



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE PRI  
PRIPRAVI PACIENTKE NA OPERATIVNI  
GINEKOLOŠKI POSEG**

**NURSES' PARTICIPATION IN PREPARING A  
PATIENT FOR GYNECOLOGICAL  
SURGERY**

Mentorica: Sanela Pivač, viš. pred.

Kandidatka: Katja Spruk

Jesenice, julij, 2018

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici, Saneli Pivač, viš. pred., za hitro odzivnost, ustrežljivost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentu, mag. Miranu Remsu, viš. pred., za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala Kaji Otovič za hitro in natančno lektoriranje dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Interakcija medicinske sestre in pacientke je ključnega pomena, da pacientke zaupajo medicinskim sestram in da tako psihična kot tudi fizična priprava pacientke na operativni ginekološki poseg čim boljše steče, kar je zelo pomembno tudi po operativnem posegu. Ob tem je velik poudarek na ohranjanju celovitosti telesne podobe žensk.

**Cilji:** Cilj diplomskega dela je bil raziskati sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.

**Metoda:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda empiričnega kvantitativnega raziskovanja. V raziskavo je bilo zajetih 90 diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, realizacija vzorca je bila 90-odstotna. Na zastavljena raziskovalna vprašanja smo odgovorili s pomočjo opisne statistike (frekvenca, delež, povprečje standardni odklon, raven statistične značilnosti bo manjša od 0,05) in t-testa za ugotavljanje razlik. Analizo podatkov izpolnjenih anket smo kvantitativno obdelali s pomočjo programov Microsoft Windows Excel in SPSS verzija 22.0.

**Rezultati:** Primerjali smo aritmetične sredine anketiranih glede na izobrazbo. Glede na rezultate lahko trdimo, da anketirani z nižjo izobrazbo pripisujejo manjši pomen komunikaciji kot anketirani z višjo izobrazbo. Do statistično pomembne povezave prihaja med starostjo in dejavnikom psihična priprava pacientke ( $r = 0,292$ ,  $p = 0,006$ ) in med delovno dobo in dejavnikom psihična priprava pacientke ( $r = 0,255$ ,  $p = 0,017$ ). Ker sta korelaciji pozitivni, sklepamo, da anketirani, ki so starejši in imajo daljšo delovno dobo, menijo, da je psihična priprava pacientke bolj pomembna kot fizična priprava.

**Razprava:** Z raziskavo, izvedeno med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege, smo prišli do spoznanja, da se po večini medicinske sestre zavedajo pomembnosti sodelovanja pri pripravi pacientke na operativno ginekološki poseg. Vendar so bila odstopanja, kjer so bile vrednosti trditev nižje (sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke, komunikacija s pacientkami, fizična in psihična priprava pacientke na poseg in pogovor o spolnosti po posegu), predlagamo, da se v vseh zdravstvenih ustanovah vpeljejo izobraževanja za medicinske sestre, kjer se bodo izobraževale o pravilni pripravi pacientke na operativni poseg.

**Ključne besede:** vloga medicinske sestre, ginekološki poseg, priprava pacientke na operativni poseg, psihična priprava, fizična priprava, spolnost žensk

## SUMMARY

**Theoretical background:** The interaction between nurses and patients is crucial for patients to trust nurses so that psychic preparation and physical preparation of a patient for operative gynecological intervention are as good as possible, which is also very important after surgery. A great emphasis is placed on preserving the integrity of women's physical appearance.

**Objective:** The aim of the thesis was to investigate the involvement of a nurse in the preparation of a patient for surgical gynecological intervention.

**Method:** A descriptive method of empirical quantitative research was used. The study included 90 graduates and nursing technicians, with a realization sample of 90%. Research questions were answered using descriptive statistics (frequency, share, average standard deviation, the level of statistical characteristics will be less than 0,05); t-test for determining differences. The analysis of the completed survey data was quantitatively processed using Microsoft Windows Excel and SPSS version 22.0.

**Results:** We compared the arithmetic mean of the respondents with education. According to the results, we can say that the respondents with lower education attribute less importance to communication than those with higher education. A statistically significant correlation is between age and mental preparation of the patient ( $r = 0.292$ ,  $p = 0.006$ ) and working period and the psychological preparation of the patient ( $r = 0.255$ ,  $p = 0.017$ ). Since correlations are positive, the respondents who are older and have longer working periods consider that the psychic preparation of a patient is more important than physical preparation.

**Discussion:** Based on a survey, carried out between graduates and nursing technicians, we realized that most nurses are aware of the importance of cooperating in the preparation of a patient for operative gynecological intervention. However, there were deviations where the values of the claims were lower (participation of a nurse in the preparation of a patient, communication with patients, physical and psychological preparation of the patient for intercourse and conversation about sexuality after the procedure), therefore we suggest that in all health care institutions education for nurses must be presented, where they will be educated on the correct preparation of the patient for surgery.

**Key words:** Role of a nurse, gynecological intervention, preparation of a patient for surgery, psychological preparation, physical preparation, sexuality of women

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1	GINEKOLOŠKA OBOLENJA.....	2
2.1.1	Ginekološki pregled in operativni ginekološki pregled .....	2
2.1.2	Raki rodil.....	4
2.1.3	Rak jajčnikov.....	5
2.2	SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI PACIENTKE NA OPERATIVNI POSEG .....	7
2.2.1	Psihična priprava .....	7
2.2.2	Fizična priprava.....	8
2.2.3	Administrativna priprava.....	8
2.2.4	Profesionalne vloge medicinskih sester .....	9
2.3	KOMUNIKACIJA .....	10
2.3.1	Pomen komunikacije medicinskih sester in pacientk.....	10
2.4	SPOLNOST ŽENSK PO GINEKOLOŠKIH POSEGIH.....	11
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>13</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	13
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	13
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	14
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	14
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	14
3.3.3	Opis vzorca.....	15
3.3.4	Opis vzorca in obdelave podatkov .....	17
3.4	REZULTATI.....	18
3.5	RAZPRAVA .....	30
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	
6.2	SOGLASJA	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih.....	15
Tabela 2: Mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg .....	19
Tabela 3: Mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg glede na delovno mesto .....	20
Tabela 4: Pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg	21
Tabela 5: Pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg glede na izobrazbo .....	22
Tabela 6: Dejavniki, ki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg .....	25
Tabela 7: Povezanost med dejavniki ter starostjo in delovno dobo.....	26
Tabela 8: Mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu.....	27
Tabela 9: Mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu glede na delovno mesto .....	28
Tabela 10: Mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu glede na izobrazbo .....	29



## SEZNAM KRAJŠAV

BMV	bris materničnega vratu
ZORA	državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu
PAP test	pregled brisa materničnega vratu
UZ	ultrazvok
HSSG	histerosonosalpingografija
HPV	humani papilom virus
SB	splošna bolnišnica
BGP	bolnišnica za porodništvo in ginekologijo
ZD	zdravstveni dom

## 1 UVOD

Prav poseben pomen pri ženskah imajo organi, povezani s spolnostjo, ki spolno vlogo določajo že ob rojstvu. Vlogo naprej oblikujeta družina in družba. Ženska lahko doživi zelo močne čustvene reakcije, če pride do ginekoloških obolenj in operativnega zdravljenja. Na podlagi te invazivne oblike zdravljenja je lahko prizadeta celotna pacientkina osebnost. Vloga medicinske sestre običajno sestoji iz poznavanja bolezenskih stanj, ugotavljanja potreb pacientke, izvajanja, načrtovanja in vrednotenja zdravstvene nege. Medicinska sestra, ki pacientko dobro psihično pripravi na operativni poseg, ublaži obremenitve v času zdravljenja (Thygesen, et al., 2012).

