



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

NEKATERI VIDIKI DOŽIVLJANJA ŽENSK OB HISTEREKTOMIJI

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Študentka: Špela Trojar

Jesenice, junij, 2011

ZAHVALA

V diplomski nalogi bi se rada zahvalila svoji mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, za vso pomoč, vzpodbudo ter čas in trud, ki ga je vložila pri nastajanju moje diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi vodstvu Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj za odobritev raziskave ter pacientkama za privolitev in sodelovanje v raziskavi.

Še posebna zahvala pa gre mojim domačim in ostalim najbližjim, ki so me podpirali tekom celotnega študija in na koncu pri pisanju diplomske naloge.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V današnjem času so ginekološka obolenja v porastu. Vse več tovrstnih obolenj zahteva operativni poseg, saj predstavlja eno izmed najbolj učinkovitih oblik zdravljenja. Z operativnim posegom lahko odstranimo le del tkiva, ki povzroča težave, kot je npr. odstranitev mioma (miomektomija), ali pa je potrebna odstranitev celotnega tkiva oziroma organa, kot je v našem primeru odstranitev maternice (histerektomija). Doživljanje žensk je ob takih izkušnjah različno in zelo individualno, zato ima pri obravnavi ginekoloških pacientk veliko vlogo tudi medicinska sestra.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti razlike v doživljanju bolezni ter stopnjo psihične podpore s strani pacientkinih partnerjev oziroma svojcev in s strani medicinskih sester.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi deskriptivnega raziskovanja. Kot instrument smo uporabili študijo primera, ki smo jo izvedli s pomočjo intervjuja z vodenimi vprašanji odprtega tipa. Študija primera je bila razdeljena v dva sklopa, izvedli smo jo na dveh primerih; pacientki z laparotomijo in miomektomijo ter pacientki z vaginalno histerektomijo. Prvi del raziskave smo izvedli v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj, drugi del pa štiri do pet tednov po odpustu iz bolnišnice v njenem domačem okolju.

Rezultati: Iz intervjujev je razvidnih kar nekaj skupnih ugotovitev obeh pacientk, ki sta se razlikovali v vrsti operativnega posega, v nekaterih področjih pa se njuna mišljenja tudi razhajajo. Njune ugotovitve so naslednje: strah pred operativnim posegom (ali bom dobro prenesla anestezijo, ali bo poseg potekal brez zapletov), strah pred diagnozo (ali je tkivo morda rakavo) in strah pred prihodnostjo (kako bo na poseg gledal partner in svojci, bom za partnerja mogoče manj atraktivna po posegu, ali bo poseg vplival na spolne odnose, ali bom dobro okrevala po posegu, itd.). Obema pacientkama je skupno tudi olajšanje po posegu, saj za njiju poseg pomeni konec bolečin in ostalih neprijetnih simptomov. Njuni mnenji pa se razhajata pri pomenu reproduktivnih organov za njuno življenje in vlogi medicinske sestre.

Razprava: Na podlagi dobljenih rezultatov smo prišli do ugotovitve, da »teorija ni vedno povezana s prakso.« To ugotovitev lahko potrdimo z izjavami naših dveh pacientk, sodelujočih v raziskavi. Ena izmed ugotovitev je bila ta, da odstranitev

reproduktivnih organov vedno ne predstavlja tudi izgube ženskosti in strahu pred izgubo identitete. Po izkušnjah druge pacientke bi bil tak poseg lahko dobrodošel, ker do svojih reproduktivnih organov občuti sovraštvo in gnus, prav zaradi slabih izkušenj iz preteklosti. Tudi glede vloge medicinske sestre pri pripravi pacientke na ginekološki operativni poseg se mnenja pacientk razhajajo, saj ima ena boljše, druga pa nekoliko slabše izkušnje.

Ključne besede: zdravstvena nega, histerektomija, prolaps uterusa, miomi, tumorji, samopodoba.

SUMMARY

Theoretical baseline: Nowadays, gynecological ailments are on the rise. More and more of these ailments require surgical procedure, since it represents one of the most effective types of treatment. With the surgical procedure we can remove only a part of the tissue, which is causing problems, such as the removal of myomas (myomectomy), or the removal of the entire tissue or the organ is required, as is in our case the removal of the uterus (hysterectomy). Women experience such ordeals differently and very individually, therefore a nurse plays a major role in dealing with gynecological patients.

Objective: The objective of the thesis is to determine the differences in experiencing the ailment and the degree of psychological support on the part of patient's partner or her relatives and on the part of the nurses.

Method: The study was based on a qualitative method of descriptive research. We used a case study that was conducted through interviews with guided open-ended questions; one with a laparotomy and myomectomy and one with a vaginal hysterectomy. The case study was divided into two sets of questions and we carried it out on two patients. The first part of this study was carried out at the Hospital for Gynecology and Obstetrics Kranj while the other was carried out four to five weeks after discharge from the hospital in their home environment.

Results: The interviews show a quite a few common findings of the both patients, which differed in the type of surgical procedure, but in certain aspects their opinions differed. Their common findings are as follows: fear of surgical procedure (whether I will tolerate the anesthesia well, whether the procedure will be carried out without complications), fear of diagnosis (whether the tissue is cancerous) and fear of the future (how the procedure will be seen by the partner and relatives, will the partner perhaps see me as less attractive after the procedure, will the procedure affect sexual relations, will I recover well after the procedure, etc.). Both of the patients also have in common the relief after the procedure, since it represents the end of pain and other unpleasant symptoms. Their opinions differ in terms of the importance of the reproductive organs for their lives and the role of nurses.

Discussion: According to the obtained results we concluded that "theory is not always related with practice". The conclusion can be corroborated by the statements of both patients, participating in the study. One of the findings was that the loss of reproductive

organs does not always constitute as loss of femininity as well as fear of losing one's identity. As the experience of the other patient shows, such a procedure could be beneficial, since she feels hatred and disgust toward her reproductive organs precisely because of bad experiences in the past. The opinions of both patients also differ in terms of the role of a nurse in the preoperative care in the case of gynecological procedure, as one has better and the other a slightly worse experience.

Key words: health care, hysterectomy, prolapse of the uterus, myomas, tumors, self-esteem.

KAZALO

1 UVOD	1
2 OPREDELITEV HISTEREKTOMIJE IN OSNOVNIH POJMOV	4
2.1 Tumorji maternice	5
2.1.1 Klasifikacija raka endometrija.....	9
2.2 Spust in zdrs maternice (Descenzus in Prolaps uterusa)	9
2.3 Priprava pacientke na operativni poseg	12
2.3.1 Psihična ali duševna priprava na operativni poseg.....	12
2.3.2 Fizična ali telesna priprava na operativni poseg.....	14
2.3.3 Administrativna priprava na operativni poseg.....	15
2.4 Vloga medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni poseg	15
2.5 Pomen komunikacije s pacientko pred in po ginekološki operaciji	18
2.6 Teoretični model medosebnih odnosov po Hildegard Peplau	20
2.7 Spremenjena samopodoba pri izrezani maternici	21
2.7.1 Telesna podoba z ginekološkega vidika	21
3 EMPIRIČNI DEL.....	24
3.1 Namen in cilj raziskovanja	24
3.2 Raziskovalna vprašanja	24
3.3 Raziskovalna metodologija	24
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	24
3.3.2 Opis instrumentarija	25
3.3.3 Opis vzorca	27
3.3.4 Potek raziskave in opis obdelave podatkov	27
3.4 Rezultati.....	28
3.5 Razprava	40
4 ZAKLJUČEK	48
5 LITERATURA	49
6 VIRI	55
7 PRILOGE	56
7.1 Instrument.....	56

KAZALO SLIK

Slika 1: Miomi maternice	7
Slika 2: Stopnje prolapsa uterusa.	11
Slika 3: Slikovni prikaz ključnih ugotovitev (kategorij in kod)	28

1 UVOD

Bolezen je individualno doživetje vsakega posameznika in v veliki meri odvisno od osebnosti človeka. Ginekološka obolenja pogosto narekujejo operativno zdravljenje. Ta invazivna oblika zdravljenja prizadene celotno osebnost pacientke. Operativni poseg lahko spremlja strah pred spremembami zunanjega videza in vpliva na predstavo, ki jo ima pacientka o sebi. Rodila imajo poseben pomen zaradi reproduktivne in spolne vloge (Jeglič, Ramšak Pajk in Mihelič-Zajec, 2004). Ginekološke bolezni se kažejo v vseh obdobjih življenja ženske. Vsako zbolevanje poruši človekovo duševno in telesno ravnovesje. V ginekologiji se pogosteje kot na drugih področjih pojavljajo pri ženskah obdobja močnih čustvenih reakcij. Do takšnih reakcij pride tudi, ko je potrebna operacija na ženskih spolnih organih (Rakovec-Felser, 1998).

Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost, spremeni notranje ravnovesje in vpliva na socialno ugodje. Vsak operativni poseg je tvegan, kajti navzočih je kar nekaj dejavnikov, na katere ne moremo vplivati in so zato nepredvidljivi. Naloga zdravstvenih delavcev je, da se osredotočijo na dejavnike, na katere se da vplivati. Priprava ginekoloških pacientk na operativni poseg je psihična ali duševna, fizična ali telesna; danes pa lahko govorimo tudi o administrativni pripravi (Buček Hajdarevič in Kavdaš, 2000).

Kadar je za zdravljenje določenih ženskih obolenj potrebna histerektomija – operativni poseg, pri katerem se izreže maternica in pogosto tudi jajčniki, le-ta privede do bojzani in zaskrbljenosti ženske glede njenega spolnega življenja po operaciji. Za večino žensk je partnerjeva podpora bistvenega pomena, ker jim daje moč in motivacijo pri nadaljnjem zdravljenju (Cheng Chen, Tsomg Yeh, Chi Chen, Shu Shan in Li Fang, 2006). Izguba maternice lahko zanjo pomeni izgubo ženskosti. Ženska misli, da se bo možu zdela neprivlačna, zato jo bo zavrnil, njuno spolno življenje pa se bo poslabšalo. Histerektomija lahko prinese s seboj razočaranje in nezadovoljstvo tako ženske kot njenega partnerja v njunem spolnem odnosu (Sanchez in Mihelič-Zajec, 2005).

Zdravstvena nega je pomemben dejavnik, ki bistveno vpliva na proces zdravljenja in ugotavljanje pacientkinih potreb. Delo medicinske sestre je usmerjeno v premišljeno izvajanje zdravstvene nege in dobro načrtovane aktivnosti. Medicinska sestra k svojemu delu pristopa po procesni metodi dela in s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege, ki predstavljajo vsebino samostojnega in suverenega delovanja (Henderson, 1998).

Hospitalizacija spremeni pacientkine običajne družbene in družinske vloge – postane odvisna od drugih, v bolnišnici izgubi stik in neprekinjeno čustveno podporo družine. Enako negotovost doživlja tudi pacientkina družina, ki je zaradi njene bolezni prav tako zaskrbljena in duševno obremenjena. Prijazen odnos do pacientke, omogočanje stikov s svojci in domačnost bolnišničnega okolja imajo velik pomen pri pripravi na operativni poseg (SPS Kirurška klinika, 2001).

Ivanuša in Železnik (2000) ugotavljata, da sta hospitalizacija in operativni poseg za pacientko pomembna iz treh vidikov:

- **psihični vidik:** čustvene reakcije na hospitalizacijo in operativni poseg so lahko zelo mučne (strah, negotovost). Velikim obremenitvam se lahko izognemo s temeljito psihološko pripravo pacientke;
- **fizični vidik:** pacientke pred oziroma po operaciji so odvisne od medicinske sestre – potrebujejo celotno zdravstveno nego ali delno pomoč. Nekatere so samostojne pri zadovoljevanju posameznikovih življenjskih potreb. Vse je odvisno od bolezni in zdravstvenega stanja pacientke;
- **socialni vidik:** pacientke so zapustile domače okolje in se znašle v bolnišnici, kjer jim je vse tuje in neznano. Pacientkam morajo biti omogočeni stiki s svojci in prijatelji, s tem je ohranjena socialna integriteta pacientke.

Komunikacija je dajanje in sprejemanje sporočil in odraža naša znanja, razmišljanja, stališča in čustva. Medicinska sestra, ki je usposobljena in vešča v komunikaciji, je pri svojem delu tudi bolj uspešna. Ustrezno poznavanje pacientke ji je vodilo pri izbiri lastnega načina komuniciranja. Dobra komunikacija s pacientko ni zgolj večše sporočanje informacij, ampak pomeni tudi dovolj občutljivo opazovanje pacientkinih

neverbalnih sporočil, ki kažejo, kako je novo sporočilo sprejela in odražajo njene potrebe (Vegej-Pirc in Škufca, 2000).

2 OPREDELITEV HISTEREKTOMIJE IN OSNOVNIH POJMOV

Histerektomija je operativna odstranitev maternice. Lahko je subtotalna (ne odstranimo materničnega vratu, temveč le telo maternice), totalna (odstranimo celotno maternico skupaj z materničnim vratom), z jajčniki (adnekssektomija) ali brez njih in radikalna, tj. razširjena totalna histerektomija (Borko, Takač, But, Gorišek in Kralj, 2006). Za odstranitev maternice poznamo več operativnih pristopov oziroma tehnik:

- **Totalna histerektomija**
 - **vaginalna histerektomija**, pri kateri gre za odstranitev maternice skozi nožnico. Te operativne tehnike se poslužimo najpogosteje pri ženskah, ki so že v klimakteriju, saj je takrat maternica zaradi zmanjšanega hormonskega delovanja manjša kot pa pri ženskah v reproduktivnem obdobju. Opravimo jo zaradi descenzusa in prolapsa uterusa, nepravilnih krvavitev, recidivov cervikalnih intraepitelijskih neoplazij po konizacijah in mikroinvazivnega raka materničnega vratu ter manjših miomih (Borko idr., 2006);
 - **abdominalna histerektomija**, pri kateri gre za odstranitev maternice skozi rez v sprednji trebušni steni. Omenjena operativna tehnika se uporablja predvsem pri ženskah v reproduktivnem obdobju, ker je maternica v tem obdobju zaradi hormonskega delovanja bistveno večja kot v klimakteriju. Velikost maternice je tudi ena izmed pomembnih kriterijev pri izbiri operativne tehnike (But idr., 2007).
 - **laparoskopsko asistirana vaginalna histerektomija (v nadaljevanju LAVH)**, ki se začne laparoskopsko, maternica pa se odstrani skozi nožnico (But idr., 2007).
- **Subtotalna (supracervikalna ali supravaginalna) histerektomija**
 - je lahko skozi **laparotomijo** (npr. pri carskem rezu) ali
 - **laparoskopsko (npr. laparoskopsko supracervikalna histerektomija-v nadaljevanju LSCH)**, ki je minimalno invaziven endoskopski poseg, pri katerem odstranimo telo maternice, vrat maternice pa pustimo v telesu (če je zadnji izvid brisa materničnega vratu normalen oziroma negativen) in s tem ohranimo podporo medeničnega dna. Priporočamo jo pri ženskah z adenomiozo in pri tistih z velikimi simptomatskimi miomi

oziroma multiplimi miomi. Operacija kot taka predstavlja minimalno invazivno alternativo abdominalni histerektomiji. V primerjavi z abdominalno histerektomijo imajo pacientke po LSCH bistveno manj bolečin, gredo domov bistveno prej, hitrejše je tudi njihovo okrevanje in vrnitev na delo (But idr., 2007).

Rak reproduktivnih organov je pogostokrat indikacija za histerektomijo. Raziskave so pokazale, da je več kot 80 % histerektomij opravljenih zaradi zdravljenja benignih bolezni, kot so fibroze, prolapsi (zdrsi) maternice ali kot ublažitev bolečin in hudih krvavitev, ki vplivajo na kvaliteto življenja ženske (Yu, Tseng, Su in Chien, 2005).

Maternica – uterus – je hruškaste oblike in je dolga približno osem centimetrov. Večji del predstavlja maternično telo – corpus uteri. Iz njega izhajata jajcevoda na mestih, ki ju imenujemo tubarna kota. Maternični svod je del telesa, ki se dvigne nad tubarnima kotoma. Telo navzdol prehaja v maternično ožino, ta pa v maternični vrat – cervix uteri, ki je valjast in s svojim spodnjim delom, porcijo, moli v nožnico. Maternična votlina – cavum uteri – je ozka špranja trikotne oblike. V zgornja kota se odpirata jajcevoda, spodnji kot je notranje maternično ustje. Skozi notranje ustje prehaja maternična votlina v kanal materničnega vratu. Kanal se z zunanjim materničnim ustjem odpira v nožnico (Dahmane, 1996, str. 138).

Poleg malignih bolezni in prolapsa maternice so danes indikacije za histerektomijo predvsem simptomatska adenomioza, multipli miomi in menorangije, ki jih ne uspemo pozdraviti s konzervativnim kirurškim ali hormonskim zdravljenjem (Sculpher idr., 2005).

2.1 TUMORJI MATERNICE

Izraz tumor se pogosto uporablja za nenormalno in nekontrolirano rast nekega tkiva. Po biološkem poteku in morfoloških značilnostih delimo tumorje na benigne in maligne (Jeruc in Zidar, 2006).

