Pietraszek<sup>1</sup>, Robert Łuczyk<sup>2</sup>, Andrzej Stanisławek<sup>1</sup>, Zdzisława Szadowska-Szlachetka<sup>1</sup>, Marianna Charzyńska-Gula<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Zakład Onkologii Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>1</sup> Oncology Department, Chair of Oncology and the Environmental Health Care, Department of Health Sciences, Medical University of Lublin

<sup>2</sup> Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Department of the Internal Medicine with the Unit of Internal Nursing, Department of Health Sciences, Medical University of Lublin

### **Streszczenie**

**Wstęp.** Rozpoznanie choroby nowotworowej piersi wywiera szczególny wpływ na stan psychiczny kobiety. Jedną z negatywnych reakcji emocjonalnych u kobiet po rozpoznaniu choroby nowotworowej są zaburzenia lękowe, którym mogą towarzyszyć zaburzenia depresyjne.

**Cel pracy.** Ocena występowania i nasilenia zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród kobiet z rakiem piersi oczekujących na zabieg operacyjny.

**Materiał i metoda.** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety z użyciem narzędzi: Szpitalnej Skali Oceny Lęku i Depresji (HADS), Skali wizualno

– analogowej zaadoptowanej do oceny lęku, autorskiego kwestionariusza wywiadu. Do badań zakwalifikowano 150 kobiet z rakiem piersi.

**Wyniki.** W grupie chorych z rakiem piersi przygotowywanych do leczenia chirurgicznego u 93 (62,00%) osób wystąpiły zaburzenia lękowe, u 24 (19,33%) chorych stwierdzono stany graniczne, u 28 kobiet (18,67%) nie stwierdzono zaburzeń. Ponad 95% kobiet odczuwało niepokój przed chorobą nowotworową, a 89% badanych deklaroowało odczuwanie lęku przed leczeniem chirurgicznym. Stwierdzono występowanie zaburzeń depresyjnych u 24 osób (16,00%), a u 39 (26,00%) osób stwierdzono stany graniczne. U 58% (87,00%) badanych kobiet nie stwierdzono zaburzeń.

**Wnioski.** U badanych kobiet stwierdzono występowanie zaburzeń lękowych, natomiast w mniejszym stopniu zaobserwowano zaburzenia depresyjne. Prowadzenie badań oceniających występowanie lęku w okresie przedoperacyjnym powinno stać się rutynowym postępowaniem w przygotowaniu chorych do zbiegu operacyjnego.

**Słowa kluczowe:** fobie, zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne, nowotwory sutka.

### **Abstract**

**Introduction.** Diagnosing cancer of the breast exerts special impact on the mental state of the woman. One of negative emotional reactions at women after diagnosing cancer are anxiety disorders, possibly accompanied by depressive disorders.

**The aim of the study.** Evaluation of appearing and increasing anxiety disorders and depressive amongst women with breast cancer waiting for the operation treatment.

**Materials and methods.** The research was conducted using method of the diagnostic survey, technique of the questionnaire form using the following tools: Hospital Scale of Evaluation of Fear and Depression (HADS), Visual - Analogue Scale adopted for the evaluation of fear, of author's own questionnaire. The study encompassed 150 women with breast cancer.

**Results.** In the group of patients with breast cancer prepared for the surgical treatment, at 93 (62.00%) of individuals, there appeared anxiety disorders, at 24 (19.33%) of patients were border states were diagnosed, at 28 women (18.67%) disorders weren't stated. Over 95% of women felt anxious as for their cancer, and 89% of the examined declared feeling anxious before the surgical treatment. Appearing of depressive disorders was stated at 24 individuals (16.00%), and at 39 (26.00%) patients there were stated border states. At 58% (87.00%) of the examined women no disorders were stated.

**Conclusions.** At examined women appearing of anxiety disorders was stated, however to a lesser degree depressive disorders were observed. Judging the conduct of research appearing

of fear in the preoperative period should become routine proceedings in preparation of sick individuals for the operating concurrence.

**Key words:** phobic disorders, anxiety disorder, depressive disorder, breast neoplasms.

## **Wprowadzenie**

Nowotwory piersi u kobiet są największym problemem onkologicznym w krajach rozwiniętych. W krajach członkowskich Unii Europejskiej w 2008 roku u ponad 330 tysięcy kobiet zdiagnozowano raka piersi, około 89 tysięcy zmarło z tego powodu. W Polsce w 2010r. wśród kobiet rak piersi stanowił 22% wszystkich nowotworów oraz był przyczyną 13% zgonów nowotworowych. Jest to najczęściej występujący nowotwór w grupie kobiet oraz druga przyczyna zgonów z przyczyn onkologicznych [1].

Rozpoznanie choroby nowotworowej wywiera szczególnie wpływ na stan psychiczny chorego. U części pacjentów w momencie podejrzenia obecności nowotworu lub potwierdzenia diagnozy choroby dochodzi do powstania zaburzeń lękowych, co prowadzi do istotnych wstrząsów psychicznych i emocjonalnych. Funkcje adaptacyjne osobowości ulegają załamaniu w wyniku znacznego przeciążenia i nadmiernego stresu [2, 3]. Dotychczasowy porządek jest zachwiany a pacjent zostaje postawiony w obliczu przeżyć, których wcześniej nie doświadczał. Problemy natury psychologicznej towarzyszą pacjentom na każdym etapie leczenia chorób onkologicznych [4]. Jedną z takich reakcji na wystąpienie choroby nowotworowej jest pojawienie się zaburzeń lękowych oraz depresyjnych. Wśród czynników, które mogą powodować wystąpienie tych zaburzeń można wymieniać przede wszystkim krążącą w społeczeństwie opinię o nieuleczalności choroby nowotworowej. Dodatkowo niepewne rokowanie, konieczność hospitalizacji i poddania się intensywnemu leczeniu może przyczynić się do pogłębiania tych zaburzeń [5].