Goleman (2010) pravi, da je pri pacientkah pogosto največja težava strah pred operativnim posegom. Strah jih je, kako bo operacija uspela, ali se bodo še prebudile iz narkoze, kakšno bo okrevanje, kako bo to vplivalo na nadaljnjo kakovost življenja v domačem okolju. Medicinska sestra mora imeti za to znanje o odkrivanju informacij, v kolikšni meri je bolnika strah. Empatija je temelj marsikaterega moralnega presojanja in dejanj. Goleman (2010) navaja, da so na področju empatije ženske veliko bolj sposobnejše od moških.

Najpogostejši ginekološki poseg pri ženskah pa je operativni poseg raka materničnega vratu. Je vrsta raka, ki ga že mnogo let preprečujejo in odkrivajo v začetni fazi. Pomemben kazalnik kakovosti je breme raka materničnega vratu. V Sloveniji so pacientkam začeli na ginekoloških pregledih odvzemati brise materničnega vratu (BMV) na začetku 60. let. V dvajsetih letih (od leta 1961 do leta 1982) se je pogostost invazivnega raka materničnega vratu znižala iz 28,8/100.000 prebivalk na 16,1/100.000 prebivalk. Število obolelih je z leti zopet naraslo, kar pripisujemo nerednim obiskom ginekologov več kot polovice žensk celotne populacije. Država je uvedla program ZORA, s katerim imajo zdravstveni delavci in pacientke cilj, da bi odkrili začetni stadij predrakavih sprememb materničnega vratu (Pušnik, 2015).

V diplomskem delu bomo preučili področje priprave pacientke na operativni ginekološki pregled in opredelili pomembnost vloge medicinske sestre pri tem.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 GINEKOLOŠKA OBOLENJA

Poznamo pet vrst raka, ki prizadene ženske reproduktivne organe. To so rak materničnega telesa, rak materničnega vratu, rak jajčnikov in jajcevodov, rak zunanjega spolovila in rak nožnice. Skupno se imenujejo ginekološki raki. Vsak ginekološki rak je edinstven, z različnimi znaki, simptomi in dejavniki tveganja (stvari, ki lahko povečajo možnost za nastanek raka). Vse ženske so ogrožene zaradi ginekoloških rakov in tveganje se poveča s starostjo. Tveganje za nekatere vrste raka se lahko zmanjša (Center for Disease Control and Prevention, n.d.).

Rak jajčnikov je deseti najpogostejši rak v Sloveniji pri ženskah. V Sloveniji je bilo leta 2013 na novo zbolelih 177 pacientk. Najvišja umrljivost med raki rodil je prav med obolelimi pacientkami za rakom na jajčnikih. Največkrat zbolijo ženske v starostni skupini od 55 do 65 let (Onkološki inštitut Ljubljana, 2013).

#### 2.1.1 Ginekološki pregled in operativni ginekološki pregled

Rak materničnega vratu lahko nastane v kateremkoli življenjskem obdobju in je eden izmed redkih rakov, ki je preprečljiv. Na preventivnem ginekološkem pregledu ginekolog odvzame in pošlje v pregled bris materničnega vratu. Na podlagi brisa je možno odkriti spremembe celic, ki bi lahko bile rakave. Celice se nato z nezahtevnim operativnim postopkom odvzamejo in s tem se prepreči resna bolezen. Rak materničnega vratu nima simptomov in začetki rakavega obolenja so neopazni (Kojić, 2010).

Pregled brisa materničnega vratu (PAP test) bi morala opraviti vsaka ženska med 20 in 64 letom, enkrat na tri leta. Triletni intervali med pregledi ne veljajo za ženske (ZORA, n.d.):

- »z ginekološkimi težavami, ki imajo večje tveganje, da zbolijo za rakom materničnega vratu,
- z ugotovljeno ali zdravljeno predrakavo spremembo materničnega vratu,

- po zdravljenju raka materničnega vratu.«

Preventivnih testov PAP posameznice ne potrebujejo, če (ZORA, n.d.):

- ima posameznica v celoti odstranjeno maternico zaradi nerakavih bolezni (izjemoma, kadar je bila izvedena supracervikalna odstranitev maternice, kjer se maternični vrat ohrani),
- so posameznice mlajše od 20 let in brez ginekoloških težav,
- so starejše od 64 let in so se tako odločile po posvetu z ginekologom.

Če ženska nima ginekoloških težav in se vseeno odloči za preventivni in redni ginekološki pregled, pokaže visoko stopnjo ozaveščenosti in odgovorno ravnanje do svojega telesa in zdravja (Koliopoulos, et al., 2017).

Če na preventivnem pregledu ginekolog odkrije operativno stanje, pacientko naroči na operativni ginekološki pregled. Za operativni poseg pacientka potrebuje (ZORA, n.d.):

- »veljavno zdravstveno kartico,
- veljavno napotnico za predviden poseg,
- zdravstveno dokumentacijo z izvidi že izvedenih preiskav (npr. UZ izvid, HSSG izvid, spermioogram pri partnerju) in dokumentacijo o morebitnih boleznih,
- zdravila, ki jih pacientka prejema (posebna pozornost velja pri zdravilih proti strjevanju krvi),
- seznam alergij,
- izvid krvne skupine,
- krvne izvide, ki se opravijo pri osebem zdravniku,
- izpolnjen anesteziološki predoperativni vprašalnik, ki ga po potrebi pacientka izpolni z osebnim zdravnikom teden dni pred predvidenim posegom.«

Pacientke pred predvidenim posegom morajo biti tešče in ne smejo kaditi. Medicinske sestre pospremijo pacientko v sobo za pripravo na operativni poseg, jim vstavijo intravenski kanal, po katerem med posegom dobivajo zdravila. Ko je operacijska soba pripravljena, pacientko pripeljejo in položijo na posebno operacijsko mizo. Poseg je lahko laparoskopski ali histeroskopski, operativni tim pa sestavljajo zdravnik operater,

zdravnik asistent, zdravnik anesteziolog, operacijski medicinski sestri in bolničarka. Med operativnim posegom pacientka spi. Po končani operaciji pacientko odpeljejo v sobo za opazovanje in nato v oddelek oziroma v enoto za intenzivno nego in terapijo (Uršič Vršaj, et al., 2011).

Po končani operaciji se lahko pojavijo naslednje težave, ki v naslednjih dneh izginejo (ZORA, n.d.):

- »zaspanost zaradi narkoze,
- bolečine v grlu zaradi intubacije,
- bolečine v spodnjem delu trebuha zaradi operacije,
- modrikast izcedek iz nožnice zaradi barvila, ki se ga vbrizga v maternico,
- zelenkast urin zaradi barvila, ki se ga vbrizga v mehur,
- bolečine v ramenih zaradi zraka v trebušni votlini,
- slabost ali bruhanje.«

### 2.1.2 Raki rodil

Merlo (2018) razlaga, da pri ženskah raki rodil predstavljajo velik odstotek rakavih obolenj. Glede na razširjenost bolezni, zdravljenje, psihofizično stanje posameznice in prizadetost organa se močno razlikuje preživetje. Za odkrivanje predrakavih oz. zgodnje rakavih obolenj poskrbimo z rednimi ginekološkimi pregledi. Vendar se z rednimi ginekološkimi pregledi na vsake tri leta ne da odkriti raka jajčnika, raka materničnega telesa in raka zunanjega splovila. Raki rodil spadajo v raznovrstno skupino bolezni. V skupino rakov rodil spadajo rak materničnega telesa, rak materničnega vratu, rak jajčnikov in jajcevodov in rak zunanjega splovila ter nožnice. Med posameznimi raki se pojav, ozdravitev in preživetje zelo razlikujejo (Merlo, 2018):

- Rak jajčnika in jajcevoda – pojavi se običajno po 50. letu. Pacientke so med simptome navedle nejasno bolečino, zaprtost, napetost v spodnjem delu trebuha in izgubo apetita. Bolezen se dostikrat odkrije v napredujoči obliki, zato zdravljenje zajema kirurško in sistemsko zdravljenje. Pacienti velikokrat raka ne premagajo in tudi ni učinkovitega presajanja.
- Rak materničnega vratu – se je močno zmanjšal po uvedbi presejalnega testa (PAP). Rizični dejavnik, ki spodbuja nastanek raka materničnega vratu, je

okužba s humanim papiloma virusom (HPV). Raka se v začetni obliki zdravi kirurško, napredovale oblike pa na podlagi radioterapije, v kombinaciji s sistemskim zdravljenjem. Zelo pomembni, za zgodnje odkrivanje, preprečevanje in zdravljenju začetnik oblik raka materničnega vratu, so redni ginekološki pregledi, kjer ginekolog odvzame bris PAP. Simptomi raka materničnega vratu se pojavijo pozno, in sicer so to krvavitev/rjav izcedek iz nožnice, dolgotrajen smrdeč izcedek iz nožnice, boleč spolni odnos, stalne bolečine v križu (če niso povezane s spremembami v hrbtenici), pogosto in boleče odvajanje vode oziroma krvav urin.