Lastnosti benignih tumorjev so:

- rast tumorja je običajno počasna in končna,

- rast je ekspanzivna (tumor okolno zdravo tkivo le odriva),
- tumorji so pogosto obdani z vezivno ovojnico (inkapsulirani),
- nekroze in krvavitve niso pogoste,
- ne zasevajo (metastazirajo),
- histološko so običajno grajeni iz dobro diferenciranih tkiv, ki so zelo podobna ali celo enaka tistim, iz katerih vzniknejo,
- po popolni kirurški odstranitvi se praviloma ne ponovijo (recidivirajo),
- navadno ne ogrožajo življenja, razen če so v življenjsko pomembnih središčih in so zaradi anatomskih okoliščin kirurško nedostopni (Jeruc in Zidar, 2006).

Pri miomih gre za benigne tumorje, ki zrastejo iz gladkomišičnega in vezivnega tkiva maternice. Pred spolno zrelostjo so zelo redki, v pomenopavzi pa, ko preneha funkcija jajčnikov, ne nastajajo več oziroma se zmanjšujejo. Po 35. letu starosti jih lahko najdemo pri 15–20 % žensk in so najpogostejši vzrok za nenormalno povečanje maternice. Miomi so dobro omejeni, imajo ovojnico (kapsulo), pojavljajo se posamično ali pa jih je več; takrat govorimo o gomoljasti maternici (uterus myomatosus) (Borko idr., 2006).

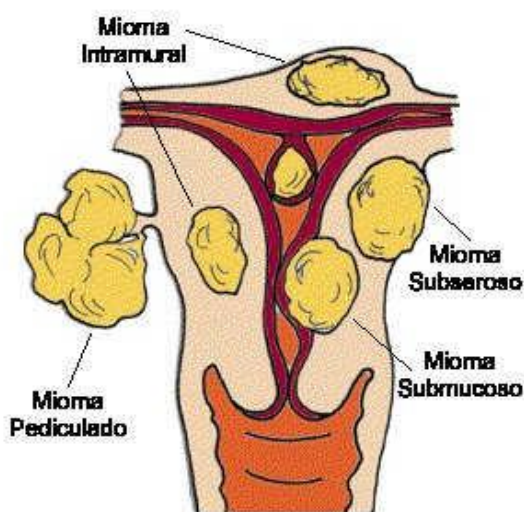
Miomi so najpogostejša benigna novotvorba, ki prizadene več kot 50 % žensk v celotni populaciji in 20–25 % žensk v rodnem obdobju. V več kot 70 % so asimptomatski in so odkriti na rutinskem ginekološkem pregledu ali ultrazvočni preiskavi. Takšnih miomov ni potrebno zdraviti, vendar pa je priporočljivo, da njihovo rast in morebitne spremembe v zgradbi nadziramo z ultrazvokom vsakih 6 mesecev. Miomi predstavljajo najpogostejšo indikacijo za histerektomijo; so vzrok za 30 % histerektomij in 40 % vseh abdominalnih histerektomij (Ribič Pucelj, Tomaževič in Voglar, 2007).

Miomi navadno rastejo počasi, v nosečnosti hitreje, in se po porodu ponovno zmanjšajo. Povzročajo lahko bolečine, ki so pri nekrozi mioma tudi akutne, nepravilne krvavitve ter zaradi pritiska na mehur in črevo motnje v mikciji oziroma defekaciji. Miomi lahko povzročijo neplodnost. Zaradi miomov maternice ženska težko zanosi, ali pa sploh ne more. Maternica je večja in nakazuje izbokline. Miome zdravimo predvsem, kadar povzročajo težave (neredne krvavitve, bolečine in neplodnost), kadar hitro rastejo, ali pa

so zelo veliki. Zdravljenje je lahko operativno: odstranimo celo maternico (histerektomija) ali pa odstranimo samo miom (miomektomija), ki ga lahko izluščimo iz stene maternice. V novejšem času se odstranjuje miome, predvsem subserozne, z laparoskopsko operacijo, submukozne pa s histeroskopsko operacijo. Pri ženskah, ki želijo ohraniti reproduktivno sposobnost, se lahko izvede embolizacija miomov, zdravimo pa jih lahko tudi s hormoni (Borko idr., 2006).

Po lokalizaciji so miomi (slika 1) lahko:

- submukozni (ležijo tik pod sluznico – endometrijem – in jo izbočujejo v maternično votlino ali postajajo celo pecljati),
- intramularni (ležijo v steni maternice) in
- subserozni (ležijo tik pod površino – peritonejem); ležijo lahko v materničnem telesu ali pa v predelu materničnega vratu (Borko idr., 2006).



Slika 1: Miomi maternice (vir: <http://tentangavail.blogspot.com/p/myoma-uteri.html>)

Lastnosti malignih tumorjev so nasprotne:

- rast tumorja je pogosto hitra in nezadržna,
- tumor raste infiltrativno in destruktivno (vrašča v okolno tkivo in ga uničuje),
- praviloma niso inkapsulirani,
- v njih so pogoste nekroze in krvavitve,

- praviloma zasevajo (metastazirajo), kar najbolj zanesljivo loči maligne tumorje od benignih,
- histološko se lahko močno razlikujejo od matičnih tkiv, lahko pa imajo tudi popolnoma posebno histološko sliko, ki ni podobna nobenemu zdravemu tkivu,
- se radi ponovijo,
- nezdravljeni praviloma povzročijo pacientovo smrt (Jeruc in Zidar, 2006).

Rakava celica lahko nastane iz različnih celic v organizmu. Značilno zanje je, da rastejo nekontrolirano, se lahko vraščajo v normalna (zdrava) tkiva in tvorijo zasevke ali metastaze v oddaljenih organih (Serša in Novakovič, 2000).

Rak endometrija je najbolj pogosta oblika raka ženskih reproduktivnih organov. Pojavlja se predvsem v postmenopavzalnem obdobju. Ta oblika raka je odvisna od ravnovesja hormonov v telesu, saj so v njen razvoj vpleteni tako estrogeni kot tudi progestageni. Med menstrualnim ciklusom se izmenjuje delovanje estrogenov in progestagenov. Med proliferacijsko fazo so bolj dejavni estrogeni, ki spodbujajo deljenje celic žleznega epitelijskega tkiva. V sekrecijski fazi pa je močnejše delovanje progestagenov, ki preusmerjajo celice endometrija v diferenciacijo in s tem nasprotujejo mitogenemu delovanju estrogenov. Ob povečanju koncentracije endogenih ali eksogenih estrogenov in zmanjšanju koncentracije progestagenov prihaja do pospešenega deljenja celic žleznega epitelijskega tkiva in s tem do večje možnosti za pojav in kopičenje naključnih genetskih napak in pojav malignega fenotipa (Henderson in Feigelson, 2000).

Rak endometrija je primarni maligni epitelijski tumor, ki se pojavi v sluznici maternice. Od tu se lahko razširi tudi v miometrijsko steno in na okolne organe, npr. ovarij ali omentum (Lanišnik Rižner in Šinkovec, 2004). V severni Evropi in severni Ameriki je rak endometrija najpogostejši rak reproduktivnih organov. V večini držav Evrope, tudi v Sloveniji, je rak endometrija v porastu (Bray, Silva, Moller in Weiderpass, 2005).

2.1.1 Klasifikacija raka endometrija

Andoljšek (2010) razvršča rak endometrija v štiri stadije, ki so sledeči:

Stadij I

Ia - tumor omejen na endometrij

Ib - tumor zajema manj debeline miometrija

Ic - tumor zajema več debeline miometrija

Stadij II

IIa - tumor zajema cervikalne žleze

IIb - tumor prodira v cervikalno stromo

Stadij III

IIIa – tumor zajema serozo uterusa, adneксе, pozitivna peritonealna citologija

IIIb – tumor metastazira v vagino

IIIc – metastaze v medeničnih, paraaortnih bezgavkah

Stadij IV

IVa – invazija (vdor mikroorganizmov) v sluznico mehurja ali rektuma

IVb – oddaljene metastaze ali razširitev bolezni v abdomnu zunaj male medenice v ingvinalne bezgavke.

2.2 SPUST IN ZDRS MATERNICE (DESCENZUS IN PROLAPS UTERUSA)

Pri descenzusu je maternica povešena, kadar sega nožnični del materničnega vratu pod interspinalno črto. Descenzus maternice vedno spremlja descenzus nožnice. Descenzus sprednje stene nožnice je pogosto kombiniran s povešenim mehurjem (cystocele), descenzus zadnje stene nožnice pa s povešeno danko (rectocele). Enterokela je izpadla peritonealna vreča, ki sili skozi nožnico v zunanje spolovilo in vsebuje črevesne vijuge (Borko idr., 2006).

Prolaps je bočenje organov male medenice v ali skozi vaginalni kanal (Fynes in Dwyer, 2005). Ta motnja prizadene skoraj polovico žensk, ki so starejše od 50 let, medtem ko znaša okvirna prevalenca prolapsa od 30 % do 50 % (Subak, Waetjen in Van den Eaden, 2001).

Tveganje prolapsa se s starostjo povečuje in je pogostejši pri ženskah, ki so rodile vaginalno (Muller, 2010). Pri prolapsu uterusa se maternica spusti v nožnico, v hujših

primerih pa se lahko izboči skozi nožnično odprtino. Ženske z blago obliko prolapsa uterusa normalno ne občutijo simptomov, pri hujših oblikah pa se prolaps kaže z naslednjimi simptomi:

- **pritisk in bolečina:** najpogostejši je občutek pritiska v medenici, kot da bi v spodnjem delu trebuha pritiskala neka gmota navzdol skozi nožnico. Pojavijo se tudi bolečine v križu in občutek težkih nog. Mnoge izmed žensk imajo tudi občutek, kot da bi sedele na neki buli. Ti simptomi so najbolj opazni na koncu dneva ali po dolgotrajnem stanju.
- **izločanje urina:** cistokele (izbočenje sprednje stene nožnice z mehurjem), uretrokele (izbočenje sprednje stene nožnice s sečevodem) in prolaps uterusa lahko povzročajo težave z zadrževanjem urina (urinsko inkontinenco). Pri prolapsu uterusa in veliki cistokeli je pogosto tudi zastajanje urina (retenca), ker je sečnica v takih primerih zaradi hude cistokele preščipnjena in mora ženska najprej maternico potisniti nazaj, da lahko urinira.
- **izločanje blata:** rektokela (izbočenje zadnje stene nožnice z danko) lahko povzroča težave z odvajanjem blata, saj se nad analnim sfinktrom oblikuje kot nek žep, kjer zastaja blato, ki povzroči bolečine, pritisk in posledično zaprtje. V najslabšem primeru mora ženska potisniti štrlečo gmoto nazaj skozi nožnico, da lahko izloči blato.
- **težave s spolnostjo:** vse oblike prolapsov lahko povzročijo težave s spolnostjo zaradi različnih vzrokov, kot je fizični oz. telesni pritisk zaradi prolapsa, razdražena vaginalna sluznica in psihična obremenitev. Spolni odnosi so pri prolapsu boleči, prolaps pa lahko med odnosom povzroči zadrego in neprijeten občutek («What to do about pelvic organ prolapse», 2005).

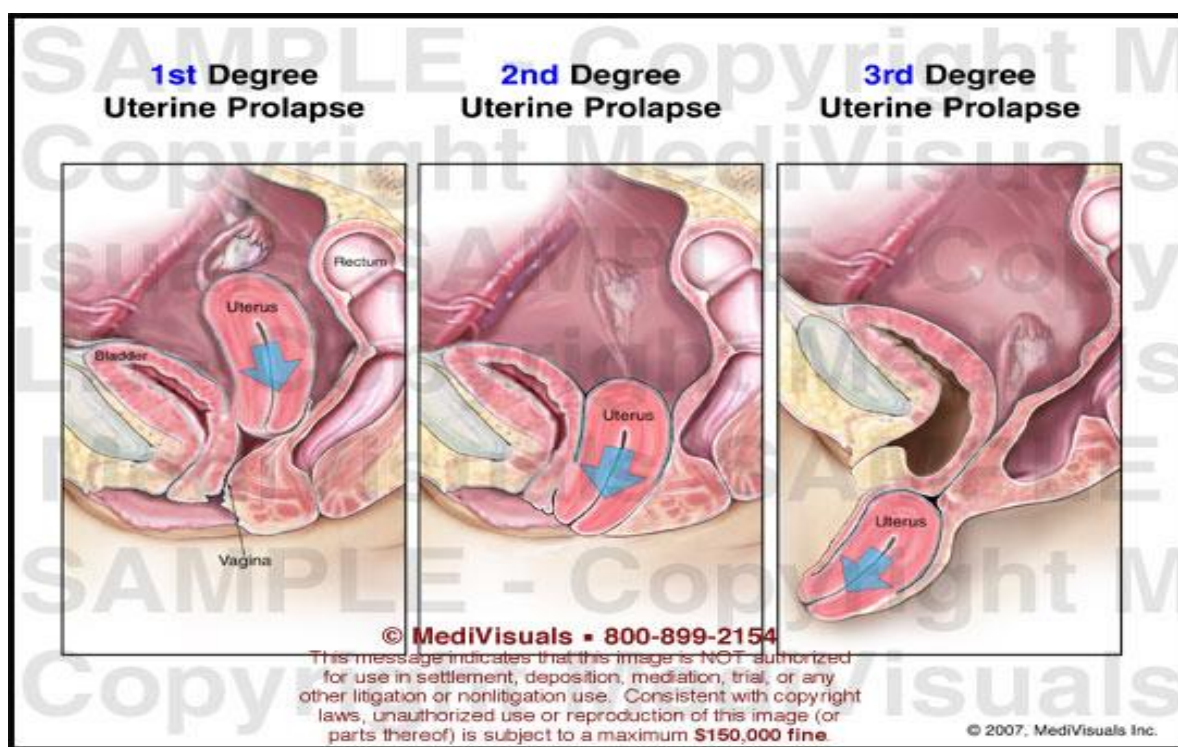
Vzroki za nastanek prolapsa uterusa:

- poškodbe medeničnega dna med porodom,
- povečan intraabdominalni pritisk,
- poklicne obremenitve (dvigovanje težkih bremen, dolgotrajna stoja),
- povečanje telesne teže,
- kronična obolenja dihal z dolgotrajnim kašljem,
- postmenopavzalne spremembe zaradi hipoestriзма,

- prirojene slabosti vezivnega tkiva («What to do about pelvic organ prolapse», 2005).

Prolaps uterusa lahko razdelimo v tri faze oziroma stopnje (slika 2), ki jih ginekolog določi s pomočjo ginekološkega pregleda. Izpad maternice in nožnice je lahko:

- **nepopolen (subtotalen)** pri katerem je vrat maternice pod črto, ki povezuje spodnji rob simfize in konec trtice;
- **popolen (totalen)** pri katerem je svod maternice pod to črto, pred nožničnim vhodom pa leži del maternice (običajno vrat) z obrnjeno nožnico, delom mehurja in danke;
- **prokcidencija** pa je stopnja prolapsa, kjer je pred nožničnim vhodom celotna maternica (Borko idr., 2006).



Slika 2: Stopnje prolapsa uterusa (vir: <http://www.medivisuals.com/3-degrees-of-uterine-prolapse-606017-04x.aspx>).

2.3 PRIPRAVA PACIENTKE NA OPERATIVNI POSEG

Sodobna medicinska sestra je vključena v aktivnosti pri pripravi pacientke na ginekološki operativni poseg, pri čemer gre za vzpostavljanje zaupnega odnosa s pacientko, informiranje pacientke, spodbujanje izražanja čustev, ugotavljanje temeljnih človekovih potreb in pomoč pri njihovem zadovoljevanju, odvzemi krvi za različne preiskave, preverjanje laboratorijskih izvidov, urejanje in priprava vse potrebne dokumentacije idr. Tako pripomore k sestavi mozaika kakovostne in celostne obravnave pacientke v pripravi na operativni poseg. Medicinska sestra ugotavlja njene specifične individualne potrebe in sposobnosti za sodelovanje. Na podlagi pridobljenih anamnestičnih podatkov in ugotovljenih potreb napiše in izvede individualni negovalni načrt predoperativne priprave (Buček Hajdarevič in Kavdaš, 2000).

Priprava ginekoloških pacientk na operativni poseg je psihična ali duševna, fizična ali telesna; danes pa lahko govorimo tudi o administrativni pripravi (Anon, 2001).

2.3.1 Psihična ali duševna priprava na operativni poseg

Psihična priprava pacientke na operativni poseg se prične že ob sprejemu na oddelek z ugotavljanjem različnih dejavnikov, ki spremljajo počutje pacientke ali vplivajo na doživljanje hospitalizacije. Normalen psihični odziv je zaskrbljenost in strah. Pacientke spremenijo okolje, skrbijo jih nove neznane okoliščine, deloma izgubijo nadzor nad samoodločanjem, odsotne so od najbližjih svojcev, pojavijo pa se tudi specifični strahovi – strah pred operacijo in izidom operacije, anestezijo, neobvladljivo bolečino, spremenjeno telesno podobo itd. Informiranje pacientke o postopkih priprave na operativni poseg in kasneje o rehabilitaciji je pomemben ukrep za zmanjševanje stresa. Pacientke različno doživljajo svojo bolezen oziroma operacijo, zato je nujno spodbujanje izražanja občutij in čustev. Čustvena podpora pacientki naj temelji na empatičnem odnosu. Potrebe pacientke pred načrtovanim operativnim posegom niso samo telesne ali tiste, ki jih izrazi sama, ampak so veliko širše in zahtevajo razmišljanje medicinske sestre in individualni pristop (Mrak, 2001).