Wystąpienie choroby nowotworowej piersi staje się dla kobiety zagrożeniem dla jej życia i zdrowia. Poza tym zastosowanie leczenia chirurgicznego, jako jednej z głównych metod terapii onkologicznej, jest czynnikiem powstawania negatywnych emocji, ponieważ staje się ingerencją w jej kobiecość [3, 6, 7].

Postępowanie chirurgiczne jest jedną z głównych metod leczenia raka piersi. Podstawowy zakres radykalnej chirurgii leczniczej stanowi usunięcie guza pierwotnego

z marginesem tkanek niezmiennych chorobowo, a także w zależności od wskazań uzupełnienie tego zabiegu o leczenie operacyjne w obrębie węzłów chłonnych [8, 9]. Zabiegi chirurgiczne w leczeniu raka piersi dzielą się na zabiegi oszczędzające, w trakcie których usuwany jest guz nowotworowy przy pozostawieniu narządu, w którym rozwijał się nowotwór oraz polegające zabiegi polegające na usunięciu zmiany nowotworowej wraz z całym gruczołem piersiowym [10].

Leczenie chirurgiczne związane jest z odczuwaniem niepokoju na skutek przeprowadzenia samego zabiegu operacyjnego (zazwyczaj w znieczuleniu ogólnym), a także obawą przed wystąpieniem powikłań pooperacyjnych. Istotnym elementem obciążającym psychikę kobiety jest wyobrażenie na temat wyglądu własnego ciała po przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Kobiety obawiają się utraty atrybutu kobiecości i macierzyństwa, co dodatkowo może przekładać się na powstanie trudności w funkcjonowaniu codziennym, pogorszeniem relacji z partnerem, zwłaszcza w sferze seksualnej. Zmienia się poczucie własnej wartości, dochodzi do obniżenia sprawności fizycznej, związanej z ograniczeniem ruchomości kończyny górnej [3, 11, 12, 13, 14].

Zatem istotnym celem w opiece nad pacjentami onkologicznymi staje się monitorowanie emocji negatywnych oraz identyfikowanie ich źródeł. Do czynników mających wpływ na stan emocjonalny chorego oczekującego na zabieg operacyjny zaliczane są najczęściej: konieczność zastosowania znieczulenia, ból pooperacyjny, a także konieczność zastosowania specjalistycznej aparatury. Rozpoznawanie czynników wpływających na stan psychiczny kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi daje szansę na optymalizację opieki w okresie okołoperacyjnym, a także w znaczący sposób wpływa na charakter i zakres współpracy z zespołem terapeutycznym. Szczególnie okres przygotowania do zabiegu operacyjnego powinien obfitować w poznanie realnych potrzeb i problemów u chorej, zdobycia jej zaufania oraz właściwej komunikacji. Wszystkie te działania powinny zmierzać do zminimalizowania występowania i natężenia emocji negatywnych, a także zapewnienia kompleksowej opieki terapeutycznej [3, 15, 16].

### **Cel pracy**

Celem pracy była próba oceny występowania i nasilenia zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród kobiet z rakiem piersi oczekujących na zabieg operacyjny.

### **Material i metody**

Badania przeprowadzono w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie w V Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Przewodu Pokarmowego oraz Pododdziałem Chirurgii Jednego Dnia, w którym badano kobiety z rozpoznaniem rakiem piersi, przygotowywane do zabiegu operacyjnego. Badania prowadzono w godzinach popołudniowych. W trakcie badań zapewniono chorym warunki intymności i odosobnienia. Badania przeprowadzono w krótkim czasie przed zabiegiem operacyjnym (na ogół dzień lub dwa).

Do badań kwalifikowano chore, u których rozpoznano chorobę nowotworową piersi i które wyraziły świadomą ustną i pisemną zgodę na udział w badaniu. Natomiast osoby, u których stwierdzono występujące otępienie i istotne zaburzenia funkcji poznawczych, niezdolność fizyczną do uczestnictwa w badaniu, rozpoznaną chorobę psychiczną w wywiadzie, nie były kwalifikowane do badań.