- Rak materničnega telesa – se navadno pojavi v postmenopavzalnem obdobju (pred 40. letom je redek, najpogostejši je v starostni skupini 60–80 let). Ženske, ki imajo povišane vrednosti estrogena ali so temu dalj časa izpostavljene, ga dobijo pogosteje. Dejavniki tveganja so policistični jajčniki, debelost, zgodnja prva menstruacija in pozna menopavza. Simptom je krvavitev iz nožnice v obdobju po menopavzi, vendar ima na podlagi tega simptoma le 10 % žensk potrjenega raka. Zdravljenje raka materničnega telesa je kirurško, redko je v kombinaciji z radioterapevtskim ali sistemskim zdravljenjem. Če se rak odkrije v zgodnji obliki, je preživetje 85-odstotno.
- Rak zunanjega splovila – okoli 40 žensk letno zbolijo za to vrsto raka. Simptomi so dolgotrajno srbenje v predelu zunanjega splovila, krvavitev, izcedek, bolečine omejene na zunanje splovilo. Zdravljenje je kirurško, v kombinaciji z radioterapijo in redkeje s sistemskim zdravljenjem (glede na razširjenost raka). Nastanek raka je povezan z okužbo HPV.

### 2.1.3 Rak jajčnikov

Škof in Cerar (2017) razlagata, da je nastanek raka jajčnikov v večini primerov neznan. Razlagata: »Rak je bolezen, za katero je značilna nenadzorovana delitev celic in njihova sposobnost, da se širijo v druga tkiva tako, da neposredno vrastejo v sosednje tkivo (invazija) ali pa se širijo po krvi oziroma limfi na oddaljena mesta (zasevanje). Ta nenadzorovana delitev celic je posledica poškodbe (mutacije) dednega materiala oziroma nekaterih genov, ki nadzorujejo delitev celic. Ena ali več takih mutacij, ki so lahko bodisi pridobljene bodisi podedovane, lahko privedejo do nenadzorovane delitve

celic in nastanka tumorja. Od začetne spremembe posamezne celice do takrat, ko je bolezen mogoče zaznati kot tumor ali kot spremembo v delovanju organov, lahko mine več let, lahko tudi desetletij.« Tumorje jajčnikov delimo na (Nordqvist, 2017):

- benigne tumorje – razraščajo se počasi na enem mestu in se ne ponovijo po odstranitvi,
- maligne tumorje – možna je širitev celic v sosednje organe, kjer spremenijo njihovo delovanje. Možna je odcepitev rakavih celic od primarnega organa in po krvi ali limfnem sistemu metastazirajo v ostale organe, najpogosteje kosti, bezgavke, pljuča ali jetra.

Dejavniki tveganja za nastanek raka jajčnikov je starost (nad 50. letom). Tveganje se zviša tudi pri posameznicah, ki niso rodile ali so rodile pozno (po 35. letu), pri posameznicah, ki so zgodaj dobile in pozno izgubile menstruacijo, imajo težave z debelostjo (indeks telesne mase je višji od 30) ali imajo dedno predispozicijo. Dejavniki, ki zavirajo nastanek raka jajčnikov, so kontracepcijske tablete, nosečnosti s porodom in dojenje (Škof & Cerar, 2017).

Poznamo več vrst raka jajčnikov (Jayde, 2009; Nordqvist, 2017; Škof & Cerar, 2017):

- Germinalni – izvor te vrste raka je iz zarodnih (kličnih) celic in zajema manj kot 5 % vseh rakov. Pogost je v otroštvu in pri najstnicah, zelo redko pri starejših posameznicah. Zgodnji stadiji povzročajo bolečino in nelagodje v spodnjem delu trebuha.
- Stromalni – izvor ima v celicah jajčnikove strome. Tudi ta rak predstavlja 5 % vseh rakov jajčnikov in že v zgodnjih stadijih povzroča bolečino in nelagodni občutek v spodnjem delu telesa.
- Epitelni – izvira iz površinskih celic jajčnikov (epitelnih celic) in je najpogostejša oblika raka jajčnikov (več kot 90 % primerov obolelih za rakom na jajčnikih). Običajno se pojavi pri posameznicah, starejših od 60 let, možen je nastanek tudi pri mlajših. V začetnem stadiju ne povzroča težav, simptomi se pokažejo, ko je bolezen že napredovala. Posebna oblika raka je primarni peritonealni rak, kjer je prizadet paritonej (trebušna mrena), makroskopsko pa na jajčnikih ali jajcevodih tumorja ni videti.

Več avtorjev (Jayde, 2009; Nordqvist, 2017; Škof & Cerar, 2017) opisuje simptome in znake ob pojavu raka jajčnikov in poudarjajo, da nastopijo šele takrat, ko je tumor večji ali pa je bolezen razširjena na sosednje organe. Simptomi so podobni prebavnim motnjam, zato so zlahka spregledani. Simptomi raka jajčnikov so bolečine v trebuhu ali hrbtu, zaprtje, pogosto uriniranje ali uhajanje urina, bolečina v žlički, sprememba mesečnega perila, predmenstrualna bolečina, sprememba apetita, utrujenost, odpor do hrane in hujšanje.

## **2.2 SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI PACIENTKE NA OPERATIVNI POSEG**

### 2.2.1 Psihična priprava

Oscarsson, et al. (2007) ugotavljajo, da največ informacij o poteku ginekološkega pregleda ženske dobijo od babice ali medicinske sestre, ki delujejo v skupnosti ali v bolnišnici, le 4,1 % pa od ginekologa. Prav takšna so tudi pričakovanja slovenskih deklet, ki od medicinske sestre pričakujejo informacije o poteku ginekološkega pregleda (Starešinič & Mihelič Zajec, 2014). To dokazuje pomembnost vloge, ki jo imajo medicinske sestre in babice pri ozaveščanju žensk o ginekološkem pregledu (Ricciardi, 2008).

Železnik in Ivanuška (2008) razlagata, da se ob prihodu pacientke v zdravstveno ustanovo začne psihična priprava pacientke in ne šele tik pred operativnim posegom. Psihična priprava mora temeljiti na pacientkinem razumevanju, hospitalizaciji in doživljanju bolezni. Medicinska sestra pri pripravi pacientke na poseg zavzame različne vloge, te pa so: učiteljica in svetovalka, zagovornica, zastopnica sprememb modela, izvajalka zdravstvene nege. Ko pridobi amnestične podatke in ugotovljene potrebe, potem medicinska sestra napiše osebni načrt za predoperativno pripravo.

Pušnik (2015) razlaga, da je treba pacientko seznaniti s cilji in z namenom intervencije zdravstvene nege, jo pomiriti in motivirati za sodelovanje in pri izvedbi upoštevati upravičene in sprejemljive pacientkine želje. Turunen in drugi (2016) pravijo, da mora medicinska sestra pokazati razumevanje do pacientke in njenega stanja in ji opisati



postopek hospitalizacije. Pomemben je odnos do pacientke, biti mora prijazna, prav tako pa so pomembni vzpostavitev zaupanja, spoštovanje dostojanstva pacientke, podajanje informacij, empatični odnos, ugotavljanje potreb pacientk in psihična podpora.