Vzpostavitev pozitivne komunikacije s pacientkami omogoča medicinskim sestram, da ugotavljajo njihove potrebe in pričakovanja v zvezi z operacijo, kar vključuje tudi

področje njihove spolnosti. Medicinske sestre se morajo počasi tako tudi soočati, da je spolnost del holistične zdravstvene nege in da je njihova naloga krepiti spolno zdravje ter zagotavljati najvišjo možno raven spolnega zdravja. Za uresničitev tega medicinske sestre potrebujejo znanje in sproščenost, da lahko kakovostno svetujejo pacientkam o spolnosti po histerektomiji (Žohar, 2004).

Glede na ugotovljene potrebe na področju spolnosti načrtujejo ustrezno zdravstveno nego in zdravstvenovzgojno delo. Medicinske sestre so pri svojem delu v idealnem položaju, da z razlago napačnih predstav pacientk o spolnosti po histerektomiji nežno razpršijo nastale strahove. S tem pa lahko pomagajo pacientkam doseči čim višjo raven dobrega počutja in jih usposobijo za polno, bogato življenje po histerektomiji tudi na področju spolnosti. Če medicinske sestre v tej psihični pripravi na operacijo zanemarijo pacientkine potrebe po informacijah o spolnosti, to pomeni, da zanemarijo pomemben del njihovega okrevanja (Žohar, 2004).

Pri psihični pripravi medicinska sestra odigra zelo pomembno vlogo, saj je največ v stiku s pacientko, velikokrat ji lahko pomaga razvozlati težke življenjske situacije, ji prikaže tudi pozitivne strani, na katerih gradi svoje nove potrebe. Velikokrat ženska potrebuje razgovor o nekaterih dvomih, ki jih ima, ali pa jih izzovejo pripovedovanja drugih žensk. Če hočemo govoriti o psihični pripravi pacientke, moramo upoštevati dve spoznanji: prvo, da je duševno stanje pacientk nekoliko drugačno kot pri zdravih ljudeh, in drugo, da je tudi potek bolezni odvisen od njene duševnosti in vedenja. Zavedati se moramo, da je človek posameznik, da je celovita osebnost s telesnimi, duševnimi in socialnimi potrebami, da je del okolja, v katerem živi, ima svoje navade, misli, čustva, ki so značilna le zanj in za katere misli, da so pravilna. Naloga medicinske sestre je v tem, da pacientki pomaga doseči čim višjo raven dobrega počutja ne glede na to, v kakšnem stanju je (Jeglič idr., 2004).

Psihična priprava pacientke na operativni poseg obsega več strokovnih ukrepov zdravstvene nege. Ti ukrepi temeljijo na razumevanju pacientkinega razumevanja bolezni in hospitalizacije (Drain, 2003).

Ti ukrepi so združeni v naslednja področja:

- prijazen odnos do pacientke in spoštovanje njenega dostojanstva (temeljno pravilo zdravstvene nege, ki velja od trenutka sprejema pa do odpusta pacientke),
- vzpostavljanje zaupnega medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientko,
- obravnavanje pacientke kot celote,
- informiranje pacientke,
- spodbujanje izražanja občutij,
- empatičen odnos in psihična podpora pacientki,
- ugotavljanje potreb in pomoč pri njihovem zadovoljevanju (Mrak, 2001).

2.3.2 Fizična ali telesna priprava na operativni poseg

Fizična priprava pacientke je zgodnja oz. splošna ter neposredna ali specifična.

Med splošno fizično pripravo spada odvzem krvi, preverjanje laboratorijskih izvidov, snemanje EKG-ja za oceno srčnega delovanja, rentgensko slikanje pljuč in druge specifične preiskave, ki opredeljujejo pacientkino zdravstveno stanje ali vplivajo na odločanje v zvezi z operativnim posegom (ultrazvočne preiskave, rentgenske preiskave, računalniška tomografija, endoskopske in druge invazivne preiskave). Med splošno fizično pripravo lahko uvrščamo tudi pripravo respiratornega sistema (predoperativno učenje dihalnih vaj) (Ivanuša in Železnik, 2002).

Med specifično predoperativno pripravo spada urejanje pacientkinih spremljajočih presnovnih in drugih obolenj, ki zahtevajo dodatne ukrepe in nadzor, tako v predoperativnem kot v pooperativnem obdobju – sladkorna bolezen, kronična ledvična odpoved, kronična obstruktivna pljučna bolezen, jemanje antikoagulantne terapije. Namen neposredne fizične priprave je omejitev možnosti okužbe (koža, črevesje). Fizični vidik hospitalizacije in operativnega posega, ter same priprave nanj je za pacientko pomemben zlasti z vidika odvisnosti od medicinske sestre; potrebuje celotno zdravstveno nego ali pa delno pomoč (Ivanuša in Železnik, 2002).

2.3.3 Administrativna priprava na operativni poseg

Pod administrativno pripravo pacientke na operativni poseg razumemo pripravo, razlago in pridobitev pacientkinega pisnega soglasja za operativni poseg, anestezijo in transfuzijo krvi (Mrak, 2001). Pacientko o navedenih postopkih informira zdravnik, medicinska sestra pa pripravi obrazce za podpis ter pacientki razloži njihov pomen. Brez pisne privolitve pacientka ne more biti operirana, razen v izjemnih okoliščinah, ko zaradi ogroženosti življenja odgovornost za operativni poseg v celoti prevzame zdravniški konzilij. Administrativna priprava pacientke vključuje tudi ureditev njene dokumentacije, prilogo laboratorijskih in drugih izvidov, pripravo dogovorjenih obrazcev, pisno posredovanje določenih naročil, preverjanje količine nalepk, označitev pacientkine posteljne enote, označitev pacientke z identifikacijsko zapestnico, označitev in popis shranjene lastnine ter pisno poročilo o neposredni pripravi na predoperativno predajo pacientke v operacijskih prostorih (Ivanuša in Železnik, 2000).

2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI PACIENTKE NA OPERATIVNI POSEG

Pri pripravi pacientke na operativni poseg ima medicinska sestra po teoriji Virginije Henderson predvsem vlogo podpiranja pri zadovoljevanju potreb. Aktivnosti, ki jih pri tem izvajajo, so pomoč, vzpodbuda, včasih pa tudi posamezne aktivnosti izvede namesto pacienta. Torej, kadar pacient sam ne more zadovoljiti eno ali več osnovnih potreb, je naloga medicinske sestre, da z aktivnostmi zdravstvene nege pripomore k zadovoljevanju le-teh (Hajdinjak in Meglič, 2006). Virginija Henderson opredeljuje zdravstveno nego kot neodvisno in samostojno zdravstveno disciplino in je prva teoretičarka, ki je opredelila samostojno vlogo medicinske sestre. Zdravstveno nego definira kot dejavnost medicinske sestre, ki pomaga posamezniku, zdravemu ali bolnemu, v tistih opravilih, ki bi jih izvedel brez pomoči, če bi imel potrebno moč, voljo in znanje za pridobitev neodvisnosti. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora (Mihelčič, 2004). Tako kot se zdravstvena nega skozi desetletja spreminja, se z njo spreminja tudi definicija zdravstvene nege. Zato je International Council of Nurses (v nadaljevanju ICN) leta 2010 izdal do sedaj najnovejšo definicijo zdravstvene nege, ki se glasi: Zdravstvena nega zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in

skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalide ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (Zbornica – Zveza, 2011).

Druga vloga medicinske sestre je, da sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik. Vloga medicinske sestre je tudi v zdravstvenem timu z naslednjimi nalogami: posreduje rezultate opazovanja, izvaja določene aktivnosti po naročilu zdravnika, sodeluje pri posegih in organizaciji ter skrbi, da se izvedejo postopki drugih služb. Medicinska sestra je član interdisciplinarnega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotnega zdravstvenega varstva. Tu je medicinska sestra postavljena v širši zdravstveni tim, kjer z znanjem in informacijami lahko bistveno prispeva k načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvenega varstva (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Tako kot za vsako družbeno vlogo, veljajo tudi za lik medicinske sestre določena pravila, norme vedenja, z njo so povezana posebna pričakovanja in predstave, kakšna naj bo posameznica, ki predstavlja lik medicinske sestre (Škerbinek, 2000).

V pripravi pacientke na ginekološki operativni poseg se zvrstijo različne vloge; od vloge učiteljice in svetovalke, zagovornice, zastopnice sprememb, osebe, ki nudi oporo in pomoč, do izvajalke zdravstvene nege (Harkreader in Hogen, 2004).

Medicinska sestra se kot **zagovornica pacientke** zavzema za njene pravice in ji pomaga pri utemeljenih sodbah, mnenjih (Harkreader in Hogen, 2004). Lahko tudi rečemo, da posreduje, vodi in organizira v prid pacientke, da zagotovi kakovostno zdravstveno nego. V vlogi zagovornice medicinska sestra seznanja pacientko z naravo njenih zdravstvenih problemov in razpoložljivimi možnostmi ter tveganju vsake izmed njih; preprosto in v celoti razloži negovalne postopke; odgovarja na vprašanja pacientke z dejstvi in ne z osebnimi mnenji. Podpira odločitve pacientke s tem, da se je tudi sama drži in zagotavlja, da tudi drugi store isto; stopnjuje pacientkino zaupanje v profesionalno zdravstveno nego s tem, da ji pomaga razumeti, da je njeno sodelovanje v zdravstveni negi željeno in resnično potrebno (Reuschenbach, 2004).

Medicinska sestra v vlogi **učiteljice in svetovalke** oceni potrebo po izobraževanju in svetovanju na osnovi lastnega opazovanja pacientke ter na podlagi kritičnega razmišljanja poskrbi za informacije, ki jih prilagodi pacientkini stopnji razumevanja (Harkreader in Hogen, 2004). Zagotavlja podrobne dodatne informacije, ki temeljijo na pacientkinih ciljih, ki jih ima v zvezi z učenjem (Rakovec-Felser, 1998). Individualno učenje je temeljni kamen izobraževanja na tem področju. Medicinske sestre na ginekoloških oddelkih pripravijo tudi pisna navodila, literaturo, ki omogoča lažje razumevanje različnih operativnih ginekoloških posegov, in podajajo različne informacije, kako se življenje spremeni po njem (prilagojena prehrana, pomembnost higiene, spremenjeno spolno življenje) (Kovačev, 1998).

V vlogi **zastopnice sprememb** se odraža pripravljenost medicinske sestre za posredovanje novosti na področju zdravstvene nege. V zadnjih desetletjih so na področju zdravstvene nege nastale mnoge spremembe. Od medicinske sestre se pričakuje, da posreduje spremembe, ki zagotavljajo varnost ter zadovoljstvo pacientke pri pripravi na operativni poseg rodil. Če je medicinska sestra zadovoljna z obstoječim stanjem, se bo težko zavzemala za uvajanje sprememb. Pomembno je, da ima teoretično in praktično znanje za planiranje sprememb. Medicinska sestra mora biti zelo dovzetna za to, kakšen bo učinek spremembe, oziroma kaj se bo izboljšalo v zdravstveni negi pacientke. Imeti mora neodvisno vlogo, da bo lahko omogočila spremembo. Pokazati mora vztrajnost in potrpljenje, vzdrževati dobre medsebojne odnose in obvladati umetnost kompromisa in obzirnosti pri uvajanju sprememb (Skoberne, 2002).

Osnovna značilnost **podpore in opore** je obljuba, da pacientka v času hospitalizacije nikoli ne bo sama. Sama fizična prisotnost ni dovolj. Potrebno je, da tisti, ki pacientko spremlja zagotovi tudi čustveno oporo (Skoberne, 2002). Vedenje medicinske sestre, ki izraža podporo v času priprave na ginekološki operativni poseg, lahko razdelimo v tri kategorije: osebna nega, neverbalno izkazovanje pomoči (držanje za roko, stik z očmi, smehljanje) in verbalno izražanje opore (izražanje pohvale, dajanje navodil) (Kovačev, 1998).

Medicinska sestra kot **izvajalka zdravstvene nege** uporablja strokovno znanje, da pomaga vzdrževati oziroma, če je možno, do skrajnosti okrepiti zdravje ženske v času priprave na operativni poseg ter po njem. Pri svojem delu uporablja procesno metodo dela – ugotavlja stanje in potrebe pacientk, oblikuje negovalne diagnoze, planira in

izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti. Medicinska sestra omogoča izvajanje individualne zdravstvene nege obenem spodbuja tudi sodelovanje družine in s tem prispeva k dvigu kakovosti zdravstvene nege. V okviru izvajanja zdravstvene nege medicinska sestra pacientko obravnava kot celovito osebnost (Harkreader in Hogen, 2004).

2.5 POMEN KOMUNIKACIJE S PACIENTKO PRED IN PO GINEKOLOŠKI OPERACIJI

Komunikacija je eden od najpomembnejših elementov odnosa s pacientko. Z besedno komunikacijo večinoma izražamo zavestno sporočilo. To pomeni, da sporočila zavestno preoblikujemo tako, kot menimo, da je v danih razmerah primerno. Nebesedna komunikacija pa mnogo hitreje uide naši zavestni kontroli in tako bolj neposredno izraža naša stališča, vrednote in čustva (Vergelj Pirc in Škufca, 2000). Za pristno in uspešno komunikacijo je potrebno, da sta obe komunikaciji, ki potekata sočasno, usklajeni. Če so besedna in nebesedna sporočila neskladna, se ljudje praviloma opredelijo nebesednemu sporočilu (Vergelj Pirc in Škufca, 2000). Uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacientom in njegovimi svojci je pogoj za vzpostavitev pozitivnega in konstruktivnega medosebnega odnosa. V takem odnosu se pacient počuti, da je sprejet kot človek, kot osebnost, zaupa medicinski sestri in se počuti spoštovanega in varnega (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Medicinska sestra, ki je usposobljena in vešča v komunikaciji, je pri svojem delu tudi bolj uspešna. Ustrezno poznavanje pacientke ji je vodilo pri izbiri lastnega načina komuniciranja. Dobra komunikacija s pacientko ni zgolj večje sporočanje informacij, ampak pomeni tudi dovolj občutljivo opazovanje pacientkinih neverbalnih sporočil, ki kažejo, kako je novo sporočilo sprejela in odražajo njene potrebe. Pristop je vedno individualen in v vsaki posamezni situaciji se medicinska sestra odloča, kakšno ravnanje je najprimernejše: ni namreč vseeno, ali dodatno strpno dopoveduje in pojasnjuje ali pa molče stoji ob pacientki, se je rahlo dotakne in ji pozorno prisluhne. Če želi medicinska sestra doseči pristno komunikacijo s pacientko, mora imeti jasno izoblikovano mnenje o njej, o njeni bolezni in zdravljenju ter o smislu lastnega dela (Vergelj Pirc in Škufca, 2000).

Komunikacija naj se dopolnjuje z molkom, ki daje pacientki prostor in čas, da se sreča s svojimi spoznanji, strahovi, vprašanji itd. V celostnem procesu komunikacije je zelo pomembno tudi aktivno poslušanje, ki medicinski sestri omogoča, da izve kaj več o pacientki, da obogati svoja spoznanja, hkrati pa je tudi znak spoštovanja do pacientke in dokaz, da jo sprejema kot človeka (Vergelj Pirc in Škufca, 2000).

Pri zdravstveni negi pacientk z ginekološkim obolenjem je dobra komunikacija zelo pomembna, saj se pri delu s takimi pacientkami medicinske sestre srečujejo s situacijami, ki so zelo osebne in intimne značaja. Pogosto se pri teh pacientkah srečujejo z močnimi čustvenimi reakcijami in to pri pacientkah vseh starosti. Mlajše pacientke so bolj prizadete, saj lahko izgubijo reproduktivno sposobnost, lahko pa je prizadeta tudi spolna funkcija. Potrebno je govoriti o spolnosti, kontracepciji, morda tudi homoseksualnosti, ki so še vedno tabu teme. Pacientke občutijo, da je morda njihova bolezen kazen za greh. Bolezen slabo poznajo, dobijo popačene informacije, zato pa je zelo pomembna usklajenost zdravstvenega tima, ki se kaže s komunikacijo. Pacientko je potrebno vključiti v tim, dobiti mora občutek, da je sprejeta, da je nihče ne obsoja in da bo narejeno vse, da bo čim prej okrevala, tako fizično kot psihično (Vergelj Pirc in Škufca, 2000).

Ženski je po ginekološki operaciji (histerektomiji) potrebno razložiti, da ima vagino še ohranjeno in da je strah pred nesposobnostjo spolnega življenja neupravičen. Spolno življenje ni neposredno vezano na maternico in jajčnike, saj je funkcija teh organov predvsem reprodukcijske narave. Z njihovo odstranitvijo se spolno življenje ženske bistveno ne spremeni. Za normalno spolno življenje je potrebna ljubezen obeh partnerjev, a ljubezen in njen čar sta čisto psihogene narave. Lepo bi bilo, da bi se organizirala psihosomatska priprava na poseg, kjer bi prišlo do izraza skupinsko delo ginekologa, psihologa, psihiatra in socialnega delavca (Prhat, 2001).