W toku badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowania. Posłużono się kwestionariuszem wywiadu, który pozwolił na uzyskanie wiedzy na temat danych społeczno – demograficznych oraz informacji dotyczących choroby. Występowanie lęku badano za pomocą skali VAS, uzupełniona dwoma skategoryzowanymi pytaniami, w których chore samodzielnie deklarowały obecność bądź nie występowania u nich lęku przed faktem zachorowania na chorobę nowotworową jak i przed planowanym leczeniem chirurgicznym. Skala wizualno – analogowa (VAS) jest metodą zaadaptowaną do oceny lęku z metodologii badania bólu [17, 18]. Narzędziem pomiarowym jest 100 – milimetrowa miarka, której lewy koniec oznacza nieobecność lęku a prawy – najsilniejszy lęk, jaki można sobie wyobrazić. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie punktu odpowiadającego aktualnie odczuwanemu lękowi. Wynik zapisywany jest w postaci liczby oznaczającej długość wskazanego odcinka. W interpretacji wyników podzielono miarkę na mniejsze, jednocentymetrowe odcinki z przypisanymi wartościami od 0 do 10. Skala ta odwołuje się zarówno do doświadczeń i wyobraźni chorego („brak lęku”, „lęk, najsilniejszy, jaki można sobie wyobrazić”), a jednocześnie pozwala na zapisanie wyników na skali. Założono w badaniach, że odczuwanie niepokoju, o natężeniu normalnym, w przeddzień operacji jest reakcją naturalną, zrozumiałą i akceptowaną społecznie, dlatego wiarygodność odpowiedzi w skali VAS, została zweryfikowana przy pomocy podskali HAD – A, która jest integralną częścią skali HADS. Kolejnym narzędziem użytym w toku badań była Szpitalna Skala Lęku i Depresji - HADS (*ang. Hospital Anxiety and Depression Scale*) – autorami oryginalnej skali są Zigmond i Snaith. Skonstruowali oni metodę

dostosowaną do chorych cierpiących na różne schorzenia somatyczne, której celem jest ocena występowania i nasilenia negatywnych emocji w postaci lęku i depresji w grupie chorych niepsychiatrycznych [19, 20]. Autorami polskiej wersji są K. de Walden – Gałuszko, M. Majkowicz oraz G. Chojnacka – Szawłowska [21].

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA dla Windows 9.0.

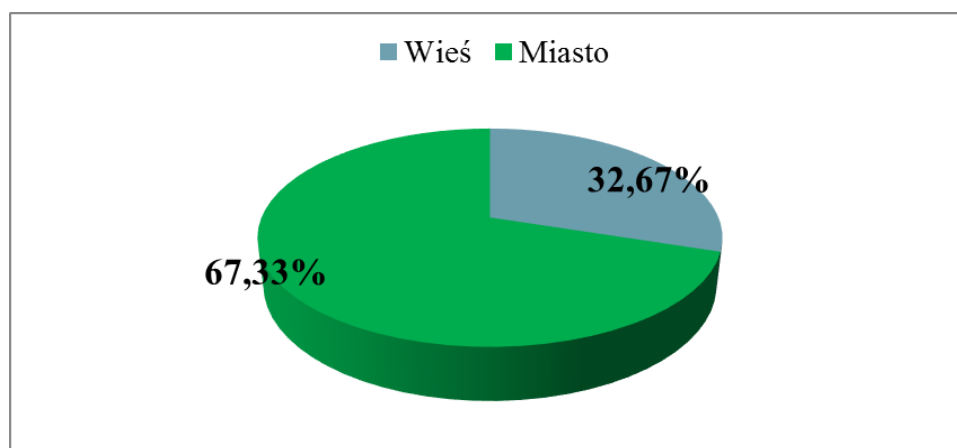
Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy i zaakceptowane przez Uczelnianą Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (zgoda Komisji nr KE – 0254/102/2009).

## Wyniki badań

### Charakterystyka badanej grupy

Do badań zakwalifikowano 150 kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi oczekujących na zabieg operacyjny w oddziale chirurgicznym.

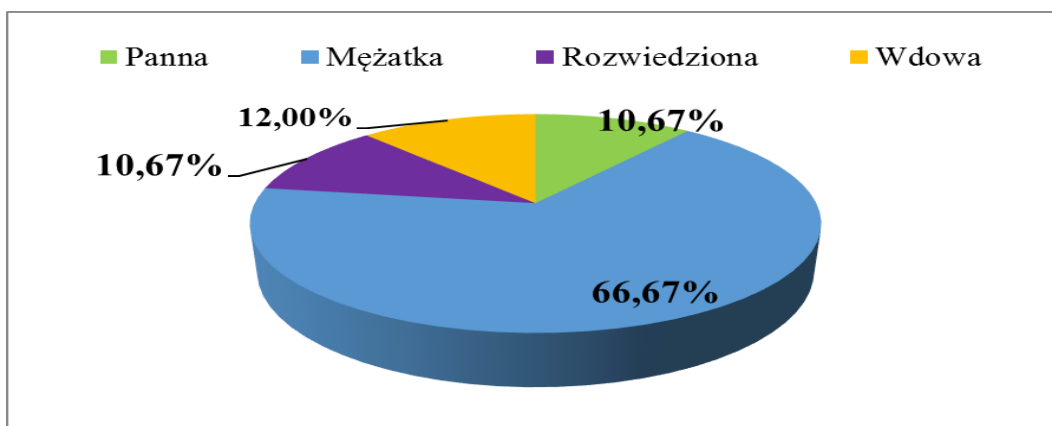
Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w grupie badanych kobiet 67,33% (n=101) pochodziło z miasta, natomiast 32,67% (n=59) badanych mieszkało na wsi. Prezentowane dane przedstawia ryc. 1.