### 2.2.2 Fizična priprava

Pred posegom mora medicinska sestra zaščititi oblačila in lastnino pacientk, odstraniti nakit, proteze in druge pripomočke ter jo namestiti v ugoden položaj, ki ga narekuje aktivnost zdravstvene nege (Pušnik, 2015). Fizično pripravo Železnik in Ivanuška (2008) delita na zgodnjo in splošno in na neposredno ali specifično. Hospitalizacija je s fizičnega vidika, operativnega posega in priprave na poseg za pacientko zelo pomembna. Še posebej je treba poudariti vidik odvisnosti od medicinskih sester, saj je treba opredeliti, ali pacientka potrebuje le delno pomoč ali celostno zdravstveno nego.

### 2.2.3 Administrativna priprava

Medicinske sestre morajo pri vseh operativnih posegih upoštevati protokol bolnišnice. Vse intervencije se izvajajo po protokolu priprav na operativni poseg in po standardu aktivnosti zdravstvene nege. Dokumentacija je del sistema kakovosti. Ob sprejemu pacientke v bolnišnično oskrbo, medicinske in negovalne sestre pregledajo dokumentacijo. Medicinska sestra pregleda napotnico za bolnišnično zdravljenje, temperaturni list, popis bolezni, podpisana in izpolnjena soglasja za zdravljenje, izpolnjen anesteziološki vprašalnik in izvide, ki jih pacientka prinese s seboj (izvidi laboratorijskih preiskav, kolposkopski karton). Negovalne sestre pregledajo morebitno dosedanje negovalno dokumentacijo predhodnih hospitalizacij ter listino kontinuirane zdravstvene nege (Pušnik, 2015).

Ivanuška in Železnik (2008) razlagata, da pod administrativno pripravo pacientke na operativni poseg uvrščamo razlago, pripravo in pridobitev pacientkinega pisnega soglasja za operativni poseg, anestezijo in transfuzijo krvi.

#### 2.2.4 Profesionalne vloge medicinskih sester

Tran (2010) opisuje raziskavo, ki je temeljila na odnosu medicinskih sester in pacientk v času ginekološkega posega. Cilj je bil ugotoviti, kako pomemben je pristop medicinske sestre k pacientki. Ugotovili so, da je interakcija med medicinsko sestro in pacientko ključnega pomena, da pacientke zaupajo medicinskim sestram in da tako psihična kot fizična priprava pacientke čim boljje steče, kar je zelo pomembno pri pripravi na operativni ginekološki poseg in po operativnem posegu. Pri tem pa je pomembno, da se ohrani celovitost telesne podobe žensk.

Muniz da Costa Vargens in Bertero (2010) sta izvedla študijo v Braziliji o učinkih zdravljenja ginekoloških malignih obolenj in ugotovila, da negativno vplivajo na telesno podobo in zmanjšajo delovanje telesa. Priporočata dodatne raziskave na tem področju in menita, da bi medicinske sestre morale biti bolj podkovane z znanjem, da bi prepoznale dejavnike tveganja, ocenile potrebe in prilagodile načrt za vsakega posameznika.

Pušnik (2015) razlaga, da mora medicinska sestra pacientko po operaciji:

- opozarjati, naj nekaj časa počiva,
- kontrolirati krvavitve,
- če je potrebno, aplicirati predpisano protibolečinsko terapijo,
- če je potrebno, pacientki pomagati pri osnovnih življenjskih aktivnostih,
- poročati in obveščati zdravnika o spremembah ali poslabšanju pacientkinega zdravstvenega stanja,
- po popoldanski viziti sodelovati pri odpustu pacientke,
- informirati pacientko in podati navodila pri odpustu.

V zadnjem času je porast dnevne kirurgije občuten, zato so pacientke pogosto odpuščene na isti dan, kot se izvaja poseg v splošni anesteziji. Zaradi hitrega postopka je potrebna tudi učinkovita organizacija (Pušnik, 2015):

- Vrednotenje zdravstvene nege – medicinska sestra mora ugotoviti, ali so bili na podlagi rezultatov negovalnih intervencij doseženi zastavljeni cilji. Dogodke mora vrednotiti, dokumentirati in o njih poročati. Izvedbe negovalnih intervencij

- se zabeleži v pacientkino dokumentacijo (negovalno, medicinsko). Zdravnik mora biti obveščen o spremembah ali poslabšanju pacientkinega zdravja.
- Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege – se mora izvajati neprekinjeno in kakovostno. Zagotavlja se z doslednim izpolnjevanjem predvidenih obrazcev in ustno predajo informacij. Predajanje informacij je potrebno med menjavo izmen, pri premeščanju pacientke med oddelki in pri premeščanju pacientke med institucijama.
  - Vloga zdravstvene nege po zaključenem zdravljenju – pomembno je, da se pacientko spremlja po smernicah. Pred odpustom jo je treba seznaniti s terminom kontrole pri zdravniku ginekologu ter z navodili o zdravem življenjskem slogu po posegu in v kasnejšem življenju.

Pušnik (2015) razlaga, da so v odpustnem pismu napisana navodila ob odpustu, vendar pacientke ob odhodu medicinska sestra še enkrat seznanijo in odgovorijo na zastavljena vprašanja:

- »navodilo za odstranitev vaginalnega tampona (zvečer ali naslednje jutro),
- svetovanje glede spolnih odnosov, uporabe tamponov in kopanja v stoječih vodah v času prisotnega izcedka iz nožnice,
- nasvet glede jemanja protibolečinskih zdravil in drugih predpisanih zdravil,
- priporočilo za kontrolni pregled pri izbranem ginekologu ter morebiti v kolposkopski ambulanti,
- nasvet, kam v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja,
- zapisano imajo tudi telefonsko številko in uro dostopnost ter elektronski naslov, kamor lahko prejmejo dodatne informacije«.

## 2.3 KOMUNIKACIJA

### 2.3.1 Pomen komunikacije medicinskih sester in pacientk

Petelinšek (2014) navaja, da je za medicinsko sestro, če le-ta hoče celovito obravnavati pacientko, najpomembnejše znanje komuniciranja. Posvet med pacientko in medicinsko sestro predstavlja temelj reševanja praktično vseh zdravstvenih težav. Medicinske sestre

naj bi obvladale obveščanje, govorniško-retorično spretnost in sporazumevanje, saj so v zdravstvenem sistemu relevantne informacije bistvenega problema.

Železnik in Ivanuša (2008) razlagata, da »medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacientk, analizirati posredovana sporočila, kritično razmišljati, kar ima za posledico sprejemanje in spremljanje stališč, ravnanja in obnašanja«. Pod terapevtsko raven komunikacije spadajo pojmi (Železnik in Ivanuška, 2008), kot so »poslušanje, pozornost, odzivanje, zaupanje, razkrivanje in povratna informacija«. Terapevtska komunikacija je pomembna, ker je nosilka terapevtskega odnosa, saj zagotavlja potrebne informacije. Z ustrezno komunikacijo si medicinska sestra in pacientka izmenjujeta svoje misli, občutke, hkrati pa je orodje, s katerim medicinska sestra vpliva na vedenje pacientk in usmerja tok poteka zdravljenja. Terapevtska komunikacija je sredstvo, brez katerega ni možno zgraditi dobrega odnosa.

V Grčiji je raziskava pokazala, da je odnos med medicinskimi sestrami in pacientkami z rakom boljši, ker so medicinske sestre bolj odprte za vprašanja o spolnosti (Nakopoulou, et al., 2009).