2.6 TEORETIČNI MODEL MEDOSEBNIH ODNOSOV PO HILDEGARD PEPLAU

Teorija H. Peplau spada med interakcijske teorije. Beseda interakcija pomeni medsebojno delovanje, delovanje drug na drugega, medsebojno vplivanje (Ramšak Pajk, 2000). V svoji teoriji H. Peplau poudarja pomen medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Medosebni odnos se odvija v določenem okolju. Nanj vplivajo predhodna znanja, vrednote, stališča, kultura in verovanje, tako medicinske sestre kot pacienta. Peplau meni, da je zdravstvena nega terapevtska, ker pomaga tistemu posamezniku, ki zdravstveno nego potrebuje. Vidi jo kot medosebni odnos, ker vključuje interakcijo med dvema ali več posamezniki, ki imajo skupen cilj, da se v tem odnosu medsebojno spoznavajo, razvijajo in spreminjajo. Rezultat medosebnega terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom je, da sledita skupnemu cilju in pri tem sodelujeta, tako v odnosu pridobita oba. Pacient pridobiva nova znanja, znanje pogloblja, oblikuje drugačno (novo) samopodobo, pridobiva večjo samozavest, samozaupanje in se v odnosu do medicinske sestre in do okolja počuti spoštovanega in varnega. Terapevtski odnos mora imeti za razliko od socialnih odnosov svoj namen, k pacientu usmerjeno komuniciranje in vsebine, ki so povezane z zdravjem. Namen terapevtskega odnosa je zagotavljanje dobrega počutja pacienta, pospeševanje njegovega okrevanja ter podpora in pomoč, da pacient doseže samostojnost in neodvisnost (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Vzpostavljanje zaupnega medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom ter obravnavanje pacienta kot celote, je bistveno. Medosebni odnos, ki ga vzpostavita, je v interakcijski fazi, tretji fazi modela H. Peplau, tako izobraževalen, vzgojen kot terapevtski. Terapevtski element v odnosu je predvsem vezan na premagovanje strahu, strah pred boleznijo in njenim razvojem, strah pred smrtjo, bolečino, spremembo načina življenja. V tako kompleksnem problemu je vključen celotni zdravstveni tim, vendar kar poudarja teorija medosebni odnosov, je običajno le en član tima, ki naveže zaupljiv medoseben odnos s pacientom, in to je najpogosteje medicinska sestra. Medicinska sestra je v najtesnejši komunikaciji s pacientom, prva pride v stik z njim ob sprejemu in zadnja daje nasvete ob odpustu (Ramšak Pajk, 2000).

2.7 SPREMENJENA SAMOPODOBA PRI IZREZANI MATERNICI

Samopodoba je skupek pojmovanj in predstav, ki jih imamo o sebi. Z drugimi besedami je to posameznikovo doživljanje samega sebe. Tesno je povezano s samospoštovanjem (vrednostno oceno sebe). Samospoštovanje nam pove, koliko smo zadovoljni s seboj, ali se ocenjujemo pozitivno ali negativno. Koliko se sprejemamo, takšni kot smo (Kampare, 2006). Človek si ustvarja shemo o dogodkih, ustvarja pa si tudi sheme o svojem telesu. Po Payne in Walkar (2002) ima normalna telesna podoba tri dele: resničnost, predstavitev in ideal.

Vsi imamo podobe o svojih telesih. Oblikovale so se že ob rojstvu in se z odraščanjem razvijajo. V adolescenci preživljamo krizo, ko otroško podobo nadomesti odrasla. Naša podoba je spremenjena pod vplivom faktorjev okolja in socialnih stališč. Vsi težimo k popolnosti, uresničitev tega pa je nemogoča. Telesna podoba je v veliki meri odvisna od vzgoje. Pohvale iz okolice in sprejetost med ljudi lahko pozitivno vplivajo na sprejemanje samega sebe. Različni ljudje ocenjujejo telesno podobo na več načinov. To je najbolj opazno ob spremembah, ki so povezane s staranjem in boleznimi. Že sama diagnoza bolezni ima lahko neugodne učinke na telesno podobo (Šetor, 2009).

2.7.1 Telesna podoba z ginekološkega vidika

Telesna samopodoba ni odvisna zgolj od tega, kako presojava sami sebe, ampak veliko tudi od odziva drugih na nas. Spremenjena telesna podoba je danes pomembno področje zdravstvene nege. Pri številnih pacientih s spremenjeno telesno podobo je le-ta osnovni del načrta zdravstvene nege (Payne in Walker, 2002).

Poškodbe organov in spremembe v funkcioniranju organizma kot posledice kirurškega zdravljenja pogosto posežejo tudi na področje telesne podobe posameznikov o sebi. Telesne samopodobe ne določata le videz telesa in delovanje organizma ampak vključuje tudi lasten odnos do telesa, do svojega videza, zdravja, funkcioniranja, seksualnosti, atraktivnosti in je komponenta širšega koncepta o sebi (Fobair et al., 2006).

Ženskost je v kakršnikoli obliki že pozitivno ovrednotena, in če ženska sluti, da jo lahko na nek način izgubi, je to zanjo lahko ogrožajoče. Nekaterim ženskam maternica

predstavlja izvir njihove moči, zdravja in splošne učinkovitosti. Pri njih se pojavijo po histerektomiji bojzani o nenadnih spremembah v njihovi zunanosti, izgubi vodilnega položaja, bojijo se, da kot ženske ne bodo več spolno privlačne, da se bo partnerjevo čutenje spremenilo, da bo upadlo zanimanje za spolnost. Po radikalnih ginekoloških operacijah se pojavi spremenjeno doživljanje spolnosti, tako pri moškem kot pri ženskah. Pojavi se občutek nepopolnosti, pohabljenosti, zmanjšane spolne privlačnosti, zmanjšane želje po spolnosti, zmanjšane spolne odzivnosti in povečanega strahu pred partnerjevo nezvestobo (Fabjan Vodusek, 2004).

Organi povezani s spolnostjo imajo posebno težo zlasti pri ženskah. Spolni organi že ob rojstvu določajo spolno vlogo. Dalje jo oblikujeta družina in družba. Ginekološka obolenja in operativni posegi vodijo žensko k močnim čustvenim reakcijam (Smrkolj, 2004). Bolj kot sam kirurški poseg je odziv večji na izgubo reproduktivnih organov, kajti ženski rodila veliko pomenijo, saj ji dajejo občutek ženskosti. Tudi če si ženska ne želi več imeti otrok, ima še vedno potrebo, da ve, da je biološko popolna, kar dokazuje tudi njena redna menstruacija. Reakcije žensk, ki morajo ukloniti tako temeljitemu posegu (histerektomiji), so različne. Izguba reproduktivnih sposobnosti posebno vznemirja mlajše ženske, ki ne bodo nikoli imele otrok in čutijo, da njihova družina ni popolna. Ženska, ki je bila pripravljena na histerektomijo, a so ji odstranili le miome – myomectomy – je zaradi ohranitve maternice zelo vesela. Nekaterim pa je histerektomija dobrodošla, če je njihova družina popolna, po operaciji ne bo imela več strahu pred zanositvijo, ne bo ji potrebno več uporabljati kontracepcijskih sredstev (Prhat, 2001).

Histerektomija privede do bojzani in zaskrbljenosti, kar se lahko razvije do znakov depresije, kot odziva na izgubo maternice. Znaki so lahko tako izraziti, da je potrebno zdravljenje. Kadar ne morejo zadovoljiti svojih osnovnih čustvenih potreb in teženj v novem okolju, se to pogosto odraža v njihovem vedenju, postanejo vse bolj nerazpoložene, kažejo znake nezadovoljstva in ogorčenja, ali pa se zapirajo vase, čustveno otopevajo. Nekatere postanejo čez mero občutljive, nemirne, pretirano odvisne od drugih (Prhat, 2001). Že predoperativno se lahko glede na določene kazalce vidi, ali se bodo po operaciji pojavile psihične težave pri pacientki ali ne (Smrkolj, 2004).

Ženske razmišljajo o marsičem: zdi se jim, da niso več ženske, da so brez spola, počutijo se izluščene. Strah jih je odklonitve partnerja in osamljenosti. Bolj prizadeta je morda tista ženska, ki ima sicer redne spolne odnose, a verjame, da je maternica glavna privlačnost spolnosti. Obstaja vprašanje, kako bo njeno domače okolje reagiralo na histerektomijo, ali bodo njen partner in drugi člani družine sprejeli odgovornost v družini med njenim zdravljenjem v bolnišnici in doma (Prhat, 2001). Izguba maternice pomeni za žensko in partnerja izgubo ženskosti. Nosečnost je po drugi strani najpomembnejši znak ženskosti. Nezmožnost le-te za žensko pomeni izgubljen status ženske in matere. Ženske zaradi izgube maternice pogosto mislijo, da izgubljajo spolno privlačnost. Bojijo se prezgodnjega staranja. Strah jih je, kako bo s spolnimi odnosi v prihodnje, kako jih bo sprejel partner. Pogovor in natančna razlaga bolezni in operativnega posega bo pomagala odstraniti pogoste neopravičene strahove. Velik vpliv na to, kako bo ženska sprejela sebe, ima prav gotovo tudi starost (Prhat, 2001).

Pomembna za žensko pa je predvsem informacija, ali gre za maligno ali benigno obolenje. Pri malignih obolenjih je strah še izrazitejši. Operativni posegi so večji, pogosto pa je potrebno zdravljenje še nadaljevati z obsevanjem in/ali kemoterapijo (Prhat, 2001).

Nekatere ženske gledajo na raka kot kazen zaradi spolnosti v preteklosti. Vse to jim povzroča občutek krivde in tesnobe. Tesnoba in težave s spremenjeno telesno podobo pa se ne razvijeta pri vseh ženskah. Do težav prihaja pogosteje pri ženskah, ki so nagnjene k tradicionalni ženski vlogi in imajo reproduktivne organe tesno povezane z občutki lastne vrednosti in nizko samozavestjo. Medicinska sestra mora take ženske prepoznati in jim nuditi ustrezno zdravstveno nego, med celotno obravnavo in zdravljenjem. Osnova je natančno zbiranje anamnestičnih podatkov, ki vključujejo tudi področje spolnosti. Medicinska sestra naj deluje toplo in sočutno, da ženska lahko spregovori o svojih občutkih. Nujna je tudi zasebnost in varovanje podatkov. Ženska mora imeti dovolj časa, da bo izrazila svoje občutke in strahove, medicinska sestra pa z aktivnim poslušanjem in vzporednimi razlagami skuša razvozlati neizrečene misli (Smrkolj, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti ali ženske, ki jim je bila odstranjena maternica zaradi prolapsa (zdrsa) uterusa, drugače doživljajo svojo »izgubo« kot pa ženske, katerim so bili odstranjeni le miomi, maternica pa je bila pri posegu ohranjena. Namen raziskave je tudi ugotoviti, kako ženske gledajo na »izgubo« maternice, česa se bojijo, kakšna vprašanja se jim pojavljajo ob tem, idr.

Cilji:

- ugotoviti seznanjenost žensk s potekom zdravljenja;
- ugotoviti, kaj ženske skrbi, katera vprašanja se jim pojavljajo ob misli na odstranitev maternice;
- ugotoviti stopnjo psihične podpore s strani partnerjev oz. svojcev;
- ugotoviti stopnjo psihične podpore s strani medicinskih sester.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1:

Ali so ženske dovolj seznanjene s potekom zdravljenja?

Raziskovalno vprašanje 2:

Katera vprašanja se pojavljajo ženskam ob misli na odstranitev maternice oziroma ob misli na operativni poseg in kaj jih skrbi?

Raziskovalno vprašanje 3:

Koliko psihične podpore prejmejo ženske s strani partnerjev oziroma svojcev?

Raziskovalno vprašanje 4:

Koliko psihične podpore prejmejo ženske s strani medicinskih sester?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi deskriptivnega raziskovanja, pri kateri sestavljajo temeljno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi, in v kateri je to gradivo tudi obdelano in analizirano besedno, brez

uporabe merskih postopkov, ki prikažejo števila. Pri podajanju ugotovitev smo vključili čim več natančnih in čim bolj podrobnih opisov proučevanih situacij.

Za potrebe diplomskega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Uporabili smo domače in tuje podatkovne baze CINAHL, PUB MED, COBISS in ERIC.

Pri izvajanju študije smo gledali tudi na etični vidik, tako da smo tekom raziskave upoštevali etična načela kodeksa v zdravstveni negi, da smo ženski seznanili o prostovoljnem sodelovanju v raziskavi ter pridobili pisno soglasje zavoda (Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj) za potek raziskave.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: zdravstvena nega, histerektomija, prolaps uterusa, miomi, tumorji, samopodoba.

3.3.2 Opis instrumentarija

Kot instrument smo uporabili študijo primera. Osnovna izbirna kriterija sta bili pacientki z ginekološkim obolenjem v pripravi na operativni poseg. Študijo smo izvedli s pomočjo intervjuja, kjer so bila vprašanja odprtega tipa. Ideje za oblikovanje vprašanj smo dobili ob pregledu člankov (Sanchez in Mihelič Zajec, 2005) in (Jeglič, Ramšak Pajk in Mihelič Zajec, 2004). Vprašanja smo razdelili na dva sklopa, pri čemer je prvi sklop vseboval 8 vprašanj, drugi sklop pa 7. Prvi sklop vprašanj smo izvedli v bolnišničnem okolju, tekom hospitalizacije pacientk, drugi sklop vprašanj pa smo izvedli štiri do pet tednov po odpustu iz bolnišnice v pacientkinem domačem okolju. Prvi sklop vprašanj je najprej temeljil na demografskih podatkih, pri čemer nas je zanimala starost pacientk, zakonski stan, število otrok in stopnja izobrazbe. Nato pa smo nadaljevali z vprašanji, ki so se nanašala od obdobja pojava bolezni, preko celotnega poteka hospitalizacije v bolnišnici in vse do odpusta pacientke iz bolnišnice. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na pacientkino okrevanje in ponovno vključevanje v vsakdanje življenje po odpustu iz bolnišnice. Zanimala nas je tudi psihična podpora pri soočanju z boleznijo s strani medicinskih sester in pacientkinih partnerjev oziroma svojcev. Za lažjo in podrobnejšo predstavo o vsebini raziskave bomo v nadaljevanju

vkjučili oba sklopa vprašanj, ki smo jih uporabili v študiji primera. Vprašanja so sestavljena na osnovi pregleda literature in izkušenj.

Prvi sklop vprašanj:

- Kdaj so se pojavile vaše zdravstvene težave in kako so se kazale?
- Kaj vas je privedlo do tega, da ste se odločila za obisk pri zdravniku?
- Kakšna je bila vaša reakcija, ko ste izvedela za diagnozo, in katera vprašanja so se vam pojavljala ob tem?
- Na kakšen način vam je zdravnik sporočil novico?
- Kako natančno vam je bil predstavljen potek zdravljenja?
- Ali vam je bila nudena psihična podpora s strani medicinskih sester?
- Kako je vaš partner oz. vaša družina sprejela vašo bolezen, ali vas je psihično podpiral/a?
- Ali ste informacije iskala tudi preko drugih virov (internet, forumi, knjige)?

Drugi sklop vprašanj:

- Kako je potekala vaša rehabilitacija po odpustitvi iz bolnišnice?
- Kako natančno ste bila seznanjena o poteku rehabilitacije po odpustu iz bolnišnice glede prehrane, telesne aktivnosti, osebne higiene, idr.?
- Ali vam je bila nudena psihična podpora s strani medicinskih sester?
- Kakšno je vaše fizično počutje po posegu (Ste imela kaj bolečin in kako ste jih blažila? Ste po posegu imela kdaj povišano telesno temperaturo ali opazila neobičajno količino in barvo izcedka iz nožnice?)?
- Kako je vaš partner oz. svojci doživljal/i vaš odpust iz bolnišnice? So vam nudili pomoč pri vsakodnevnih opravilih?
- Ali vam je bila nudena psihična podpora in motivacija s strani partnerja in svojcev?
- Kako je operativni poseg vplival na vašo samopodobo?

3.3.3 Opis vzorca

Izbrali smo nenaključni namenski vzorec. To pomeni, da smo pacientki namensko izbrali glede na diagnozi, ki sta bili skladni z naslovom naše diplomske naloge. Pacientki smo si skupaj z vodilno medicinsko sestro ginekološkega oddelka izbrali s pomočjo operativnega plana za tekoči teden. Prvi del raziskave je potekal na ginekološkem oddelku Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, kjer smo prvo pacientko intervjuvali 13. 1. 2011, drugo pa 3. 2. 2011. Drugi del raziskave pa je potekal štiri do pet tednov po odpustu iz bolnišnice v njenem domačem okolju, in sicer 11. 2. 2011 in 7. 3. 2011. V raziskavo smo vključili dve pacientki z različnima diagnozama, ki sta bili sprejeti na ginekološki oddelek omenjene bolnišnice. Kot prvo pacientko smo si izbrali 56-letno žensko, ki so ji opravili totalno vaginalno histerektomijo zaradi prolapsa oziroma zdrsa uterusa. Naša druga izbrana pacientka pa je bila 44-letna ženska, kateri so opravili laparotomijsko myomectomijo.