Ryc. 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem miejsca zamieszkania

Źródło: opracowanie własne

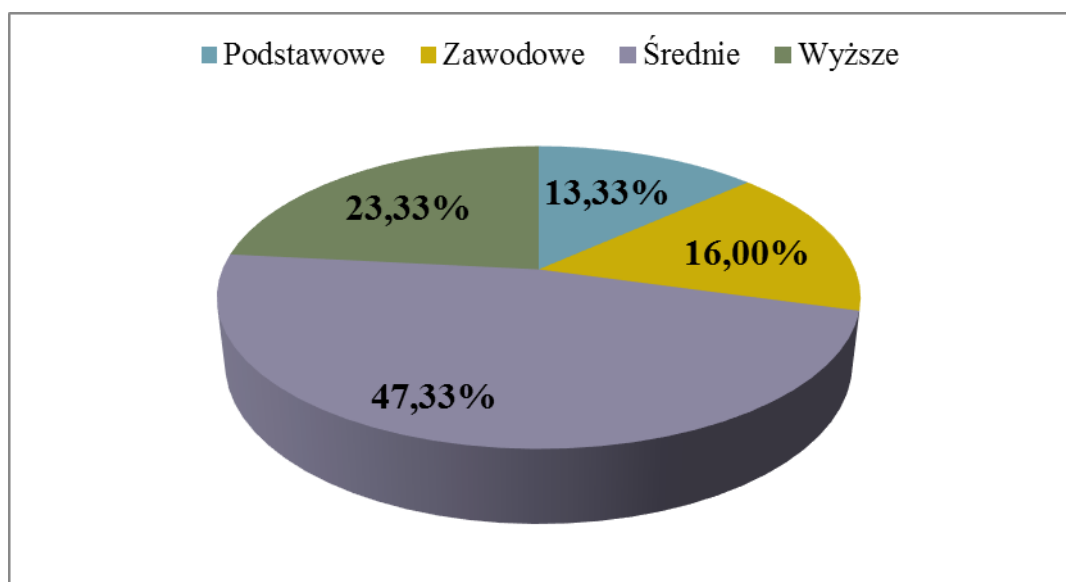
Analiza stanu cywilnego badanych wskazała, że 66,67% (n=100) kobiet pozostawała w związku małżeńskim, natomiast 10,67% (n=16) ankietowanych to kobiety rozwiedzione, 12,00% (n=18) stanowiły kobiety owdowiałe, natomiast 10,67% (n=16) to chore niebędące w związku. Powyższe dane prezentuje ryc. 2.



Ryc. 2. Charakterystyka grupy badanej pod względem stanu cywilnego

Źródło: opracowanie własne

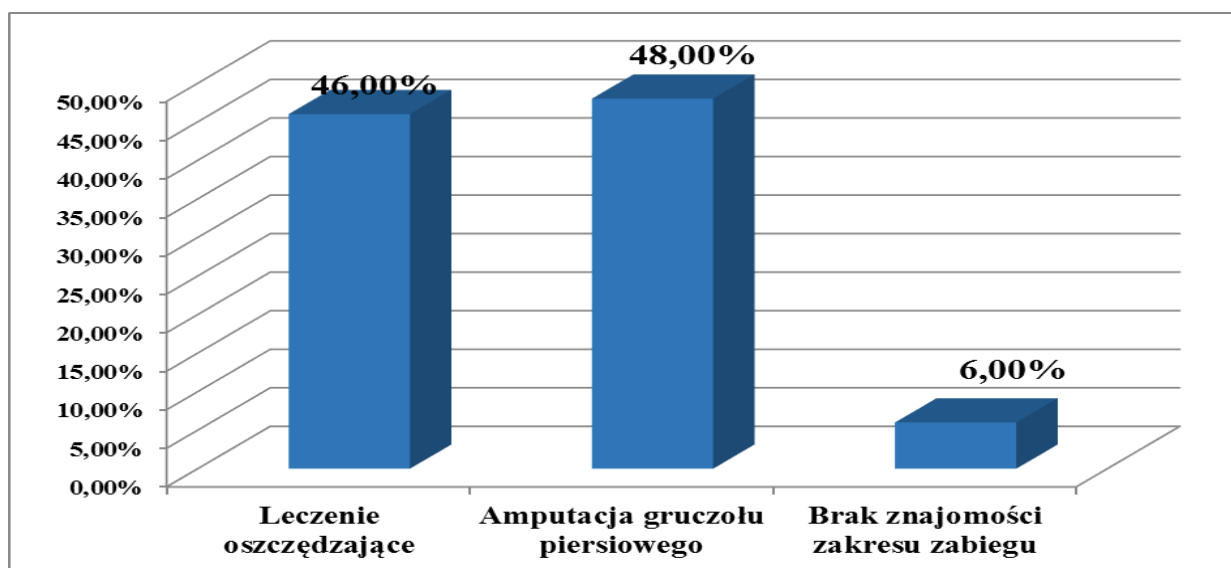
W trakcie badań dokonano charakterystyki badanej grupy pod względem wykształcenia. Najliczniejszą grupę 47,33% (n=71) badanych stanowiły kobiety z wykształceniem średnim, 23,33% (n=35) badanych posiadało wykształcenie wyższe, natomiast 16,00% (n=24) badanych były to kobiety z wykształceniem zawodowym, natomiast 13,33% (n=20) badanych posiadało wykształcenie podstawowe. Prezentowane dane w tym zakresie przedstawia ryc. 3.



Ryc. 3. Charakterystyka badanej grupy pod względem wykształcenia

Źródło: opracowanie własne

Wśród pacjentek z rakiem piersi dokonano oceny znajomości rozległości planowanej interwencji chirurgicznej. Najliczniejszą grupę 72 kobiet (48,00%) stanowiły badane przygotowywane do amputacji piersi, natomiast pozostałe ankietowane, czyli 46,00% (n=69) oczekiwało na leczenie oszczędzające gruczoł piersiowy. W badanej grupie 9 kobiet (6,00%) nie znało zakresu planowanego zabiegu. Przedstawione wyniki prezentuje ryc. 4.