Zeng, et al. (2012) ugotavljajo, da imajo medicinske sestre na Kitajskem več ovir za razpravo o spolnosti. Iz raziskave je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre, ki imajo daljšo delovno dobo in so na višjih položajih, dosegajo pri pacientkah z rakom boljše rezultate kot medicinske sestre z manj delovne dobe in na nižjih položajih. Ugotovljeno je bilo, da znanje, zrelost in izkušnje vplivajo na razpravo o spolnosti. Namreč, medicinske sestre z znanjem in izkušnjami imajo manj predsodkov o spolnosti in lažje komunicirajo z bolnicami z rakom.

## **2.4 SPOLNOST ŽENSK PO GINEKOLOŠKIH POSEGIH**

Raziskava na Kitajskem je preučila perspektive žensk z rakom jajčnika in pokazala, da je spolna aktivnost pomemben del njihovega življenja. Druge raziskave so pokazale, da je spolnost pomembna za dobro kakovost življenja, zato je treba odpraviti predsodke kitajskih medicinskih sester o vprašanih spolnosti med ženskami, ki zbolijo za rakom (Zeng, et al., 2012).

Histerektomija skrajša vagino in lahko povzroči otrplost v področju spolovila. Nekatere ženske se po histerektomiji počutijo manj ženske. Lahko se počutijo kot "prazne" ali se ne počutijo kot "prave" ženske. Take negativne misli lahko ženskam preprečijo užitek v spolnosti. Usposobljeni terapevti pogosto lahko pomagajo ženskam s tovrstnimi težavami. Če rak povzroča bolečine ali krvavitve z vaginalno spolnostjo, lahko histerektomija pomaga ustaviti te simptome in žensko spolno življenje se lahko izboljša po operaciji. Vagina je po operaciji lahko krajša, vendar se pari običajno prilagajajo tej spremembi. Prav tako je pomembno, da ima vagina vlažnost, da se tkiva lahko raztegnejo in premikajo (American Cancer Society, n.d.).

Ameriška šola za porodničarje in ginekologa (ACOG) svetuje, naj ženska po histerektomiji šest tednov ničesar ne vstavlja v vagino. To vključuje penis, prste, tampone ipd. Priporočilo temelji na povprečnem času, ki ga ženska potrebuje za zdravljenje, kar je približno od 6 do 8 tednov. Zdravniki priporočajo ženskam, da se po histerektomiji vzdržijo spolne aktivnosti, dokler se ne ustavi ves izcedek iz vagine, ki je povezan s kirurškim posegom in z zdravljenjem ran (de Pietro, 2018).

De Pietro (2018) razlaga, da so najpogostejše težave in zapleti pri spolnosti po ginekološki operaciji naslednji:

- izguba spolnega slaja; ženska lahko poškoduje libido, če se odstranijo jajčniki, saj bo to povzročilo pomanjkanje estrogena,
- šibkost v trebuhu; Vadba medeničnega dna, kot so Keglove vaje, lahko krepi mišice po operaciji, izboljša spolnost in zmanjša tveganje za inkontinenco,
- vaginalna suhost; pri nekaterih ženskah se po histerektomiji pojavi suhost vagine, to pa se pogosto lahko reši z mazilom ali zunanjo protivrednostjo, kot je kokosovo olje,
- sprememba v spolnem občutku; nekatere ženske poročajo o zmanjšanem občutku znotraj svoje vagine med spolnim odnosom.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.

V diplomskem delu smo postavili naslednje cilje;

**C1:** Ugotoviti mnenje medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.

**C2:** Ugotoviti pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.

**C3:** Ugotoviti dejavnike, ki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.

**C4:** Ugotoviti mnenje medicinskih sester o pomenu spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače ter tuje strokovne literature in zastavljenih ciljev smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja;

**R1:** Kakšna so mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg?

**R2:** Kako medicinske sestre ocenjujejo pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg?

**R3:** Kateri dejavniki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg?

**R4:** Kakšno je mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava v diplomskem delu je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Rezultate smo pridobili s pomočjo tuje in domače strokovno znanstvene literature. Za pregled literature smo uporabili različne domače in mednarodne baze podatkov, kot so Obzornik zdravstvene nege, Zdravniški Vestnik, CINAHL, PubMed, SpringerLink, Proquest. Uporabili smo tudi vire virtualne knjižnice Cobiss in spletnega brskalnika Google.

Pregled literature je potekal od septembra 2015 do maja 2016. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede, v slovenskem in angleškem jeziku: vloga medicinske sestre, ginekološki poseg, priprava pacientke na operativni poseg, psihična priprava, fizična priprava, komunikacija, spolnost žensk, health care, nurse's role, preoperative/preparation patient, gynecological cancer.

V empiričnem delu naloge je bil uporabljen kvantitativni raziskovalni pristop z metodo anketiranja.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument, ki smo ga uporabili za pridobivanje podatkov, je bil spletni vprašalnik, sestavljen v namen raziskave. Vprašalnik je razdeljen na vsebinske sklope, oblikovane na podlagi pregleda literature (International Journal of Nursing Practice, 2010; Muniz da Costa Vargens & Bertero, 2010; Zeng, et al., 2012; Petelinšek, 2014). Sestavljen je iz več sklopov. Prvi sklop je sestavljen iz vprašanj, ki se nanašajo na demografske podatke, kot so spol, starost, delovna doba, stopnja izobrazbe, mesto zaposlitve. Drugi sklop je sestavljen iz vprašanj o vlogi medicinske sestre, pripravi pacientke in dejavnikih, ki vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg. Tretji sklop je sestavljen iz vprašanj o komunikaciji medicinske sestre in pacientke ter nekaj vprašanj o spolnosti po operativnem ginekološkem posegu. Uporabljena je 5-stopenjska Likertova lestvica, pri čemer so anketirani svoje strinjanje ocenjevali z ocenami od 1 do 5, kjer 1 pomeni – se nikakor ne strinjam, 2 – se ne

strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Zanesljivost ankete smo preverili pri vprašanih s trditvami, in sicer s Cronbachovim koeficientom zaupanja.

Pri prvi lestvici smo ugotavljali sodelovanje medicinske sestre, pripravo pacientke ter dejavnike, ki vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg. Zanesljivost vprašalnika lahko potrdimo s Cronbachovim koeficientom Alpha 0,827.

Pri drugi Likertovi lestvici smo ugotavljali spolnost ter komunikacijo medicinske sestre in pacientke. Koeficient Alpha znaša 0,806, s čimer lahko potrdimo zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost instrumenta je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več; zmerna pri vrednosti 0,60–0,80 in slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec, v katerega so bili vključeni diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so zaposleni v ginekoloških ambulantah, na ginekoloških oddelkih in ginekološko-porodnih oddelkih. Vprašalnik smo poslali 100 diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege, vrnjenih smo dobili 90 vprašalnikov, kar predstavlja 90-odstotno realizacijo vzorca.

Tabela 1 prikazuje sociodemografske podatke anketiranih. Iz tabele je razvidno, da je bilo anketiranih 93,3 % žensk in 6,7 % moških. 40 % anketiranih ima srednjo šolo, 53,3 % visoko strokovno šolo in 6,7 % drugo izobrazbo (magisterij). Trenutno je 23,3 % anketiranih zaposlenih na ginekološkem oddelku v splošni bolnišnici, 56,7 % v splošni ambulanti in 20 % anketiranih na ginekološko-porodnem oddelku.