3.3.4 Potek raziskave in opis obdelave podatkov

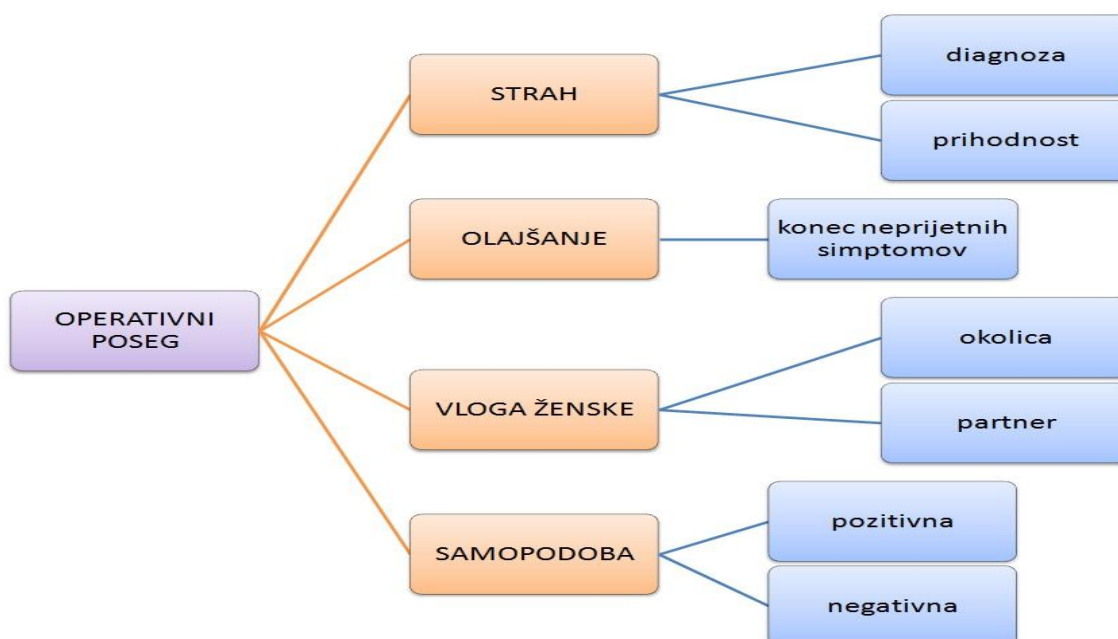
Vsebino intervjuja smo skupaj s potrebnim obrazcem za soglasje Zavoda o izvedbi raziskave posredovali vodstvu Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj in jih zaprosili za sodelovanje. Za izvedbo študije primera so nam bila v pomoč predhodno sestavljena vprašanja, ki so si sledila po kronološkem zaporedju. Študijo smo izvedli v obliki intervjuja, kjer smo pacientkama zastavili vprašanja, na katere sta nam odgovarjali. Njune odgovore smo si na kratko, po iztočnicah zapisali na list papirja. Doma smo naše zapiske natančno pregledali in jih obogatili s podrobnejšimi opažanji glede mimike obraza, drža telesa, reakcij pacientk na naša vprašanja, itd. Intervjuja smo nato v kronološkem zaporedju napisali v esejski obliki, ker smo na tak način tudi lažje predstavili pacientkina občutja in doživljanja tekom celotnega poteka zdravljenja.

Za analiziranje kvalitativnega gradiva smo uporabili vsebinsko analizo. Pred začetkom vsebinske analize besedila smo oblikovali seznam kategorij, ki smo jih iskali v analiziranem besedilu (Vogrinc, 2008). V nadaljevanju smo analizirali postopek kvalitativne analize zbranega gradiva, katere bistvo je iskanje tem (kod, pojmov) v analiziranem gradivu (slika 3) (Bryman, 2004). Kode oziroma pojme smo oblikovali z uporabo odprtega kodiranja, kar pomeni, da smo zapisali vse kode na katere smo

pomislili ob besedilu. Rezultat odprtega kodiranja je bil seznam kod, ki smo jih pozneje razvrstili v kategorije (Vogrinc, 2008).

3.4 REZULTATI

Na podlagi analize besedila smo oblikovali eno glavno kategorijo (operativni poseg), iz katere smo v nadaljevanju izpeljali štiri podkategorije (strah, olajšanje, vloga ženske in samopodoba) in sedem značilnih kod zanje (diagnoza, prihodnost, konec neprijetnih simptomov, okolica, partner, pozitivna in negativna). Navedli smo tudi nekatere pomembne citate anketirank, na podlagi katerih smo določali kode.



Slika 3: Slikovni prikaz ključnih ugotovitev (kategorij in kod)

1. Primer: Pacientka z opravljeno vaginalno histerektomijo zaradi Prolapsa uterusa (predstavitev intervjuja v esejski obliki glede na zastavljena vprašanja)

Prvi del raziskave smo po predhodnem dogovoru z glavno medicinsko sestro Ginekološkega oddelka, izvedli 13. januarja 2011 na Ginekološkem oddelku, natančneje v sobi za intenzivno nego Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj. Tam nas je

sprejela medicinska sestra, ki nas je predstavila pacientki, 56-letni S. D., kateri so maternico odstranili zaradi prolapsa uterusa. Pacientko z omenjeno diagnozo smo izbrali zato, ker je prolaps uterusa eden izmed najpogostejših vzrokov za odstranitev maternice. Na začetku pogovora nam je pacientka zaupala, da je že v preteklosti imela kar nekaj ginekoloških težav. Najprej je pred 27 leti splavila plod v devetem tednu nosečnosti (za katero še ni vedela) zaradi aplikacije antibiotične terapije ob prebolevanju pljučnice v Bolnišnici Golnik. Leta 1993 je sledila odstranitev levega policističnega ovarija, pred desetimi leti pa še kiretaža maternice zaradi zadebeljene sluznice.

V sklopu prvega dela raziskave smo vključili vprašanja od samega začetka pojava zdravstvenih težav pa vse do odpusta pacientke iz bolnišnice. Zanimalo nas je, kaj je pacientko privedlo do tega, da se je odločila za obisk osebnega ginekologa, kakšna je bila njena reakcija, ko je izvedela za diagnozo, ter o načinu in natančnosti predvidenega poteka zdravljenja. Poudarek smo dali tudi psihični podpori pacientki s strani medicinskih sester, partnerja in svojcev.

Pacientka je težave, ki so se ji pojavljale od leta 2007, opisala kot zelo neprijetne. Pogosto je hodila na vodo, tudi v razmaku 15–20 minut, ker je ves čas imela občutek polnega mehurja, ko pa je šla na stranišče, je izločila le nekaj kapljic urina. Pri dvigovanju bremen je opazila minimalno krvavitev iz nožnice. Prav tako je, ne glede na fizično obremenitev, v spodnjem delu trebuha imela občutek gmote, ki ji je ves čas pritiskala skozi nožnico. Po slabih dveh letih omenjenih težav se je odločila za obisk pri ginekologinji. Po ginekološkem in ultrazvočnem pregledu se je izkazalo, da gre pri pacientki za prolaps uterusa. Ginekologinja je pacientki najprej svetovala vaje za krepitev mišic medeničnega dna. Po enem letu rednega izvajanja omenjenih vaj se stanje ni izboljšalo. Pacientka je šla ponovno na ginekološki pregled, kjer se je zdravnica odločila za operativni poseg, s katerim bodo odstranili maternico. Podkategorija *strah* združuje kodi *diagnoza* in *prihodnost*, ki se kažeta v pripovedovanju pacientke o sprejemanju informacij glede njenega zdravstvenega stanja. Pacientko je mnenje zdravnice prestrašilo še posebej zato, ker je imela občutek, da zdravnice ni dobro razumela glede informacij o posegu. V glavi so se ji ob tem porajala razna vprašanja: »Skrbelo me je, kako bom prestala operacijo, ali bom zdržala ves ta napor, kako bom prenesla anestezijo, kaj če je tkivo rakavo?« Doma je nekaj informacij o sami diagnozi

in posegu poiskala tudi v drugih virih (internet, forumi, knjige in revije). Pri vseh teh strahovih pa ji je stal ob strani tudi mož, kar je pacientki zelo veliko pomenilo. Podkategorija *vloga ženske* vsebuje kodi *partner in okolica*, kar pomeni, da je veliko motivacije prejela s strani moža in njene najboljše prijateljice, kar je razvidno tudi iz njenega pripovedovanja: *»Mož mi je nudil veliko energije, me motiviral in odvrčal od negativnih misli o samem posegu. Veliko psihično oporo mi je nudila tudi najboljša prijateljica. Rekla mi je, naj se ne sekiram s tem, kako me bo mož sprejel brez rodil, ampak naj v prvi vrsti gledam na svoje zdravje in počutje. Dodala je še, da ne vidi razloga za strah pred moževo reakcijo na poseg; veliko težkih situacij sta že skupaj prebrodila in ni vrag, da nebi še te.«*

Pacientka se je čez nekaj dni po obisku pri osebni ginekologinji odpravila z napotnico v Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj, kjer je dobila datum za operativni poseg. Teden dni pred posegom je morala pacientka priti na posvet z anesteziatom in ginekologom operaterjem, kjer je dobila vse natančne informacije o pripravi na poseg, o samem poteku posega ter o možnih zapletih med in po posegu. Poleg vseh informacij je morala izpolniti tudi obrazec o privolitvi na poseg, o seznanjenosti z možnimi zapleti med in po operaciji ter obrazec za privolitev transfuzije v primeru hude krvavitve med samim posegom. Na dan posega, 12. januarja, je bila pacientka hospitalizirana v bolnišnico. Na oddelku se je morala javiti ob 7. uri, kjer so jo medicinske sestre namestile v intenzivno sobo in jo pripravile na operativni poseg, ki je trajal slabo uro in pol. Pred posegom so ji medicinske sestre vstavile tudi stalni urinski kateter. Po posegu so gospo ponovno pripeljali v intenzivno sobo, v kateri je bila prva dva dneva po operaciji. Nekaj ur po posegu je pacientka tožila za slabost in tudi bruhalo. Omenila je vrtoglavico in bolečine v spodnjem delu trebuha, nakar so težave po aplikaciji predpisane terapije izginile. Pacientka je proti slabosti in vrtoglavici prejela venozno terapijo po potrebi, prva dva dneva v intenzivni sobi pa je kontinuirano dobivala analgetično terapijo, prav tako venozno. V podkategorijo *strah* lahko vključimo tudi pacientkino trditev glede odnosa in mnenja do venozne terapije: *»Ob vseh cevkah, ki so bile nameščene okoli mene sem se počutila nelagodno. Skrbelo me je, da nebi po pomoti izpulila vensko kanilo.«*

Tu smo vključili tudi podkategorijo *olajšanje*, ki vsebuje kodo *konec neprijetnih simptomov*, ker pacientka poleg strahu pred cevkami navaja tudi pozitivne strani le teh:

»Po drugi strani pa sem tem cevkam hvaležna, kajti ne predstavljam si, da bi morala trpeti vse bolečine in ostale stranske učinke, ki jih prinaša poseg.« Že isti dan po posegu je pacientka zvečer vstala iz postelje s pomočjo fizioterapevtke ter se umila pri lijaku. Drugi dan po posegu pa je s fizioterapevtko hodila po hodniku. Med hojo je omenjala rahlo vrtoglavico, ostalih težav ni navajala. Dva dni po posegu je bila pacientka premeščena na oddelek, kjer je ležala še 5 dni, nato pa je bila 19. januarja odpuščena iz bolnišnice.

2. del intervjuja se nanaša na pacientkino ponovno vključevanje v vsakdanje življenje po odpustu iz bolnišnice. Intervju smo izvedli štiri tedne po odpustu pri pacientki doma. Naš prvi vtis o izgledu pacientke je bil pozitiven, gospa je bila fizično videti stabilna, dobrovoljna in polna pozitivnih misli. Intervju je vseboval predvsem vprašanja glede zdravstvenega stanja in fizičnega počutja po odpustu, o seznanjenosti z načinom življenja po posegu ter o fizični in psihični podpori s strani partnerja in svojcev.

Tri tedne po odpustu iz bolnišnice je pacientka doma večinoma počivala. Vstala je le ob potrebi za stranišče in obroke. Ta čas je doma hišna opravila prevzel mož (skuhal je kosilo, počistil in posesal je po stanovanju, itd.), ob vikendih pa sta na pomoč in obisk prišla še sinova z ženama in otroki. Prve dni po odpustu je pacientka navajala hude, zbadajoče bolečine v spodnjem delu trebuha, ki si jih je prve dni blažila s štirimi tabletami Lekadola dnevno. Nato je še slaba dva tedna jemala eno do dve tableti dnevno ob bolečini, po enem mesecu pa pravi, da so bolečine tako minimalne, da se da potrpeti tudi brez protibolečinskih tablet. Poleg bolečin je pacientka omenila tudi izcedek iz nožnice. Pravi, da je bil izcedek prvih nekaj dni po odpustu še sveže krvav, štiri tedne po posegu pa je prisoten le minimalen rjavkast izcedek. Vročine in drugih simptomov ne navaja. Gospa prav tako ne navaja težav s prebavo, odvaja tudi do dvakrat dnevno. Pri izločanju vode ne opaža bolečin ali pekočega občutka med uriniranjem, voda ji ne uhaja. Ob odpustu iz bolnišnice je pacientka prejela tudi nekaj zdravstveno-vzgojnih napotkov s strani medicinskih sester in zdravnikov, ki ji bodo doma koristili. Medicinske sestre so gospo poučile predvsem o osebni higieni in na kaj mora biti pri tem pozorna. Razložile so ji, naj v intimnem predelu še kaka dva do tri tedne ne uporablja mila, ampak naj se tušira le z vodo. Kapanje v kopalni kadi so ji odsvetovale še dober mesec dni, dokler se notranja – vaginalna rana dobro ne zaceli. Zdravnik je

poudaril pomen počitka vsaj tri tedne po posegu, kajti vsako fizično naprežanje po posegu je lahko škodljivo. Opozoril jo je tudi, naj se v primeru nenadne vročine in hujše krvavitve iz nožnice ali ob katerih koli drugih neobičajnih znakih takoj posvetuje z osebno ginekologinjo. Svetoval ji je tudi glede postopnega fizičnega obremenjevanja. Prične naj s kratkimi sprehodi po ravnem, nato pa naj postopoma, glede na počutje in fizično zmogljivost, nadaljuje s hojo po stopnicah. Pacientka je bila z danimi informacijami dokaj zadovoljna. Pohvalila je tudi prijaznost in ustrežljivost medicinskih sester. Pravi, da so jo vedno znale spraviti v dobro voljo, jo pohvalile za dosežene napredke pri okrevanju po posegu in jo motivirale v trenutkih strahu in dvomov glede njenega zdravja.

Ker naša diplomska naloga temelji predvsem na samem psihičnem doživljanju pacientkine bolezni, nas je zanimalo tudi področje spolnosti in samopodobe po posegu. Ker sta omenjeni temi dokaj delikatni, predvsem pa intimni, nas je skrbel pacientkin odziv na ti dve vprašanji. Bolj kot ne smo pričakovali negativen odziv v smislu: »Ali moram res odgovoriti na to vprašanje?« Vendar je bil odziv na koncu presenetljivo pozitiven. Podkategorija *vloga ženske* vsebuje dve kodi: *okolica in partner*. Kodo *partner* lahko podpremo z pacientkino izjavo: »Še posebej cenim moževo razumevanje moje bolezni, ker me je srbelo, kako me bo sprejel s telesno hibo. Spraševala sem se tudi, če me bo še imel tako rad, kot me je imel pred posegom.« Vendar jo je mož pomiril in ji dejal, da zanj odstranitev maternice ne predstavlja ovire v njuni ljubezni in da jo kljub posegu ceni takšno kot je. Pacientka v smehu doda: »V najinih letih spolnost kot taka nima več takšnega pomena, kot ga je imela včasih. Spolnost je za naju tudi nudenje pozornosti, pomoči, objema v težkih trenutkih in občutek, da se lahko na nekoga, ki ti v življenju veliko pomeni, vsak trenutek zanesesh.«

Podkategorija *samopodoba* vsebuje kodi *pozitivna in negativna*. Pri prvi pacientki je samopodoba pozitivna, kar lahko potrdimo z njeno izjavo: »Poseg ni negativno vplival na mojo samopodobo. Na maternico sem v zadnjih letih gledala kot na ostale organe v telesu, saj od nastopa klimakterija maternica ni imela več reproduktivne vloge. Vesela sem, da mi je bilo zdravje naklonjeno, da sem lahko rodila dva sinova. Je pa res, da bi kljub mojim letom na odstranitev maternice še vseeno gledala drugače, če bi bila brez otrok.«

Za pacientko je bila najbolj pomembna informacija ta, da tkivo ni rakavo in da je kljub posegu še vedno zdrava. Njeno novonastalo »telesno hibo« pa sprejema kot usodo, ki ji je bila očitno namenjena.

2. Primer: Pacientka z opravljeno laparotomijsko miomektomijo (predstavitev intervjuja v esejski obliki glede na zastavljena vprašanja)

Sam potek raziskave je potekal na podoben način kot pri prvi pacientki. Prvi del raziskave smo prav tako izvedli na Ginekološkem oddelku Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, po predhodnem dogovoru z vodilno medicinsko sestro Ginekološkega oddelka. V intenzivni sobi nas je sprejela medicinska sestra in nas predstavila 44-letni pacientki M. L., kateri so opravili laparotomijsko odstranitev (izluščenje) dveh miomov - miomektomijo, kar pomeni, da so mioma odstranili skozi rez v sprednji trebušni steni. Omenjeno pacientko smo izbrali z namenom, da bomo lahko primerjali psihično in fizično doživljanje bolezni obeh sodelujočih pacientk v raziskavi. Ugotavljali bomo, kakšno je doživljanje pri pacientki, ki ji je bila pri posegu maternica ohranjena, in kakšno je doživljanje pri pacientki z odstranjeno maternico. Med pogovorom je pacientka omenila, da so ji septembra 2010 v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj opravili kiretažo maternice zaradi dolgotrajnih in bolečih menstruacij. Vprašanja glede samega poteka in zdravljenja bolezni so bila v prvem in drugem delu raziskave enaka kot pri prvi pacientki.