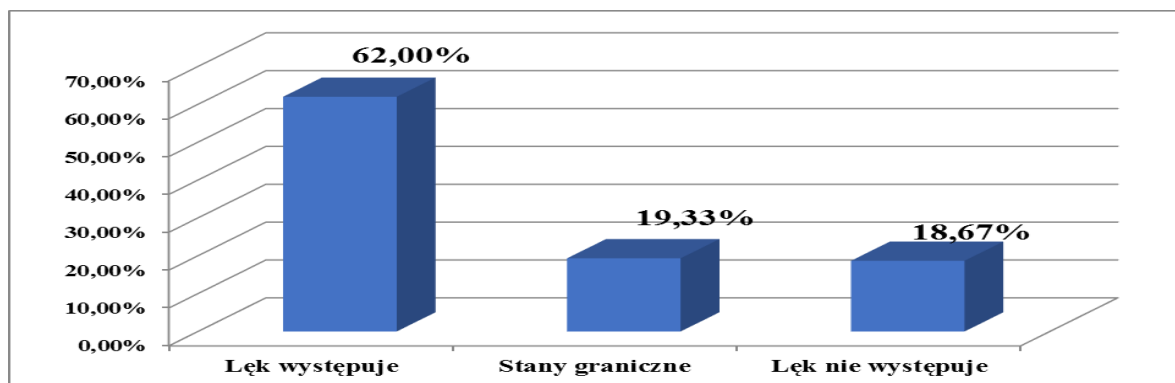


Ryc. 4. Rodzaj planowanego zabiegu chirurgicznego

Źródło: opracowanie własne

### Ocena występowania i nasilenia zaburzeń lękowych i depresyjnych

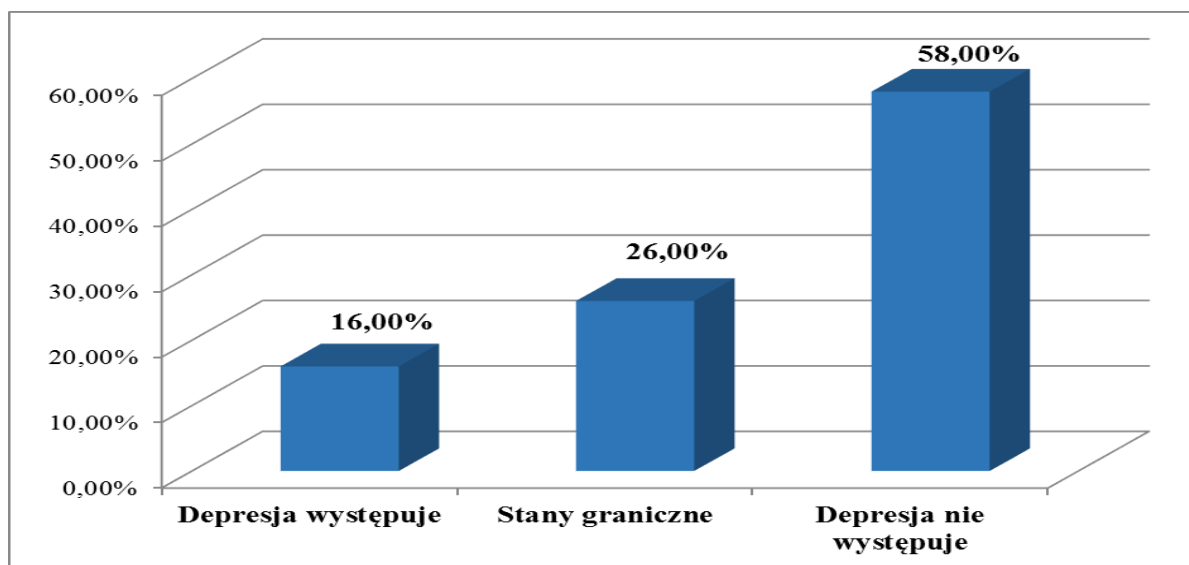
W oparciu o Skalę HADS – A dokonano oceny występowania i nasilenia zaburzeń lękowych. Stwierdzono, iż u 93 osób (62,00%) wystąpiły zaburzenia lękowe, u 24 chorych kobiet (19,33% badanych) stwierdzono stany graniczne, u 28 pacjentek (18,67%) nie zaobserwowano zaburzeń lękowych. Szczegółowe dane w tym zakresie obrazuje ryc. 5.





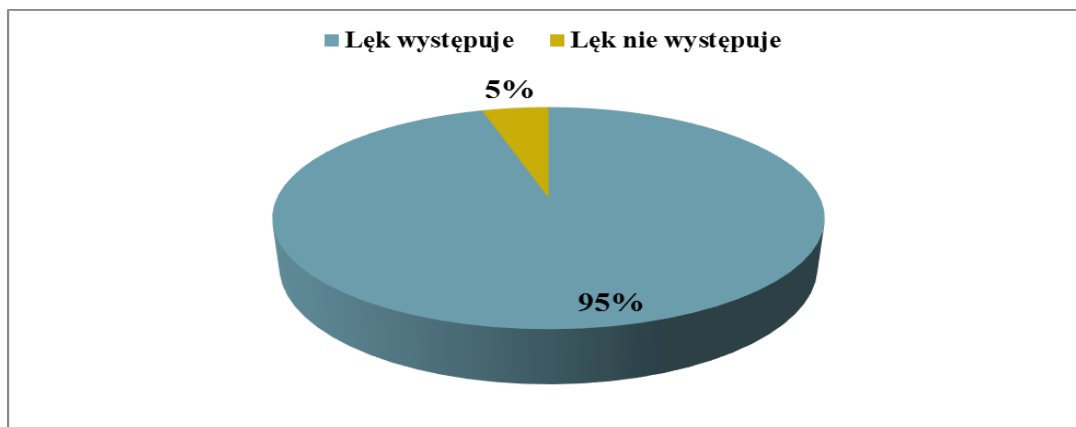
Ryc. 5. Występowanie i poziom lęku w grupie badanej – Skala HADS – A  
Źródło: opracowanie własne