**Tabela 1: Demografski podatki anketiranih**

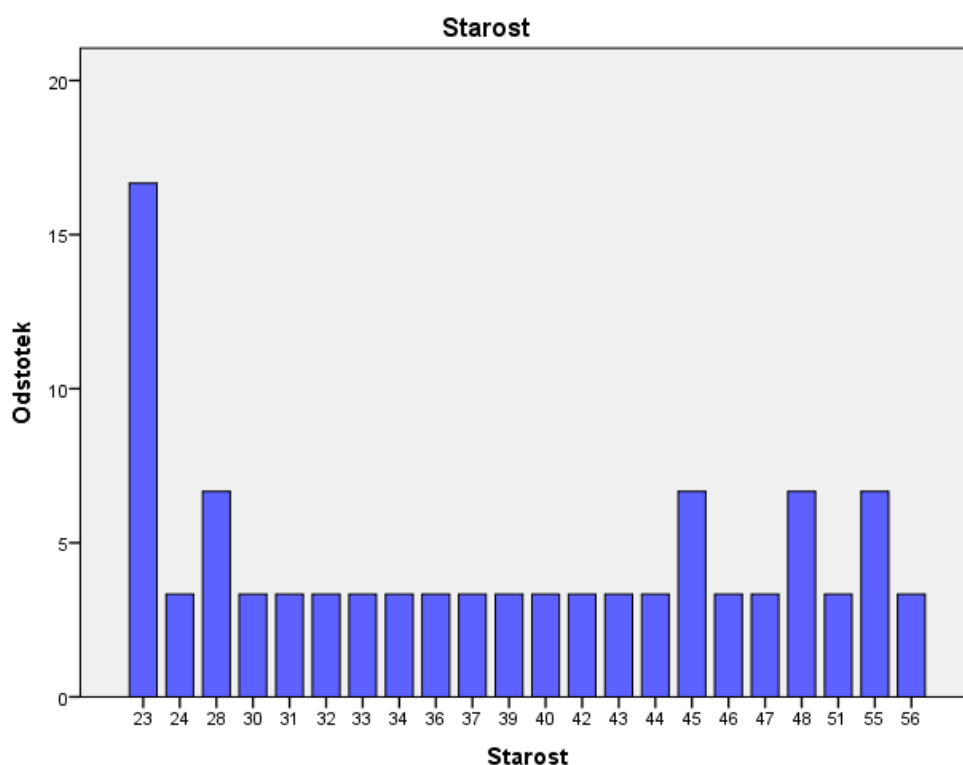
		n	%	Kumulativni %
Spol	Ženski	84	93,3	93,3
	Moški	6	6,7	6,7
	Skupaj	90	100,0	100,0



		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kumulativni %</b>
Izobrazba	Srednja šola	36	40,0	40,0
	Višja strokovna šola	48	53,3	53,3
	Drugo (magisterij)	6	6,7	6,7
	Skupaj	90	100,0	100,0
Trenutno delovno mesto	Ginekološki oddelek v splošni bolnišnici	21	23,3	23,3
	Ginekološka ambulanta	51	56,7	56,7
	Ginekološko-porodni oddelek	18	20,0	20,0
	Skupaj	90	100,0	100,0

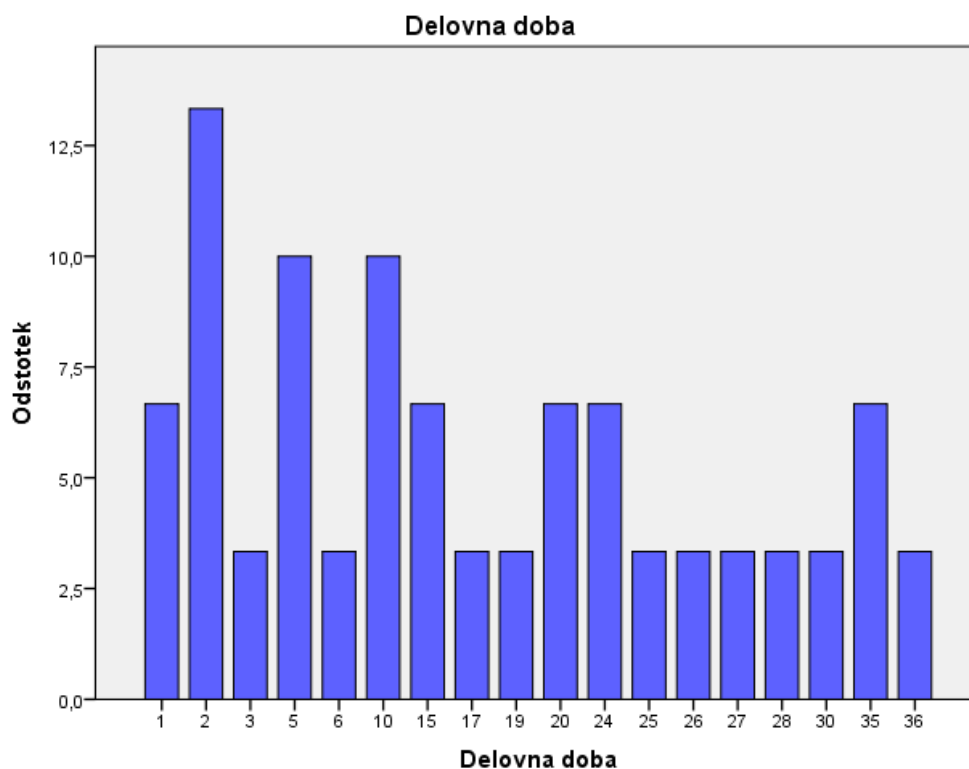
Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Slika 1 prikazuje starost anketiranih. Povprečna starost je 37,73 let, s standardnim odklonom 10,56. Razpon v letih anketiranih je od 23 do 56 let.



**Slika 1: Starost anketiranih**

Slika 2 prikazuje delovno dobo anketiranih. Povprečna delovna doba je 15,33 let, s standardnim odklonom 11,46. Razpon v letih delovne dobe je med 1 in 36 let.



**Slika 2: Delovna doba anketiranih**

### 3.3.4 Opis vzorca in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo uporabili spletno anketo 1KA. Raziskavo smo izvedli v oktobru in novembru 2016. Vključili smo deset splošnih bolnišnic (SB) v Sloveniji (SB Jesenice, SB Novo mesto, SB Sežana, SB Celje, SB Slovenj Gradec, SB Murska Sobota, SB Brežice, SB Šempeter pri Novi Gorici, SB Izola in SB Ptuj) in Bolnišnico za porodništvo in ginekologijo Kranj (BGP). V raziskavo smo vključili tudi naslednje zdravstvene domove: ZD Novo mesto, ZD Jesenice, ZD Kranj, ZD Kamnik, ZD Maribor, ZD Velenje, ZD Radovljica, ZD Bled, ZD Tržič, ZD Domžale, ZD Ptuj, ZD Škofja Loka, ZD Izola. Raziskavo smo izvedli po predhodni pridobitvi soglasij naštetih splošnih bolnišnic in zdravstvenih domov oziroma po odobritvi dispozicije in soglasja od Komisije za diplomske zadeve Fakultete za zdravstvo Jesenice. Anketiranim je bil predstavljen namen zbiranja podatkov in vprašalnike, zagotovili smo jim anonimnost pri reševanju vprašalnika in v primeru, da vprašalnika niso želeli rešiti, so ga lahko zavrnili. Na elektronske naslove anketiranih so bili poslani vprašalniki. Pridobljene podatke smo uporabili zgolj za namen diplomskega dela.

Pridobljeni podatki so bili analizirani na podlagi opisne statistike (povprečje, standardni odklon, delež, frekvenca) in na ravni statistične značilnosti ( $p < 0,05$ ). Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik smo uporabili ANOVO in t-test, za ugotavljanje statistično pomembne povezanosti pa Pearsonovo korelacijo. S pomočjo programa SPSS verzije 22.0 in Microsoft Excel smo dobljene podatke kvantitativno obdelali in predstavili v obliki tabel in grafov.

### 3.4 REZULTATI

V nadaljevanju je predstavljena analiza podatkov, zbranih s spletnim anketiranjem zaposlenih na ginekoloških oddelkih namenskega vzorca. Rezultati so predstavljeni glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Analiza podatkov, zbranih v prvem vsebinskem sklopu, vsebuje vrednosti trditev o sodelovanju medicinske sestre in pripravi pacientke ter dejavnike, ki vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg, s katerim smo odgovorili na prva tri raziskovalna vprašanja.

*Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna so mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg?*

Tabela 2 prikazuje mnenja anketiranih medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg. Z vsemi trditvami se v povprečju anketirani popolnoma strinjajo, in sicer; »sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg se mi zdi pomembno« (PV = 4,76, SO = 0,52), »sodelovanje medicinske sestre je poznavanje bolezenskih stanj in ugotavljanja potreb pacientke« (PV = 4,83, SO = 0,38), »sodelovanje medicinske sestre vključuje načrtovanje in vrednotenje zdravstvene nege« (PV = 4,83, SO = 0,38), »medicinska sestra, ki pacientko dobro psihično pripravi na operativni poseg, ublaži obremenitve v času zdravljenja« (PV = 4,86, SO = 0,35), »z izkušnjami lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg« (PV = 4,76, SO = 0,43) in »z znanjem lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,72, SO = 0,45).

**Tabela 2: Mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg**

	n	PV	SO	MIN	MAX
Sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg se mi zdi pomembno.	87	4,76	0,51	3	5
Sodelovanje medicinske sestre je poznavanje bolezenskih stanj in ugotavljanja potreb pacientke.	87	4,83	0,38	4	5
Sodelovanje medicinske sestre vključuje načrtovanje in vrednotenje zdravstvene nege.	87	4,83	0,38	4	5
Medicinska sestra, ki pacientko dobro psihično pripravi na operativni poseg, ublaži obremenitve v času zdravljenja.	87	4,86	0,35	4	5
Z izkušnjami lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,76	0,43	4	5
Z znanjem lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,72	0,45	4	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Lestvica: 1 – da; 2 – ne; 3 – ne vem

Tabela 3 prikazuje mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg glede na delovno mesto. Primerjali smo med delovnimi mesti v bolnišnicah (združene SB in BGP) in ambulantah. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri štirih trditvah, in sicer; »sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg se mi zdi pomembno« ( $t = 5,768$ ,  $p = 0,019$ ), »medicinska sestra, ki pacientko dobro psihično pripravi na operativni poseg, ublaži obremenitve v času zdravljenja« ( $t = 52,428$ ,  $p = 0,028$ ), »z izkušnjami lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg« ( $t = 25,903$ ,  $p = 0,005$ ) in »z znanjem lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg« ( $t = 12,871$ ,  $p = 0,001$ ). Pri naštetih trditvah je  $p < 0,05$ , zato ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno – med spoloma prihaja do statistično pomembnih razlik, pri čemer se pri navedenih trditvah anketirani na delovnih mestih v bolnišnicah bolj strinjajo kot anketirani na delovnih mestih v ambulantah. Opisna statistika po skupinah pa nam pokaže povprečje trditev glede na spol. Rezultati povprečij so prikazani v tabeli 3.

**Tabela 3: Mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg glede na delovno mesto**

Trditve	Delovno mesto	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg se mi zdi pomembno.	Bolnišnica	39	4,86	0,36	5,768	0,019
	Ambulanta	41	4,71	0,58		
Sodelovanje medicinske sestre je poznavanje bolezenskih stanj in ugotavljanja potreb pacientke.	Bolnišnica	39	4,86	0,36	0,493	0,484
	Ambulanta	41	4,82	0,39		
Sodelovanje medicinske sestre vključuje načrtovanje in vrednotenje zdravstvene nege.	Bolnišnica	39	4,86	0,36	0,494	0,485
	Ambulanta	41	4,82	0,39		
Medicinska sestra, ki pacientko dobro psihično pripravi na operativni poseg, ublaži obremenitve v času zdravljenja.	Bolnišnica	39	5,00	0,00	52,428	0,028
	Ambulanta	41	4,76	0,43		
Z izkušnjami lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.	Bolnišnica	39	4,57	0,51	25,903	0,005
	Ambulanta	41	4,88	0,33		
Z znanjem lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.	Bolnišnica	39	4,57	0,51	12,871	0,001
	Ambulanta	41	4,82	0,39		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore; p = statistična značilnost; Lestvica: 1 – da; 2 – ne; 3 – ne vem

*Raziskovalno vprašanje 2: Kako medicinske sestre ocenjujejo pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg?*

Tabela 4 prikazuje pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg. Anketirani se strinjajo s trditvama »znanje vpliva na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu« (PV = 4,07, SO = 1,58) in »nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam« (PV = 4,10, SO = 1,68). Popolnoma se strinjajo z naslednjimi trditvami: »menim, da sem dovolj komunikativna/en« (PV = 4,45, SO = 1,20), »menim, da imam razvito empatijo« (PV = 4,69, SO = 0,54), »raven komunikacije zajema poslušanje« (PV = 4,59, SO = 0,73), »raven komunikacije zajema povratno informacijo« (PV = 4,55, SO = 0,73), »moja komunikacija je odvisna od situacije in od osebe, s katero se pogovarjam« (PV = 4,62, SO = 0,67), »znanje komuniciranja je najpomembnejše, če moraš pacientko celovito obravnavati« (PV = 4,59, SO = 0,82), »medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacientke in analizirati posredovana sporočila« (PV = 4,59, SO = 0,67),

»medicinska sestra mora znati kritično razmišljati« (PV = 4,55, SO = 0,73), »s pravilnim pristopom lahko pripomorem k zmanjšanju strahu pacientke« (PV = 4,52, SO = 0,57), »imam znanje o odkrivanju informacij, v kolikšni meri je pacientke strah« (PV = 4,62, SO = 0,49), »izkušnje vplivajo na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu« (PV = 4,45, SO = 0,78), »s pacientkami se pogovarjam o spolnem življenju po operativnem posegu« (PV = 4,59, SO = 1,14).

**Tabela 4: Pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg**

	<b>n</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>
Menim, da sem dovolj komunikativna/en.	87	4,45	1,20	1	5
Menim, da imam razvito empatijo.	87	4,69	0,54	3	5
Raven komunikacije zajema poslušanje.	87	4,59	0,73	2	5
Raven komunikacije zajema povratno informacijo.	87	4,55	0,73	2	5
Moja komunikacija je odvisna od situacije in od osebe, s katero se pogovarjam.	87	4,62	0,67	2	5
Znanje komuniciranja je najpomembnejše, če moraš pacientko celovito obravnavati.	87	4,59	0,82	2	5
Medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacientke in analizirati posredovana sporočila.	87	4,59	0,67	2	5
Medicinska sestra mora znati kritično razmišljati.	87	4,55	0,73	2	5
S pravilnim pristopom lahko pripomorem, da zmanjšam strah pacientke.	87	4,52	0,57	3	5
Imam znanje o odkrivanju informacij, v kolikšni meri je pacientke strah.	87	4,62	0,49	4	5
Izkušnje vplivajo na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu.	87	4,45	0,77	2	5
S pacientkami se pogovarjam o spolnem življenju po operativnem posegu.	87	4,59	1,14	1	5
Znanje vpliva na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu.	87	4,07	1,58	1	5
Nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam.	87	4,10	1,68	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 5 so prikazani rezultati ANOVE. Primerjali smo aritmetične sredine anketiranih glede na izobrazbo. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri naslednjih trditvah; »raven komunikacije zajema poslušanje« (F = 14,887, p = 0,001), »medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacientke in analizirati posredovana sporočila« (F = 5,194, p = 0,007), »medicinska sestra mora znati kritično razmišljati« (F = 10,810, p =

0,001), »s pravilnim pristopom lahko pripomorem k zmanjšanju strahu pacientke« ( $F = 4,952$ ,  $p = 0,009$ ), »imam znanje o odkrivanju informacij, v kolikšni meri je pacientke strah« ( $F = 3,278$ ,  $p = 0,043$ ), »s pacientkami se pogovarjam o spolnem življenju po operativnem posegu« ( $F = 4,570$ ,  $p = 0,013$ ). Ničelno hipotezo zavrnemo in trdimo nasprotno; anketirani z višjo izobrazbo se z navedenim bolj strinjajo kot anketirani z nižjo izobrazbo.