Pacientka pravi, da so se njene ginekološke zdravstvene težave pričele že pri njenih 20. letih z močnimi, bolečimi in dolgotrajnimi menstruacijami. Bolečine ob mesečnem perilu so bile prve tri dni tako močne, da si jih je blažila z analgetiki (Lekadolom). Krvavitve so trajale tudi do štirinajst dni. Tekom mesečnega perila je imela tudi hude bolečine v križu. Ginekologinja ji je nato predpisala hormonske kontracepcijske tabletko, ker naj bi te omilile menstrualne krče in intenzivnost krvavitve. Po hormonskih tabletkah so se težave tudi omilile vse do leta 2008, ko so se poleg močnih, bolečih in dolgotrajnih mesečnih krvavitvah pojavili še hudi glavoboli in vrtoglavica. Obupano je dejala: *»Mesečne krvavitve so me prve dni tako izmučile, da sem se v službi težko skoncentrirala na delo.«* Pacientki je bilo te dni toliko težje v službi tudi zato, ker je po poklicu vzgojiteljica in mora biti pri delu pogosto tudi fizično aktivna z otroki. Pri

ultrazvočnem pregledu je ginekologinja opazila večjo cisto, ki je bila po vsej verjetnosti tudi vzrok za pacientkine močne in boleče menstrualne krvavitve. Nadaljnje leto in pol je pacientka na vsakih šest mesecev hodila na redne ultrazvočne preglede, kjer je ginekologinja spremljala rast ciste. Ker se pacientkine menstrualne težave niso izboljšale, jo je ginekologinja septembra 2010 napotila v Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj na kiretažo maternice, kjer so ji odstranili zadebeljeno maternično sluznico. Omenjen poseg je bil izveden kot dnevni hospital, tako da je bila pacientka še isti dan okoli šeste ure popoldne odpuščena iz bolnišnice. Prva mesečna krvavitev po kiretaži je minila brez hudih bolečin, trajala pa je 8 dni, kar je bistveno manj kot ponavadi. Na prvem ginekološkem in ultrazvočnem pregledu po kiretaži se je ginekologinja odločila za operativno odstranitev ciste, kljub temu da cista ni spreminjala velikosti. Za poseg se je odločila tudi zato, ker je večja verjetnost, da se bodo menstrualne težave ponovno pojavile, če ne odstranijo glavnega vzroka (ciste). Pacientka je novico sprejela dokaj pozitivno. Tudi pri pacientki 2 lahko vključimo podkategorijo *olajšanje*, ki vsebuje kodo *konec neprijetnih simptomov*. K omenjeni kodi lahko vključimo pacientkino trditev: *»Z odločitvijo ginekologinje sem se strinjala, kajti ta trenutek mi je bilo vseeno, kaj bodo naredili, samo da ne bom imela več bolečin in ostalih neprijetnih menstrualnih simptomov. Strahov glede samega posega nisem imela, ker me je ginekologinja dobro seznanila s posegom.«* Pomirila jo je tudi z informacijo, da je cista benignega izvora in da bo poseg izveden predvsem zaradi omilitev simptomov mesečnih krvavitev. Kljub dobri informiranosti s strani ginekologinje, je pacientka informacije o sami cisti in o posegu iskala tudi na internetu in na raznih forumih, saj jo je zanimalo tudi mnenje drugih žensk, ki so že doživele enake težave, kot jih ima sama. Novico so pozitivno sprejeli tudi pacientkin mož, njeni starši in njena sodelavka, ter jo pri njeni odločitvi motivirali. V podkategoriji *vloga ženske* sta vključeni kodi *okolica in partner*. Kodo *okolica* predstavlja pacientkina sodelavka in hkrati dobra prijateljica, ki jo je pri pacientkini odločitvi za poseg podpirala. Prijateljičino podporo je opisala z naslednjimi besedami: *»Pojdi na operativni poseg, saj se boš s tem končno rešila tvoje dolgoletne zdravstvene težave. Vidim te, kako si vsak mesec izmučena od bolečin in ostalih neprijetnih simptomov ob mesečnem perilu.«* Pacientka je sodelavki zaupala, da jo skrbi kako bodo na novico o posegu reagirali v službi. Zaradi sramu pred ginekološkim operativnim posegom je pacientka predlagala

sodelavki: »Veš kaj, v službi bom šefu rekla da grem za slab mesec dni v Ameriko na dopust. Sram me je, da bi po resnici povedala da grem na ginekološki poseg.« Pacientkina izjava nas je presenetila, zato smo jo natančneje vprašali kaj je razlog za takšno razmišljanje. Odgovorila nam je: »Nočem, da v službi vedo, da bom šla na ginekološko operacijo. Skrbi me, da me bodo v službi zato zavračali in me obravnavali kot ubogo vzgojiteljico. Nočem se nobenemu smiliti, sploh pa ne sodelavcem.« Njena reakcija je bila predvsem nepričakovana in pretirana zato, ker je ta vrsta posega v današnjem času dokaj pogosta. Kodo partner predstavlja pacientkin mož. Zanimiv nam bil pacientkin komentar: »Še posebej veliko mi pomeni mnenje staršev in sestre, s katerimi imam zelo dober odnos.« Pacientkina izjava, da bolj ceni mnenje svojih staršev in sestre, mnenje moža pa nekoliko zapostavlja, se nam je zdela nenavadna, zato smo jo natančneje vprašali, kaj je vzrok za takšno vrednotenje. Razočarana nam je odgovorila: »Moj mož je zelo veliko službeno odsoten in sem zato pogosto sama doma. Včasih pridejo obdobja, ko svoje starše bolj pogosto vidim kot pa moža.« Kljub temu da ga je pacientka že nekajkrat prosila, naj nekoliko več časa posveti njej, je bila njena želja neuslišana.

Pacientka se je z napotnico, ki jo je dobila pri osebni ginekologinji, odpravila v Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj, kjer je že čez slab mesec dni dobila datum za predoperativni razgovor z anesteziatom in ginekologom operaterjem ter datum za operativni poseg. Na predoperativnem razgovoru je bila natančno seznanjena s pripravo na poseg, s samim potekom posega ter o možnih med- in pooperativnih zapletih. Poleg vseh informacij je morala izpolniti še obrazec o privolitvi za poseg, obrazec o seznanjenosti s posegom, o možnih zapletih med in po operaciji ter obrazec za privolitev prejema transfuzije v primeru hujše krvavitve med posegom. Nato je 2. februarja ponovno prišla v bolnišnico, kjer je bila hospitalizirana za operativni poseg. Na Ginekološkem oddelku so jo medicinske sestre prijazno sprejele in jo namestile v intenzivno sobo. Ker je bila ginekologinja operaterka na dan predoperativnega razgovora službeno odsotna in je njeno odsotnost nadomeščal drug ginekolog, je zdravnica hotela pacientko pred posegom še enkrat ultrazvočno pregledati. Med pregledom pa se je izkazalo, da pri pacientki ne gre za cisto, ampak dva mioma, ki ležita tik pod površino maternice. Tako za ginekologinjo, kot tudi za pacientko, je bilo to dejstvo neprijetno, saj nista pričakovali takšnega izida pregleda. Podkategorija *strah*

vključuje kodo *diagnoza*, saj je pacientki ta novica vzbudila občutek negotovosti in strahu, iz njenega glasu pa je bilo razvidno razočaranje. Po eni strani je bila začudena, kako je možno, da njena osebna ginekologinja na ultrazvočnem pregledu ni prepoznala miomov, po drugi strani pa gleda na to napako kot normalno človeško zmoto, ki se lahko zgodi vsakemu posamezniku. »Ob tej novici so se mi v glavi pričela porajati razna vprašanja, kot so: Kaj sploh je miom, ali to pomeni, da je tkivo rakavo, kaj bo z operacijo, ali bom sploh operirana itd.« Ginekologinja operaterka je pacientko pomirila, naj je ne skrbi, da bi bilo tkivo rakavo, kajti miomi so benigne tvorbe, ki vzniknejo iz mišičnega tkiva maternice. Ginekologinja prav tako ni videla vzroka, da gospe ne bi operirala. Edina stvar, ki je bila pri posegu drugačna, je operativni pristop. Namesto laparoskopske operacije je bila potrebna laparotomija, saj je s tem pristopom lažje odstraniti mioma, ki izraščata na različnih straneh maternice. Po ultrazvočnem pregledu je sledila še depilacija operativnega polja in čiščenje črevesja s klistirjem, kar je bila za pacientko zelo neprijetna izkušnja. To je bilo razvidno iz pacientkine obrazne mimike. Zanj je bil najbolj neprijeten občutek pri depilaciji intimnega področja. Pravi, da bi raje sama opravila depilacijo, vendar iz vpljudnosti do medicinske sestre ni upala izraziti svoje želje. Po končani predoperativni pripravi so medicinske sestre pacientko odpeljale v operacijsko sobo, kjer so ji pred aplikacijo anestezije uvedli še stalni urinski kateter za natančnejše spremljanje diureze. Po slabih dveh urah trajajočega posega je bila pacientka nameščena v intenzivno sobo. Ko se je dodobra prebudila iz anestezije, je tožila za hudimi glavoboli in slabostjo, kasneje pa je tudi bruhalo. Omenjeni simptomi naj bi bili po navodilih ginekologinje posledica anestezije, lahko pa tudi analgetične terapije (predvsem Tramala), ki jo je kontinuirano dobila intravenozno. Ker je pacientka bruhalo še drugi dan po posegu, se je ginekologinja odločila za ukinitvev kontinuirane intravenozne aplikacije Tramala in predpisala Naklofen kapsule, po katerih se je bruhanje tudi umirilo. Proti slabosti pa je po potrebi dobivala tudi tablete Reglan. Bolečin v predelu spodnjega dela trebuha in vrtoglavice ni navajala. Drugi dan po posegu je s pomočjo fizioterapevtke hodila po hodniku. Bolečin in vrtoglavice med hojo ni navajala. Prva dva dneva po posegu je bila fizično bolj oslabela zaradi bruhanja in posledično inapetence, saj je v dveh dneh pojedla le dva grizljaja kruha. Tudi tekočine je bolj malo zaužila, le toliko, da je lahko pojedla tablete, ker se zaradi številnih cev, na katere je bila priključena, ni upala stegniti za kozarcem čaja. Dejala je: »Skrbelo me

je, da si bom izvlekla kakšno cevko, če se bom veliko premikala.« Po posegu je šla na vodo brez težav, odvajala pa je šele drugi dan po posegu. Tretji dan po posegu je bila pacientka premeščena iz intenzivne sobe na oddelek, kjer je ležala še 5 dni, nato pa je bila 8. februarja odpuščena iz bolnišnice.

2. del intervjuja smo izvedli pet tednov po odpustu pri pacientki doma. Vprašanja so enaka kot pri prvi pacientki in se nanašajo na ponovno vključevanje v vsakodnevni življenjski ritem po odpustu iz bolnišnice.

Ob ponovnem srečanju je bila pacientka dobrovoljna in polna energije. Tudi povedala je, da se fizično dobro počuti, da se je v času bolniškega staleža fizično in psihično dobro spočila, saj je v službi pogostokrat izpostavljena tudi stresnim situacijam. Ob odpustu iz bolnišnice je bila pacientka zelo zadovoljna nad prijaznostjo medicinskih sester in zdravnikov: *»Medicinske sestre so bile zelo ustrežljive, znale so me motivirati, dale pa so mi tudi občutek zaupanja, kar mi zelo veliko pomeni. Tudi z informiranostjo s strani medicinskih sester sem bila zadovoljna, saj sem prejela nekaj koristnih informacij o osebni higieni, prehrani in fizični obremenitvi.«* Svetovale so ji, naj se teden dni še izogiba hrane, ki napenja in povzroča črevesne vetrove (stročnice, hruške ...), naj vsaj dva tedna po odpustu počiva ter kasneje postopoma prične s fizičnimi obremenitvami glede na splošno počutje. Pri osebni higieni so ji zaradi rane odsvetovale kopanje v kadi ali bazenih, dokler se le-ta dobro ne zaceli, saj bi lahko prišlo do kakšnega vnetja rane in posledično slabšega celjenja. Ginekologinja je pacientki poleg že omenjenih informacij s strani medicinskih sester, dala še nekaj več informacij o ukrepih ob morebitnih znakih vnetja in ob pojavu nenadnih hujših bolečin v spodnjem delu trebuha. Razložila ji je tudi, da je rana šivana z absorpcijskimi oz. samorazgradljivimi šivi, kar pomeni, da odpadejo v 10–14 dneh po posegu. Doma je pacientka deset dni strogo mirovala, kot ji je ob odpustu svetovala ginekologinja. Po desetih dneh pa je postopoma pričela sama opravljati vsakdanja opravila. Po odpustu iz bolnišnice so bile bolečine minimalne, tako da ni potrebovala analgetične terapije. Bolečine so bile nekoliko ostrejše pri hoji po stopnicah, zato se je tudi stopnic še nekaj časa izogibala. Slabosti, vrtoglavice in povišane telesne temperature ni navajala. Tudi operativna rana v spodnjem delu trebuha se je lepo celila, brez znakov vnetja. Pacientko je motila le rahla oteklina okoli šivov. Po mnenju osebne zdravnice je bil to normalen proces celjenja rane. Pacientko je

pomirila z dejstvom, da bo oteklina čez nekaj tednov izginila. Priporočala je nego brazgotine z mazilom Bepanthen.

Ker pacientki veliko pomeni pozornost, je le-to, še posebej v teh dneh, v obilju prejela od svojih staršev in sestre, ki so v tem času lepo skrbeli zanjo. Njena sestra je vsak dan na sprehod peljala pacientkino psičko in počistila po hiši, njena mama pa je že za nekaj dni vnaprej skuhala razne jedi, ki jih je pacientka za kosilo le še pogrela. Ker je pacientka poročena in ker iz njenega pripovedovanja nismo veliko razbrali o moževi vlogi pri njenem okrevanju, smo jo o tem natančneje povprašali. Žalostno je pogledala v tla in dejala: *»Moža po mojem odpustu iz bolnišnice ni bilo veliko doma, ker je bil večinoma od jutra do poznega popoldneva v službi.«* Kljub temu da je že pred odhodom v bolnišnico izrazila željo, da si v službi vzame kak dan prost, ko se bo vrnila iz bolnišnice, mož te želje ni upošteval in se izgovarjal na ogromno dela v službi. Da se iz njenega pripovedovanja ne bi izkazalo moževo popolno nezanimanje za pacientkino okrevanje, je dodala, da je mož, kadar je bil doma, vseeno gledal na to, da se ni preveč naprezala in ji pri kakšnem hišnem opravilu kdaj tudi pomagal. Iz pogovora smo razbrali, da ima mož v zakonu precej močno besedo. To je bilo razvidno predvsem iz našega vprašanja, ki se je nanašalo na otroke. Ker je pacientka tekom intervjuja že večkrat omenila, da z možem nimata otrok, smo jo o tem tudi pazljivo vprašali. Pacientka nam je razložila, da se je njuna želja po otrocih pričela pred dobrimi petnajstimi leti, tik po njuni poroki. Ker sprva pacientka ni mogla zanositi, je za nasvet prosila osebno ginekologinjo. Zdravnica se je nato odločila, da pacientko napoti na histerosalpingografijo in diagnostično laparoskopijo, kjer niso našli nobenih patoloških sprememb, ki bi lahko ovirale zanositev. Ko pa je ginekologinja omenila, da bi možnost neplodnosti iskali še pri njenem možu, je on temu nasprotoval. Pacientka je na začetku še drezala v moža in ga prosila za privolitev v testiranje, vendar je bila pri tem neuspešna. Sprva si ni znala razložiti njegove odklonitve, kasneje pa se je vdala v usodo, da bosta ostala brez otrok. Pacientki je bilo vidno neprijetno govoriti o tem. Tu lahko vključimo podkategorijo *vloga ženske*, ki vsebuje kodo *partner*. Omenjeno kodo smo podprli s pacientkino izjavo: *»Še danes ne vem, kaj je bil takrat razlog za njegovo odklonitev testiranja. K sreči imam tak poklic, da veliko delam z otroci in tako v službi nadoknadim ljubezen do njih. Ne predstavljam si, da bi se po službi morala ukvarjati še s svojimi otroki, kajti v vrtcu šele vidim, koliko pozornosti potrebuje otrok.«* Iz njenih

besed sklepamo, da ima mož v zakonu bolj nadrejeno vlogo in da večinoma sam odloča, kaj je prav in kaj ne. Pri načrtovanju družine smo mnenja, da je to odločitev obeh partnerjev in ne samo enega.