Oceniając występowanie zaburzeń depresyjnych za pomocą Skali HADS – D w populacji badanych kobiet z rakiem piersi stwierdzono, iż zaburzenia depresyjne występowały u 24 osób (16,00%), u 39 osób (26,00%) stwierdzono stany graniczne, u ponad połowy badanych kobiet nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych (N = 87; 58,00%). Szczegółowe wyniki w tym zakresie prezentuje ryc. 6.



Ryc. 6. Występowanie i nasilenie depresji w grupie badanej – Skala HADS – D  
Źródło: opracowanie własne

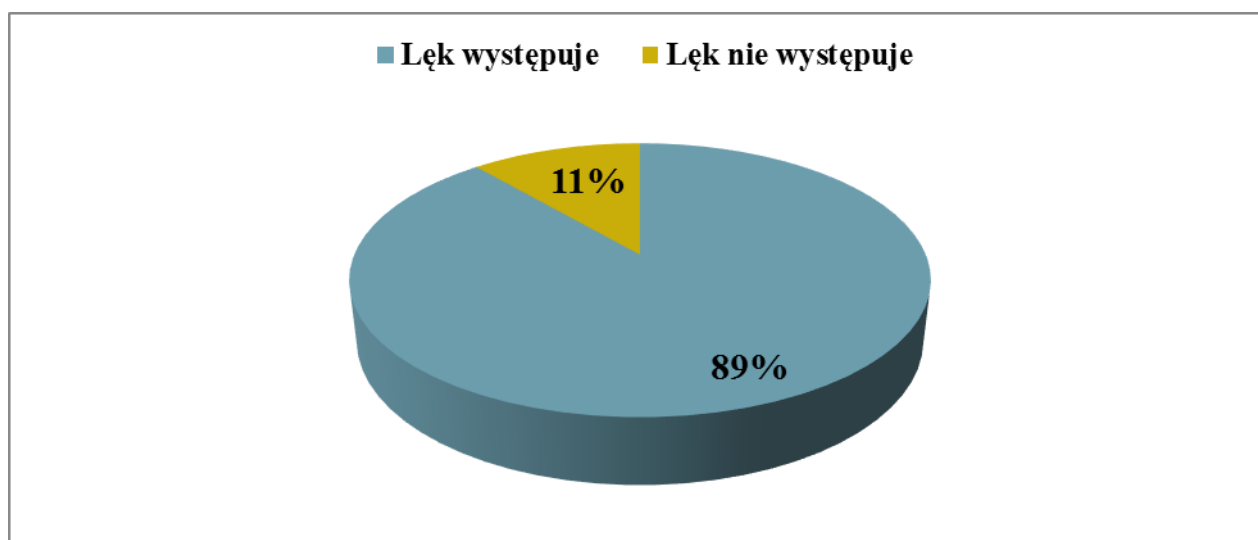
Analizując wyniki dotyczące deklarowanego lęku przed chorobą stwierdzono, iż w grupie kobiet z rakiem piersi 143 osoby (95,33%) odczuwały niepokój przed chorobą nowotworową, natomiast 7 kobiet (4,67%) nie wskazało takich obaw. Uzyskane wyniki prezentuje ryc. 7.



Ryc. 7. Deklarowany lęk przed chorobą nowotworową – Skala VAS

Źródło: opracowanie własne

Analizując wyniki uzyskane z zakresu deklarowanego lęku przed leczeniem można stwierdzić, że w populacji chorych z rakiem piersi 133 badane (88,67%) deklarowało odczuwanie lęku, a 17 pacjentek (11,33%) nie wskazało na występowanie lęku, którego źródłem była konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Uzyskane wyniki prezentuje ryc. 8.



Ryc. 8. Deklarowany lęk przed leczeniem – Skala VAS

Źródło: opracowanie własne

W trakcie analizy dokonano weryfikacji szczegółowego rozkładu wyników z poszczególnych skal oceniających poziom lęku. Stwierdzono, że średnie wyniki w skali VAS oceniające nasilenie lęku przed leczeniem wynosiły 5,16, natomiast średnie wyniki deklarowanego lęku przed chorobą wynosiły 6,59. Dla podskali HAD – A średnie wyniki mieściły się w obszarze 11,88. Powyższe dane przedstawiono w tab. 1.