Po enomesečnem bolniškem staležu je morala pacientka 9. marca ponovno v službo. Že takoj prvi dan jo je v službi čakalo ogromno dela in polno sestankov, tako da je prve dni iz službe hodila zelo utrujena, saj je bilo to po mesecu dni počitka zanjo kar velik napor. Tožila je za bolečinami v spodnjem delu trebuha, ki jih je opisovala kot pekoče in skeleče. Pravi, da se ne da primerjati njenega trenutnega fizičnega stanja in stanja v času bolniškega staleža. Te težave je povedala tudi njeni osebni ginekologinji, pri kateri je imela 16. marca prvi ginekološki pregled po posegu. Ginekologinja je menila, da je to povsem normalno in da rahle bolečine znajo trajati tudi do enega leta po posegu. Svetovala ji je, naj se v službi čim manj napreza in naj se izogiba dvigovanju otrok. Proti bolečinam ji je predpisala tablete Ibuprofen, katere naj bi vzela po potrebi. Ginekologinja jo je tako ginekološko kot ultrazvočno pregledala in ugotovila, da celjenje poteka brez težav. Tudi ultrazvočno je bilo videti, da sta bila mioma uspešno in v celoti odstranjena. Iz izvidov, ki jih je pacientka prejela ob odpustu iz bolnišnice, je razbrala, da je bil eden od miomov že pred posegom odmrta. Kar se tiče otekle rane, pa je pacientko pomirila z informacijo, da je to normalen proces celjenja rane in da bo oteklina lahko izginila šele čez kak mesec dni. Svetovala ji je nego rane oz. kasneje brazgotine z mazilom Bepanthen. S samim potekom in izidom posega je bila zadovoljna. Ker naša diplomska naloga temelji predvsem na psihičnem doživljanju pacientk ob posegu, smo tudi drugo pacientko povprašali o spolnosti in samopodobi po posegu. Na tem mestu bi ponovno lahko izpostavili podkategorijo *strah* in njeno kodo *prihodnost*. Kar se tiče spolnosti, pacientka navaja rahel strah pred prvim spolnim odnosom po posegu, predvsem zaradi možnosti bolečin. Pravi še: »Mož razume moj strah pred bolečinami, zato upošteva tudi moje želje in me ne sili v nekaj, česar si ne želim.«

V podkategoriji *samopodoba* imamo kodi *pozitivna in negativna*, za katero bi se pri pacientki 2 težje opredelili le do ene. Glede na pacientkino razlaganje je njena samopodoba na neki vmesni ravni med pozitivno in negativno. Na vprašanje glede njene samopodobe po posegu smo bili ob pacientkinem odgovoru na začetku po eni strani presenečeni, po drugi strani pa razumevajoči. Pacientka je namreč dejala: »Do

svoje maternice občutim neko sovraštvo in gnus, ker mi je toliko let povzročala preglavice, najprej s težavami z zanositvijo, nato pa še s hudimi bolečinami in dolgotrajnimi mesečnimi krvavitvami. Drugače sam poseg ni negativno vplival na mojo samopodobo, bilo bi mi tudi vseeno, če bi mi odstranili celotno maternico, kajti otrok nikoli ne bom imela.» Na koncu pacientka še poudari: »Vdala sem se v usodo, da bom ostala brez lastnih otrok, kljub temu pa sem vesela, da sem si izbrala poklic, kjer se lahko vsaj za nekaj ur na dan postavim v vlogo mame.«

3.5 RAZPRAVA

Iz dobljenih rezultatov smo na kratko podali odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja, ki smo si jih postavili pred izvedbo raziskave. V nadaljevanju razprave pa smo naše ugotovitve razčlenili v štiri glavne tematske točke.

- **Raziskovalno vprašanje 1: Ali so ženske dovolj seznanjene s potekom zdravljenja?**

Na podlagi dobljenih rezultatov v naši raziskavi lahko na zastavljeno vprašanje odgovorimo, da sta bili pacientki dobro seznanjeni s potekom zdravljenja v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj, nekoliko slabše oziroma pomanjkljivo pa sta bili o poteku zdravljenja seznanjeni pri njunih osebnih ginekologih/ginekologinjah.

- **Raziskovalno vprašanje 2: Katera vprašanja se pojavljajo ženskam ob misli na odstranitev maternice oziroma ob misli na operativni poseg in kaj jih skrbi?**

Pri obeh pacientkah so glavne skrbi naslednje: potek in izid operativnega posega, skrb glede histološkega izvida odstranjenega tkiva oziroma organa (možnost rakavega obolenja), strah pred anestezijo in skrb o reakciji partnerja in svojcev na operativni poseg.

- **Raziskovalno vprašanje 3: Koliko psihične podpore prejmejo ženske s strani partnerjev oziroma svojcev?**

V naši raziskavi smo prišli do ugotovitev, da se psihični podpori s strani partnerja oziroma svojcev med pacientkama zelo razlikujeta. Pacientka 1 je tako s strani partnerja kot s strani svojcev prejela veliko psihične podpore in motivacije. Pacientka 2 je s strani

svojcev prav tako prejela veliko psihične podpore in predvsem posvečanja pozornosti, ki jo je pri partnerju ves čas pogrešala. Prav tako je bila razočarana nad partnerjevo psihično podporo, saj jo je v trenutkih, ko bi potrebovala nekoga za pogovor in tolažbo pustil samo.

- **Raziskovalno vprašanje 4: Koliko psihične podpore prejmejo ženske s strani medicinskih sester?**

Obe pacientki, sodelujoči v naši raziskavi, sta bili zelo zadovoljni s psihično podporo, ki sta jo prejeli s strani medicinskih sester. Dale so jima občutek zaupanja in ju ves čas motivirale za napredovanje pri zdravljenju. Pri medicinskih sestrah sta tudi opazili, da znajo hitro oceniti zaskrbljenost in slabo razpoloženje pacientk in ustrezno ukrepati ob omenjenih opažanjih, kar je pri pacientkah še dodatno vplivalo na zaupanje v njihovo delo.

Soočanje z diagnozo

Mrakova (2001) ugotavlja, da pacientke različno doživljajo svojo bolezen. Enako ugotavlja tudi Prhatova (2001), ki je mnenja, da predvsem mlajše ženske posebno vznemirja izguba reproduktivnih sposobnosti, ki nikoli ne bodo imele otrok in čutijo, da njihova družina ni popolna. Ženska, ki je bila pripravljena na histerektomijo, a so ji odstranili le miome, je zaradi ohranitve maternice zelo vesela. Spet drugim ženskam pa je histerektomija dobrodošla, če je njihova družina popolna. V naši raziskavi je na začetku obema pacientkama skupen občutek strahu zaradi nepoznavanja diagnoze. Pacientko iz prvega intervjuja (v nadaljevanju pacientka 1) je bilo predvsem strah samega poteka in izida posega. Kljub seznanjenosti s strani osebne ginekologinje o veliki verjetnosti, da bo za ublažitev simptomov potreben operativni poseg – histerektomija – je pacientka upala, da bo lahko prolaps ublažila in preprečila stopnjevanje le-tega z vajami za krepitev medeničnega dna (v nadaljevanju Keglove vaje). Vendar se je čez leto dni izkazalo, da bo kljub rednemu izvajanju Keglovih vaj potreben operativni poseg. Ta novica je pacientko spravila v zadrego, ker ima velik strah predvsem pred anestezijo. Ta njena zadrega in strah sta bila opazna tudi v njenem glasu in mimiki obraza. Njen ton glasu se je v hipu utišal, med govorom pa so bili opazni daljši premori. Tudi njen pogled je usmerila v tla. Največjo skrb pa ji je

povzročala misel, ali bo tkivo rakavo ali ne. Tudi Prhatova (2001) ugotavlja, da je pri malignih obolenjih strah še izrazitejši. Prav tako je bilo tudi pacientko iz drugega intervjuja (v nadaljevanju pacientka 2) strah pred operativnim posegom. Vendar se nam je pri pacientki 2 zdelo hecno predvsem to, da se je tik pred aplikacijo anestezije v operativni sobi zamislila, kaj vse bo v tem času zamudila, ko bo spala na operacijski mizi. Dejala je: *»Preden sem zaspala, sem si zamislila, da se bo moje življenje za kaki 2 uri ustavilo, in potem ne bom vedela, kaj sem v teh dveh urah zamudila. Za 2 uri mojega življenja ne bom vedela, kaj se je dogajalo okoli mene. To je res hecno, saj še sama ne morem verjeti, da lahko sploh o čem razmišljam tik pred posegom.«* Njena misel in reakcija na operativni poseg se nam je zdela res nenavadna, saj se večini pacientov podi po glavi le upanje, da bo poseg dobro uspel, brez posledic za nadaljnje življenje. Kljub različnim pogledom na operativni poseg je obema pacientkama skupno to, da sta po temeljiti razlagi diagnoze in poteku zdravljenja obe občutili olajšanje, saj za njiju poseg pomeni odrešenje od neprijetnih simptomov, ki sta jih trpeli zadnja leta.

Zdravstvena vzgoja

Informiranje pacientke o postopkih priprave na operativni poseg in kasneje o rehabilitaciji je pomemben ukrep za zmanjševanje stresa. V čakanju na operativni poseg pacientka doživlja različne čustvene reakcije in tudi različna fizična počutja. Medicinska sestra mora prisluhniti problemom, ki jih imajo pacientke. Dejstvo, da jih posluša in ustrezno informira, velikokrat ublaži njihovo stisko, ki jih spremlja v času zdravljenja in rehabilitacije. Naloga medicinske sestre je tudi, da pacientko usposobi za polno, bogato življenje po histerektomiji tudi na področju spolnosti. Vendar Weber (2002) pravi, da zdravstvena nega v praksi bolj malo upošteva spolnost kot življenjsko aktivnost. S tem se strinja tudi Katzova (2003) v svoji raziskavi v eni izmed Kanadskih bolnišnic. V njej je na podlagi pregleda drugih raziskav ugotovila, da medicinske sestre ne sprašujejo pacientk o spolnih navadah in ne izvajajo poučevanja ali svetovanja na tem področju. Pri delu medicinske sestre ovirajo predsodki in stereotipi ter njihova profesija sama, ki je spolnost označila kot tabu temo. Med njimi še vedno prevladuje mnenje, da to ni njihova stvar, čeprav na drugi strani izjave pacientk kažejo, da bi medicinske sestre vendarle morale biti tudi vir tovrstnih informacij. Tudi sodelujoči pacientki v naši raziskavi menita, da bi medicinske sestre morale več pozornosti posvečati spolnosti. Še posebej je te informacije pogrešala pacientka 2, saj je zanjo

spolnost pomembna vrednota v partnerskem odnosu. »V glavi so se mi porajala razna vprašanja, kot so: Kdaj lahko pričnem s spolnimi odnosi po posegu, ali bom občutila bolečine, kaj če z odnosom kaj v notranjosti ranim itd.« Dodala je še, da jo skrbi, če bodo spolni odnosi po posegu drugačni kot pred posegom. Pacientki po ginekološki operaciji je potrebno povedati, da ima vagino še ohranjeno in da je strah pred nesposobnostjo spolnega življenja neupravičen. Tudi Prhatova (2001) meni, da se spolne izkušnje žensk razhajajo v različna pota. Nekatere verjamejo, da bo njihovo spolno življenje enako kot pred operacijo, ostale čutijo, da bo prišlo do razlike. Skoraj vseh pa je strah prvega spolnega akta. Nekatere čutijo bolečine, občutljivo in ranljivo notranjost, čeprav predpostavljajo, da se je rana zacelila. Druge čutijo, da je njihova nožnica postala stara, nekoristna, čutijo ovire v njej, ovire, ki ovirajo spolni akt. Glede informiranosti pacientk o spolnosti po posegu je pacientka 2 mnenja, da se medicinske sestre zavedajo, da je pogovor o spolnosti del njihove naloge, vendar do te teme morda čutijo nek odpor in strah, da s takim pogovorom ne bi preveč posegale v zasebnost pacientk. *»Medicinske sestre bi morale k vsaki pacientki po posegu na rodilih najprej pristopiti z vprašanjem, če se z njo želijo pogovoriti o spolnosti in na podlagi njihovega zanimanja nadaljevati s pogovorom.«* Stavek pa je nato dopolnila še s sledečo izjavo: *»Marsikatera ženska gotovo ne želi govoriti o takih intimnih temah z neznano osebo. Lahko bi se katera od pacientk počutila celo prisiljeno v neko temo, o kateri niti ne želi govoriti oziroma bi se o tej temi raje pogovorila z ginekologom/ginekologinjo.«* Pacientkina izjava se nam ni zdela niti napačna in se celo strinjamo z njeno trditvijo, seveda pa bi se na to temo v prihodnje lahko še marsikaj doreklo. Nekoliko drugače pa na spolnost gleda pacientka 1. Pravi, da v njenih letih spolnost kot taka ne igra več tako pomembne vloge. Na to temo je dodala slednje: *»Pri mojih 56-letih ima spolnost čisto drugačen pomen, kot pa ga je imela v mladosti. Danes zame spolnost pomeni zaupanje v partnerja, posvečanje pozornosti drug drugemu in sposobnost prepoznati, kdaj partner potrebuje objem in toplo besedo. Kljub temu pa menim, da medicinske sestre premalo pozornosti posvečajo spolni vzgoji po posegu.«*

Jeglič, Ramšak Pajk in Mihelič Zajec (2004) navajajo, da je čas bivanja oziroma zdravljenje pacientke v bolnišnici namenjen tudi temu, da pacientke informiramo in poučimo o škodljivostih, ki ogrožajo njeno zdravje, in ji dajemo napotke za njeno nadaljnje zdravljenje. Poučimo jo, česa se mora izogibati oziroma kako poteka

rekonvalescenca v domači oskrbi. Tudi Ivanuša in Železnik (2000) sta mnenja, da je med hospitalizacijo potrebno pripravljati pacientko in svojce na nego, ki jo bodo morali sami izvajati. Pacientka se mora postopoma navajati na lastno oskrbo in samostojnost pri vsakdanjih življenjskih potrebah. Tudi pacientki v naši raziskavi menita, da je podajanje informacij s strani medicinskih sester in zdravnikov glede rekonvalescence v domači oskrbi zelo pomembno. Obe pacientki sta istega mnenja, da je bilo podajanje informacij glede domače oskrbe dobro, kljub temu pa sta si želeli, da bi bile informacije še bolj izčrpne. Imeli sta občutek, da sta morali informacije vleči ven iz medicinskih sester, pri čemer so bili zdravniki nekoliko bolj zgovorni. Pacientka 1 je najbolj pogrešala informacije glede obvladovanja bolečin po odpustu iz bolnišnice. *»Želela sem si, da bi mi odpustni zdravnik svetoval, katere tablete lahko zaužijem ob hudih bolečinah, ter da bi mi za analgetike predpisal kak recept.«* Pacientka 2 pa je najbolj pogrešala informacije glede celjenja laparotomijske rane, ker je po odpustu iz bolnišnice opazila oteklino rane in ob tem ni vedela, kako ravnati. Zato je za mnenje prosila osebno zdravnico, ki jo je pomirila z informacijo, da je to normalen proces celjenja rane ter da bo oteklina čez čas izginila. Obe pacientki menita, da bi bilo koristno, če bi imela bolnišnica kake zloženke z navodili za domačo oskrbo, saj bi si tako lahko kadarkoli prebrali napotke, preden bi nagnali paniko.

Strah

Miheličeva (2004) pravi, da je že sam sprejem v bolnišnico neprijetno in tesnobno doživetje za pacientko. Tudi Prhatova (2001) je mnenja, da je s sprejemom v bolnišnico pacientka nenadoma odtrgana od domačega okolja, od svojih najbližjih, na katere je čustveno navezana in jih pogreša. Iztrgana je tudi iz normalnega toka življenja in dela, znajde se v novem okolju, sreča pa se tudi z novimi ljudmi. Boji se za svoje zdravje, pogreza se v stopnjevano odvisnost od socialnega okolja, kratko malo mora se prilagoditi na nove ustaljene socialne in družbene norme. Ta nova obremenitev od nje dodatno zahteva duševno in telesno prilagajanje. Stres povzroča že sama bolezen, nezmožnost za delo, strah pred bolečino in strah pred izidom zdravljenja. V naši raziskavi pacientka 2 niti ni imela takšnega strahu pred samim sprejemom in bivanjem v bolnišnici. Veliko večji strah je imela pred njenim fizičnim stanjem po posegu, ker se je zavedala, da bo vsaj deloma odvisna od tuje pomoči. Njene besede so bile: *»Nočem še jaz obremenjevati medicinskih sester in jim biti v napoto, ko pa imajo že tako veliko*

dela.« Nekoliko drugače gleda na sprejem v bolnišnico pacientka 1, ker je zelo navezana na svoje najbližje, še posebej na njenega moža. »Še nikoli v življenju nisem bila toliko časa ločena od svojega moža.« Ta izjava kaže na to, da je pacientka 1 zelo čustveno navezana predvsem na moža pa tudi na svoja dva sinova in vnuke.

Kot smo že v prvem sklopu raziskave omenili, imajo pacientke velik strah tudi pred operativnim posegom in izidom le tega. Ne samo strah pred operativnim posegom, tudi bolniška soba in njeno okolje je samo po sebi strah vzbujajoče. Postelja z drogom, infuzije in infuzijska stojala, ledvička, aparati, vse to pacientko spominja, da dlje časa ne bo mogla skrbeti zase. Pacientko je potrebno pripraviti na operacijski prostor, v katerega prihaja pod vplivom pomirjeval, vendar še vedno dovzetna za njej nenavadno okolje. Strah jih je pred velikim številom aparatov v operacijski sobi, velikim številom ljudi, drugačno delovno obleko in zaščitno masko, ki zakrije pacientki znano osebo. Potrebno je poizvedeti, kaj pacientki pomeni anestezija, infuzija, intravenozna injekcija, urinski kateter. Občutek, da bo mrtva, odprta trebušna votlina, šivanje rane, izgled šivov, vse to so potenciali za prestrašenost in občutljivost. Kar se tiče seznanjenosti s potekom dela in namenom določenih aktivnosti zdravstvene nege, sta bili pacientki zelo zadovoljni. Počutili sta se varno, s tem pa sta pridobili tudi zaupanje v delo, ki ga izvaja celotno zdravstveno osebje. Tako pacientka 1 kot pacientka 2 sta mnenja, da sta imeli mogoče malo strahu pred vsemi »cevkami«, ki so bile napeljane okoli njiju. Strah jih je bilo, da ob premikanju ne bi česa izpulili. Njun strah smo občutili tudi tekom prvega dela intervjuja v bolnišnici, saj sta zelo previdno ravnali z intravenozno kanilo in nanjo priključeno infuzijsko steklenico.

Pomembna je tudi operativna rana na trebuhu ali pa, pri vaginalni odstranitvi, odsotnost reza. Brazgotina je za nekatere pacientke lahko častna, nova preizkušnja, ali pa lahko izzove manjvrednostni občutek – fizično zaznamovanje. S tehničnega vidika je rez lahko lep, toda večina si ga ne želi. Nekatere gledajo na rez kot na sramoto, brazgotino obravnavajo kot nekakšno nedovršenost. Ker je bila pri pacientki 1 opravljena vaginalna histerektomija, rana oziroma šivi pri njej niso vidni. Pravi pa, da v primeru laparotomijske operacije, brazgotina ne bi veliko vplivala na njeno samopodobo. Zanj o ima glaven pomen zdravje, ne pa izgled brazgotine. Na to drugače gleda pacientka 2. Zanj o ima brazgotina pomen ranljivosti in nepopolnosti. Ob svojem pogledu na rano je občutila gnus in obenem strah, kako bo videti brazgotina poleti v kopalkah. Iz njene

mimike je bil ta gnus tudi očitno opazen, saj se je njeno čelo med govorom močno nagubalo, nekoliko je tudi pordela v obraz. Rdečica obraza je nakazala tudi na njen občutek sramu pred brazgotino. Iz tega lahko sklepamo, da operativni poseg lahko spremlja tudi strah pred spremembami zunanjšega videza, saj si vsaka ženska želi, da naj bo njen zunanji videz ohranjen za vsako ceno. Spet drugačne rezultate navaja raziskava, izvedena v eni izmed ameriških bolnišnic. Roets (2007) namreč v svoji raziskavi ugotavlja, da je samopodoba pri večini žensk, katerim je bil opravljen ginekološki operativni poseg nedvomno nizka. Pacientke so v omenjeni raziskavi svoja čustva opisovale kot sram, strah, agresivnost, frustracija in obupanost do opravljenega posega.

Podpora partnerja in svojcev

Cheng Chen in sod. (2006) ugotavljajo, da je za večino žensk partnerjeva podpora bistvenega pomena, ker jim daje moč in motivacijo pri nadaljnjem zdravljenju. Kljub temu pa obstaja vprašanje, kako bo njeno domače okolje reagiralo na predviden operativni poseg, ali bo njen partner in drugi člani družine sprejeli odgovornost v družini med njenim zdravljenjem v bolnišnici in doma. V naši raziskavi se je izkazalo, da je bila podpora s strani moža in njenih sinov pri pacientki 1 zelo dobra. Dejala je, da ni dvomila v domačo podporo, saj si že od nekdaj njihova družina med seboj pomaga in podpira v težkih trenutkih. Pri pacientki 2 pa smo prišli do ugotovitve, da je tako fizično kot psihično podporo prejela večinoma s strani svojih staršev in sestre, s strani moža pa je bila te podpore bolj malo deležna. Iz tega sklepamo, da je bila pri pacientki 2 že pred posegom nekoliko slabša podpora s strani njenega moža, kar nam je kasneje med pogovorom pacientka tudi sama zaupala. Tudi Prhatova (2001) pravi, da imajo negativne izkušnje v zvezi s partnerjem tiste pacientke, kjer je zveza nezadovoljiva že pred operacijo. Pacientka je z žalostnim in obupanim glasom dejala, da je razočarana nad možem, ker si je kljub njenim prošnjam redkokdaj vzel čas zanjo in prisluhnil njenim težavam. Da bi kaj več izvedeli o njenem zakonskem odnosu, smo jo vprašali, če jo je mož tekom njene hospitalizacije kdaj obiskal v bolnišnici. Ob odgovarjanju na naše vprašanje so njene oči zasijale, nasmejala se je in veselo dejala: *«Ja obiskati pa me je vsak dan prišel.»* Iz njenega veselja je bilo razvidno, kako veliko ji je tisti trenutek pomenila njegova pozornost. Tudi pacientka je sama dejala, da je človek, ki potrebuje veliko pozornosti. Prav te pa je dovolj dobila s strani staršev in njene sestre, ki so ji bili pri njenem okrevanju v veliko fizično in psihično pomoč. Na koncu je še dodala, da je

vesela, da so ji vsaj njeni starši in sestra stali ob strani in ji pomagali, kajti brez njihove podpore bi gotovo slabše okrevala, kot pa je v resnici.

4 ZAKLJUČEK

Skoraj vsaka ženska ima kdaj v življenju večje ali manjše ginekološke težave. Pri operativnem zdravljenju rodil pa je prisoten še strah, ali ni morda že prepozno in ali bo operacija uspešna. Obolenja rodil so še posebej občutljivo področje in imajo še večjo težo v reproduktivnem obdobju in spolnem življenju. Vse skupaj lahko vodi v velike psihosomatske probleme. Zaradi tega je pomembno, da medicinska sestra nudi pacientki zaupanje, se čim bolj približa njenemu telesnemu, duševnemu, čustvenemu in socialnemu stanju. Skuša ji pomagati s svojim strokovnim znanjem, s pravimi informacijami, ji razjasni napačne predstave, ji vlivati pogum, ji dati moč in ji ves čas zdravljenja stati ob strani kot negovalka, učiteljica in svetovalka. Medicinske sestre se velikokrat premalo zavedajo, kako pomembna je njihova vloga v procesu hospitalnega zdravljenja. Uspešnost dela medicinske sestre pa je tudi odvisna od stopnje osebne zrelosti in strokovnega znanja.

V našo raziskavo smo vključili pacientko z opravljeno histerektomijo in pacientko z opravljeno miomektomijo. Pri tem smo prišli do bistvene ugotovitve, ki se tiče naslova naše diplomske naloge. Ugotovili smo, da med pacientkama ni nekih bistvenih razlik v doživljanju z vidika ohranitve oziroma izgube maternice. Dobljeni rezultati so nas presenetili, saj se je izkazalo, da bi se pacientka 2 enako odzvala v primeru histerektomije, kot se je odzvala na miomektomijo. Dobljen rezultat nas je presenetil predvsem zato, ker smo pričakovali ravno drugačen odziv pacientke 2. Lahko bi bila vesela, da ji je bila s posegom maternica ohranjena, saj bi jo v najslabšem primeru lahko čakala tudi histerektomija ob morebitnih večjih in številčnejših miomih. Naši rezultati torej kažejo na to, da se teorija in praksa vedno ne povezujeta med seboj.

Ker se je naša raziskava bolj površinsko dotaknila problema doživljanja žensk ob histerektomiji, bi bilo v prihodnje smiselno in zanimivo raziskavo poglobiti. Glede na pacientkine želje po večji informiranosti o spolnosti po ginekološkem operativnem posegu, bi bilo smiselno izvesti še širšo raziskavo tudi na ostalih ginekoloških oddelkih po slovenskih bolnišnicah in s tem pridobiti informacijo, če ter na kakšen način poteka osveščanje pacientk o spolnosti po posegu.

5 LITERATURA

- Andoljšek A. Določanje tumorskega označevalca HE4 pri raku jajčnika oziroma endometrija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za farmacijo; 2010.
- Anjum D, Roderick E, Mayne J, Douglas G. Uterine prolapse. BMJ Publishing Group. 2007; 17(5): 819–23.
- Anon I. SPS Kirurška klinika. Priprava bolnikov na operativni poseg. Ljubljana: Klinični center; 2001: 4–25.
- Borko E, Takač I, But I, Gorišek B, Kralj B. Ginekologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006: 368.
- Bray F, Silva IS, Moller H, Weiderpass E. Endometrial cancer incidence trends in Europe: Underlying determinants and prospects for prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005; 14(5): 1132–42.
- Bryman A. Social Research Methods. New York: Oxford University Press Inc.; 2004: 392.
- Buček Hajdarevič I, Kavdaš Z. Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem. Obzor Zdr N. 2000; 34(3-4): 115-9.
- But I, Žeruga B, Rakić S, Pakiž M, Rebernik-Milič M, Ciglar S, et al. Laparoskopske supracervikalne histerektomije. In: Rebernik-Milič M, ed. Perioperativna zdravstvena nega v endoskopiji – Zornik XXVI; 2007 junij 1.; Velenje, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2007: 27-8.

- Cheng-Chen C, Tsomg-Yeh L, Chi-Chen S, Shu-Shan L, Li-Fang C. Husbands experiences before wives hysterectomy. *J Nurs Res.* 2006; 14(2): 114.
- Dahmane R. *Ilustrirana anatomija*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 1996: 141-2.
- Drain CB. *Perianesthesia nursing: a critical care approach*. 4th ed. St. Louis: Saunders; 2003: 581-9.
- Fabjan Vodušek V. *Psihološke posledice ginekoloških operacij*. Seminar psihosomatike za specializante. Ljubljana; 2004.
- Fobair P, Stewort ST, Chang S, Donofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 2006; 15(3): 579-94.
- Fynes MM, Dwyer PL. Female Pelvic Floor Dysfunction. *Clin Obstet Gynecol.* 2005; 19(6): 115.
- Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.
- Harkreader H, Hogen MA. *Social context of nursing: The nursing profession*. 6th ed. St. Louis: Saunders; 2004: 10-2.
- Henderson BE, Feigelson HS. Hormonal carcinogenesis. *Carcinogenesis.* 2000; 21(3): 427-33.
- Henderson W. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1998.

- Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000.
- Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2002: 449-56.
- Jeglič R, Ramšak Pajk J, Mihelič Zajec A. Psihični vidik obravnave pacientk z izrezano maternico z vidika medicinske sestre. Obzor Zdr N. 2004; 38(2): 143-8.
- Kampare A. Uvod v psihologijo. Ljubljana: DZS; 2006: 45.
- Katz A. Sexuality after hysterectomy. J Adv Nurs. 2003; 42(3): 297–303.
- Kovačev AN. Individualna in kolektivna identiteta. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 1998: 25-65.
- Lanišnik Rižner T, Šinkovec J. Vloga hidroksteroid-dehidrogenaz pri uravnavanju aktivnosti estrogenov in progesteragenov: Primer raka endometrija in endometrioze. Med Razgl; 2004; 43(4): 419-428.
- Mihelčič K. Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2004.
- Mrak Z. Priprava bolnika na operativni poseg. In: Seminar sekcije kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikom Slovenije. Radenci: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2001: 23-8.
- Muller N. Pelvic organ prolapse: a patient-centred perspective on what women encounter seeking diagnosis and treatment. Australian and New Zealand Continence Journal. 2010;16(3): 72.
- Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy; 2002.

- Prhat S. Priprava bolnice na ginekološko operacijo in zdravstvena nega po njej. Ljubljana: Klinični center, Ginekološka klinika; 2001: 2-7.
- Rakovec-Felser Z. Psihosomatski pristop v ginekologiji. In: Borko E, Gorišek B, Kralj B, Takač I, eds. Ginekologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1998: 313-7.
- Ramšak Pajk J. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. Obzor Zdr N. 2000; 34(1-2): 27-31.
- Reuschenbach B. Manchmal fehlen die Worte. Pflegezeitschrift 2004; 2(4): 113-6.
- Ribič-Pucelj M, Tomažević T, Voglar A. Laparoskopska miomektomija. In: Ribič-Pucelj M, ed. Endoskopske operacije v ginekologiji. Radovljica: Didakta; 2007: 207-15.
- Roets L. The experience of women with genital prolapse. School of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of the Free State. Research Article. 2007; 30(3): 13.
- Sanchez K, Mihelič-Zajec A. Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil. Obzor Zdr N. 2005; 39(4): 277-84.
- Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy. Endoscopic Review. 2005; 10(23): 66.
- Serša G, Novakovič S. Biologija rakove celice in značilnosti rasti tumorjev. V: Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2000: 12-3.

- Skoberne M. Izbrana poglavja iz porodniške zdravstvene nege [predavanja]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2002.
- Smrkolj Š. Psihološki vidiki ginekoloških operacij. Seminar psihosomatike. Ljubljana: Ginekološka klinika; 2004.
- SPS Kirurška klinika. Priprava bolnikov na operativni poseg. Ljubljana: Klinični center; 2001: 4-25.
- Subak LL, Waetjen LE, Van den Eaden S. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol* 2001; 98(6): 646-51.
- Šetor J. Samopodoba se oblikuje že v predšolskem obdobju. *ONA*, 2009; 11(12): 48.
- Škerbinek AL. Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester. *Obzor Zdr N.* 2000; 34(1-2): 11-6.
- Vegelj-Pirc M, Škufca AC. Psihoonkologija. In: *Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije*. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2000: 218-22.
- Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta; 2008: 61-4.
- Weber B. Spolnost v tretjem življenjskem obdobju [diplomska naloga]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2002.
- What to do about pelvic organ prolapse. *Harvard Women's Health Watch*, 2005 Jun; 12(10): 4-6.
- Yu YM, Tseng TC, Su CH, Chien LY. Appropriateness of hysterectomy in Taiwan. *Journal of the Formosa Medical Association*; 2005; 15(8): 107-12.

- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pobuda za reševanje problematike visokošolskega izobraževanja na programu prve stopnje Zdravstvena nega v R Sloveniji. Utrip 2011; XIX(2): 11-2.
- Žohar M. Svetovanje medicinskih sester v zvezi s spolnostjo pacientkam, ki jim je bila operativno izrezana maternica v splošni bolnišnici Celje. Obzor Zdr N. 2004; 38(3): 229-34.

6 VIRI

- Ibu NK. Myoma Uteri. Dostopno na: <http://tentangavail.blogspot.com/p/myoma-uteri.html> (20.4.2011).
- Jeruc J, Zidar N. Tumorji. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2006. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/62ca0974ea5c31e2bd91201ab6a8cdf9.pdf> (2.4.2011).
- Medi Visuals. 3 Degrees of Uterine Prolapse, 2007. Dostopno na: <http://www.medivisuals.com/3-degrees-of-uterine-prolapse-606017-04x.aspx> (23.5.2011).

7 PRILOGE

7.1 INSTRUMENT

PROŠNJA ZA ODOBRITEV RAZISKAVE ZA DIPLOMSKO DELO

Spoštovani,

sem Špela Trojar, absolventka dodiplomskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice – redni študij.

Trenutno pišem diplomsko nalogo z naslovom Zdravstvena nega žensk s histerektomijo. Na to temo bi rada naredila raziskavo (natančneje študijo primera) v vaši porodnišnici, zato bi vam rada najprej okvirno opisala potek študije.

Za izvedbo študije bi potrebovala dve ženski z različnima vzrokoma za odstranitev maternice. Eno žensko bi izbrala z miomi maternice, drugo pa s prolapsom (zdrsom) maternice kot vzrok za odstranitev le-te. Z ženskama bi izvedla intervju z vodenimi vprašanji, s pomočjo katerega bi na koncu dobila neko celotno zgodbo poteka njunega zdravljenja, in bi tako lahko ugotovila, ali obstaja kakšna razlika v sprejemanju bolezni glede na omenjeni diagnozi.

V intervju bi vključila naslednja vprašanja:

- Kdaj so se pojavile vaše zdravstvene težave in kako so se kazale?
- Kaj vas je privedlo do tega, da ste se odločila za obisk pri zdravniku?
- Kakšna je bila vaša reakcija, ko ste izvedela za diagnozo in katera vprašanja so se vam pojavljala ob tem?
- Na kakšen način vam je zdravnik sporočil novico?
- Kako natančno vam je bil predstavljen potek zdravljenja?
- Ali vam je bila nudena psihična podpora s strani medicinskih sester?
- Kako je vaš partner oz. vaša družina sprejela vašo bolezen, ali vas je psihično podpiral/a?
- Ali ste informacije iskala tudi preko drugih virov (internet, forumi, knjige)?
- Poznate kake skupine za samopomoč, kjer bi se lahko vključila in delila svoje izkušnje z drugimi ženskami?

Da bi pridobili podatke glede psihične podpore medicinskih sester, partnerjev in svojcev v času zdravljenja in rehabilitacije ter podatke o poteku življenja doma (po operativnem posegu), bi izvedla ponovni intervju z ženskama na prvem ginekološkem pregledu po operativnem posegu.

V navedenem intervjuju pa bi vključila naslednja vprašanja:

- Kako je potekala vaša rehabilitacija po odpustitvi iz bolnišnice?
- Kako natančno ste bila seznanjena o poteku rehabilitacije po odpustu iz bolnišnice glede prehrane, telesne aktivnosti, osebne higiene, idr.?
- Ali vam je bila nudena psihična podpora s strani medicinskih sester?
- Kakšno je vaše fizično počutje po posegu (Ste imela kaj bolečin in kako ste jih blažila? Ste po posegu imela kdaj povišano telesno temperaturo ali opazila neobičajno količino in barvo izcedka iz nožnice?)?
- Kako je vaš partner oz. svojci doživljal/i vaš odpust iz bolnišnice? So vam nudili pomoč pri vsakodnevnih opravilih?
- Ali vam je bila nudena psihična podpora in motivacija s strani partnerja in svojcev?
- Kako je operativni poseg vplival na vašo samopodobo?
- Ste se morda vključila oz. se še nameravate vključiti v kako skupino za samopomoč, kjer bi lahko svoje probleme in skrbi zaupala sovrstnicam z enakimi problemi in bi z njimi lažje govorila o tem, kot pa s svojimi domačimi?

To bi bila moja okvirna vprašanja na to temo. V upanju na uresničitev moje želje o poteku raziskave v vaši porodnišnici in posledično čim hitrejšem zaključku študija vas lepo pozdravljam.

Špela Trojar,
študentka VŠZNJ