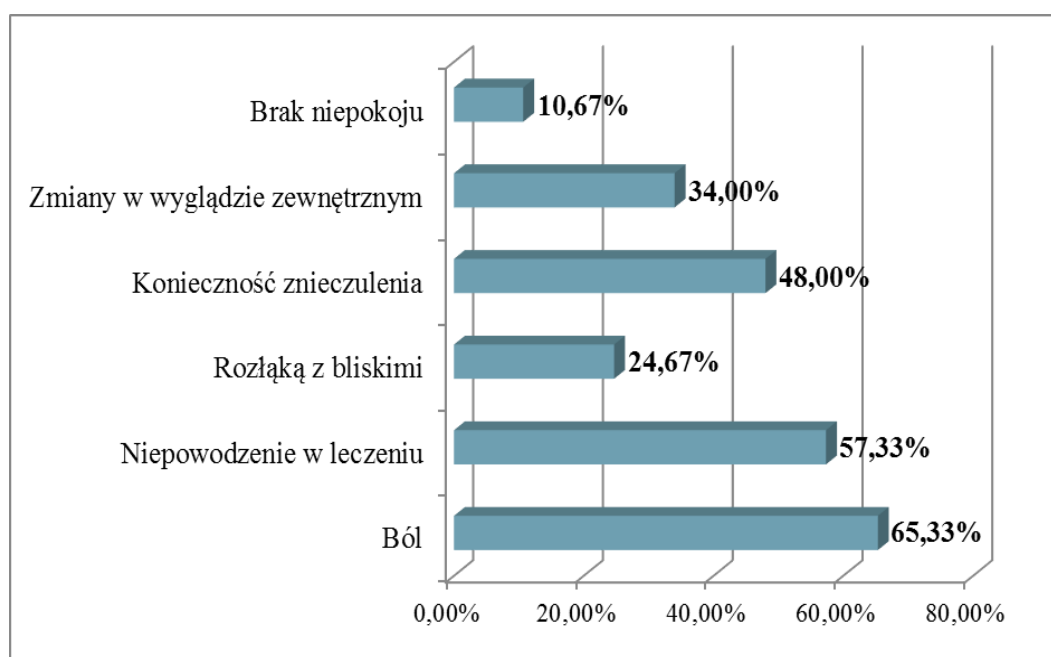
Tab. 1. Porównanie poziomu lęku w skali VAS i wyników średnich podskali HAD – A

Zmienna	Średnia	Od. Stand.	Min.	Med.	Max.
VAS Lęk przed leczeniem	5,16	2,95	0,00	5,00	10,00
VAS Lęk przed chorobą	6,59	3,12	0,00	7,00	10,00
Lęk (HAD – A)	11,88	4,54	0,00	12,50	20,00

Źródło: opracowanie własne

Dokonano również próby identyfikacji czynników, które mogą wywoływać występowanie lęku w okresie okołoperacyjnym. Kobiety z rakiem piersi oczekujące na zabieg operacyjny najbardziej obawiały się bólu po zabiegu operacyjnym (65,33%, n=98), a także niepowodzenia w leczeniu (57,33%; n=86%). Trzecią przyczyną obaw w okresie okołoperacyjnym była konieczność zastosowania znieczulenia (48,00%; n=84,00).

W mniejszym stopniu pacjentki obawiały się zmian w wyglądzie zewnętrznym (34,00% n=51), a także rozłąki z bliskimi (24,67%; n=37). Natomiast 10,67% (n=16) badanych deklarowała, że nie odczuwa niepokoju związanego z leczeniem. Uzyskane wyniki prezentuje ryc. 9.



*\*Respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi*

Ryc. 9. Czynniki wywołujące niepokój w trakcie leczenia\*

Źródło: opracowanie własne

## Dyskusja

Reakcje o charakterze lękowym są nieodłącznym elementem towarzyszącym procesowi leczenia chorób nowotworowych. Rozpoznanie choroby nowotworowej piersi, a także konieczność przeprowadzenia leczenia chirurgicznego może spowodować powstawanie sytuacji, które będą typowymi źródłami wystąpienia zaburzeń lękowych oraz depresyjnych, związanych z niepewnością dotyczącą dalszego życia, rokowania, a także możliwości wyleczenia choroby.

Uzyskane wyniki badań porównano z wynikami innych autorów, którzy prowadzili badania dotyczące problematyki występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych u kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi przygotowywanych do leczenia operacyjnego. Z przeprowadzonych badań wynika, iż choroby nowotworowe predysponują do występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych.

W grupie kobiet leczonych z powodu raka piersi w oparciu o wyniki w skali HAD – A, u ponad połowy badanych (N = 93; 62,00%) stwierdzono zaburzenia lękowe, a u 24 osób (19,33%) stany graniczne, u 28 osób (18,67%) zaburzenia lękowe nie występowały. Natomiast, zaburzenia depresyjne występowały u 24 osób (16,00%), u 39 osób (26,00%) stwierdzono stany graniczne, u ponad połowy badanych kobiet nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych (N = 87; 58,00%). Podobne wyniki badań uzyskał Araszkievicz A. i wsp., którzy zauważyli, iż choroba nowotworowa zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych, stwierdzanych u około 47% osób z tym rozpoznaniem [4]. Natomiast z badań Nowickiego A. i Rządzkowskiej B. wynika, że z powodu lęku cierpiało 92,31% badanych wśród pacjentek z rozpoznaniem nowotworem złośliwym piersi, natomiast objawy depresji zostały zaobserwowane u 28,2% badanych kobiet [7].

Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety z rakiem piersi oczekujące na zabieg operacyjny najbardziej obawiały się bólu po zabiegu operacyjnym (65,33%; n=98), w mniejszym stopniu niepowodzenia w leczeniu (57,33%; n=86). Również czynnikiem lękotwórczym może być konieczność zastosowania znieczulenia (48,00%; n=84,00). Natomiast zmian w wyglądzie zewnętrznym obawiało się 34,00% badanych. Dodatkowym źródłem stresu mogła stać się także konieczność rozłąki z bliskimi (24,67%; n=37). Uzyskane

wyniki można porównać z wynikami Pawlun M. i wsp., którzy stwierdzili, że szczególnie duże obciążenie psychiczne pacjentów wiąże się z obawą przed znieczuleniem, operacją, jej nieoczekiwanym wynikiem, a także bólem oraz powikłaniami [22].

Natomiast wg Motyki M. obawy pacjentów przygotowywanych do leczenia chirurgicznego dotyczą przede wszystkim możliwości śmierci, wystąpienia nieoczekiwanych komplikacji oraz bólu. Ponad połowa badanych wyrażała potrzebę zachęty do zadawania pytań o ważne i dręczące sprawy. Niezbędne, zatem jest wytworzenie właściwego kontaktu terapeutycznego, który jest odbierany przez chorego, jako bezpieczny, dający oparcie i budzący zaufanie, to taki, który pozwala na otwarte omówienie niepokojących kwestii z personelem medycznym [23].

## **Wnioski**

1. U kobiet z rakiem piersi przygotowywanych do zabiegu chirurgicznego stwierdza się podwyższony poziom lęku, natomiast w mniejszym stopniu obserwuje się występowanie zaburzeń depresyjnych.
2. Pacjentki oczekujące na zabieg chirurgiczny w porównywalnym stopniu deklarowały odczuwanie lęku zarówno przed zabiegiem chirurgicznym jako jedną z metod leczenia jak i faktem zachorowania na raka piersi.
3. Prowadzenie badań oceniających występowanie lęku w okresie okołoperacyjnym powinno stać się rutynowym postępowaniem w przygotowaniu chorych do zabiegu operacyjnego.
4. Każdy członek zespołu terapeutycznego może mieć korzystny wpływ na stan psychiczny chorej, traktując ją w sposób partnerski, okazując szacunek i zrozumienie dla trudnej sytuacji, w jakiej się znalazła.
5. W przygotowaniu chorej do zabiegu operacyjnego konieczne jest uwzględnienie elementów, wpływających korzystnie na jej stan emocjonalny.
6. Działania takie pozwolą na zminimalizowanie ryzyka wystąpienia patologicznych zaburzeń lękowych, których wysoki poziom może komplikować proces leczenia oraz powrót do aktywnego życia rodzinnego i społecznego.

## Piśmiennictwo:

1. Wojciechowska U, Didkowska J. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie. <http://onkologia.org.pl/raporty> (dostęp 2015.05.01).
2. Klichowski L. Wszystko o lęku, przyczyny i zapobieganie. Printer; Poznań 2000.
3. Nowicki A, Szwed A, Laskowski R. Depresja i lęk u kobiet przed i po amputacji piersi. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2008; 80(7): 673 – 689.
4. Araszkiewicz A, Bartkowiak W, Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; (4): 157 – 166.
5. Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia* 2000; (7): 9 – 18.
6. Juczyński Z. Rak – choroba budząca lęk. *Sztuka leczenia* 2000; tom VI (3): 45 – 52.
7. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych na nowotwory złośliwe. *Przegląd urologiczny* 2006; 7/2 (36): 42 – 45.
8. Nejc D. Leczenie chirurgiczne w chorobie nowotworowej. *Medycyna Paliatywna* 2010; (4): 198 – 201.
9. Szewczyk MT, Cierzniałowska K, Nowicki A. Postępowanie pielęgniarskie w chirurgii onkologicznej. W: Nowicki A, (red.). *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Poznań: Termedia; 2009: 103 – 114.
10. Jeziorski A. Rak piersi. W: Kordek R, (red.) *Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy* Gdańsk: Via Medica; 2007: 202 – 232.
11. Bączny G, Poniedziałek M, Sokołowska B. Poziom lęku przedoperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; (1): 42 – 45.
12. Janiszewska J. Niektóre czynniki determinujące poziom lęku u pacjentek z guzem piersi oczekujących na operację. *Psychoonkologia* 2000; (7): 49 – 53.
13. Romanik W, Kański A, Soluch P, Szamańska O. Kwestionariuszowy deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2009; XLI, (2): 94 – 99.
14. Stępień R, Wrońska I. Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne* 2008; (10): 31 – 35.
15. Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008; tom 12, (1): 14 – 25.

16. Ziębicka J, Gajdosz R. Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2006; (38): 41 – 44.
17. Kindler HCh, Harms CH, Amsler F, Ihde – Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patient's anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; (90): 706 – 712.
18. Lenartowicz H, Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wyd. I, PZWL; Warszawa 2010.
19. Snaith RP. The hospital Anxiety and Depression scale. *Health Qual Life Outcomes* 2003; (1): 29.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; (67): 361 – 370.
21. de Walden – Gałuszko K, Majkovicz M. (red.). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Wyd. Akademia Medyczna, Zakład Opieki Paliatywnej, Gdańsk 2000.
22. Pawlun M, Dzieciuchowicz Ł, Brzuzgo K, Brzeziński JJ, Wysoki J. Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2006; 78, (9): 1000 – 1013.
23. Motyka M. Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. *Sztuka Leczenia* 2001; (4): 23 – 26.