**Tabela 5: Pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg glede na izobrazbo**

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Menim, da sem dovolj komunikativna/en .	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	5,017	3	2,509	1,778	0,175
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	118,500	84	1,411		
	Skupaj	123,517	87			
Menim, da imam razvito empatijo.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	1,171	3	0,585	2,097	0,129
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	23,450	84	0,279		
	Skupaj	24,621	87			
Raven komunikacije zajema poslušanje.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	11,803	3	5,902	14,887	0,001
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	33,300	84	0,396		
	Skupaj	45,103	87			
Raven komunikacije zajema povratno informacijo.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	0,217	3	0,109	0,201	0,818
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	45,300	84	0,539		
	Skupaj	45,517	87			
Moja komunikacija je odvisna od situacije in od osebe, s katero se pogovarjam.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	1,483	3	0,741	1,683	0,192
	Znotraj skupin (magisterij, visoka strokovna šola, srednja šola)	37,000	84	0,440		
	Skupaj	38,483	87			

		<b>Vsota kvadratov</b>	<b>df</b>	<b>Povprečje kvadratov</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Znanje komuniciranja je najbolj pomembno, če moraš pacientko celovito obravnavati.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	2,353	3	1,177	1,805	0,171
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	54,750	84	0,652		
	Skupaj	57,103	87			
Medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacientke in analizirati posredovana sporočila.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	4,303	3	2,152	5,194	0,007
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	34,800	84	0,414		
	Skupaj	39,103	87			
Medicinska sestra mora znati kritično razmišljati.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	9,317	3	4,659	10,810	0,001
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	36,200	84	0,431		
	Skupaj	45,517	87			
S pravilnim pristopom lahko pripomorem k zmanjšanju strahu pacientke.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	2,924	3	1,462	4,952	0,009
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	24,800	84	0,295		
	Skupaj	27,724	87			
Imam znanje o odkrivanju informacij, v kolikšni meri je pacientke strah.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	1,483	3	0,741	3,278	0,043
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	19,000	84	0,226		
	Skupaj	20,483	87			
Izkušnje vplivajo na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	3,217	3	1,609	2,798	0,067
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	48,300	84	0,575		
	Skupaj	51,517	87			
S pacientkami se pogovarjam o spolnem življenju po operativnem posegu.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	10,903	3	5,452	4,570	0,013
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	100,200	84	1,193		
	Skupaj	111,103	87			



		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Znanje vpliva na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	2,136	3	1,068	0,420	0,658
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	213,450	84	2,541		
	Skupaj	215,586	87			
Nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	16,619	3	8,309	3,096	0,050
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	225,450	84	2,684		
	Skupaj	242,069	87			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

### *Raziskovalno vprašanje 3: Kateri dejavniki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg?*

Tabela 6 prikazuje dejavnike, ki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki pregled. V povprečju se anketirani strinjajo, da je fizična priprava pacientke pomembna (PV = 4,24, SO = 1,01), da je administrativna priprava pacientke pomembna (PV = 4,03, SO = 1,07), da je pomanjkanje spodbude dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,390, SO = 0,48), da je bolnišnično okolje dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,21, SO = 1,28) in da je udobje pacientke dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,31, SO = 1,54). Anketirani se popolnoma strinjajo s trditvami, da je psihična priprava pacientke pomembna (PV = 4,52, SO = 0,78), da je psihična priprava pacientke bolj pomembna kot fizična priprava (PV = 4,76, SO = 0,57), da je fizična priprava bolj pomembna kot psihična priprava (PV = 4,93, SO = 0,37), da je strah dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,62, SO = 0,70), da je pomanjkanje pomoči pri zadovoljevanju osnovnih potreb dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,79, SO = 0,63) in da je nezaupanje dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg (PV = 4,76, PV = 0,63).

**Tabela 6: Dejavniki, ki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg**

	n	PV	SO	MIN	MAX
Psihična priprava pacientke je pomembna.	87	4,52	0,78	2	5
Fizična priprava pacientke je pomembna.	87	4,24	1,01	1	5
Administrativna priprava pacientke je pomembna.	87	4,03	1,07	1	5
Psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična priprava.	87	4,76	0,57	3	5
Fizična priprava je bolj pomembna kot psihična priprava.	87	4,93	0,37	4	5
Strah je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,62	0,70	3	5
Neinformiranost pacientke je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,76	0,63	3	5
Pomanjkanje spodbude je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,390	0,48	3	5
Pomanjkanje pomoči pri zadovoljevanju osnovnih potreb je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,79	0,61	3	5
Nezaupanje je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,76	0,63	3	5
Bolnišnično okolje je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,21	1,28	1	5
Udobje pacientke je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	87	4,31	1,54	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 7 prikazuje povezanost med dejavniki ter starostjo in delovno dobo. Do statistično pomembne povezave prihaja med starostjo in dejavnikom psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična priprava ( $r = 0,292$ ,  $p = 0,006$ ) in med delovno dobo in dejavnikom psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična priprava ( $r = 0,255$ ,  $p = 0,017$ ). Ker sta korelaciji pozitivni, sklepamo, da anketirani ki so starejši in imajo daljšo delovno dobo, menijo, da je psihična priprava pacientke bolj pomembna kot fizična priprava. Do statistično pomembne povezave pa prihaja tudi med starostjo in dejavnikom fizična priprava pacientke je bolj pomembna kot psihična priprava ( $r = -0,289$ ,  $p = 0,007$ ) in med delovno dobo in dejavnikom fizična priprava pacientke je bolj pomembna kot psihična priprava ( $r = -0,289$ ,  $p = -0,276$ ). Ker je korelacija negativna, lahko trdimo, da anketirani z nižjo starostjo in s krajšo delovno dobo menijo, da je fizična priprava pacientke bolj pomembna kot psihična.

**Tabela 7: Povezanost med dejavniki ter starostjo in delovno dobo**

		Starost	Delovna doba
Psihična priprava pacientke je pomembna.	Pearsonova korelacija	-0,055	-0,044
	p-vrednost	0,610	0,683
	n	87	87
Fizična priprava pacientke je pomembna.	Pearsonova korelacija	-0,070	-0,108
	p-vrednost	0,519	0,321
	n	87	87
Administrativna priprava pacientke je pomembna.	Pearsonova korelacija	-0,034	-0,019
	p-vrednost	0,754	0,862
	n	87	87
Psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična priprava.	Pearsonova korelacija	0,292**	0,255*
	p-vrednost	0,006	0,017
	n	87	87
Fizična priprava je bolj pomembna kot psihična priprava.	Pearsonova korelacija	-0,289**	-0,276**
	p-vrednost	0,007	0,010
	n	87	87
Strah je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	-0,006	0,003
	p-vrednost	0,955	0,980
	n	87	87
Neinformiranost pacientke je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	-0,034	-0,001
	p-vrednost	0,753	0,994
	n	87	87
Pomanjkanje spodbude je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	0,165	0,145
	p-vrednost	0,126	0,180
	n	87	87
Pomanjkanje pomoči pri zadovoljevanju osnovnih potreb je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	0,008	0,001
	p-vrednost	0,944	0,995
	n	87	87
Nezaupanje je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	0,003	-0,030
	p-vrednost	0,981	0,784
	n	87	87
Bolnišnično okolje je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	-0,086	-0,105
	p-vrednost	0,427	0,334
	n	87	87
Udobje pacientke je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	Pearsonova korelacija	-0,097	-0,156
	p-vrednost	0,369	0,149
	n	87	87

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

V zadnjem vsebinskem sklopu smo primerjali mnenje anketiranih o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu

*Raziskovalno vprašanje 4: Kakšno je mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu?*

Tabela 8 prikazuje mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu. Anketirani se strinjajo, da nimajo predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjajo (PV = 4,10, SO = 1,68), da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja (PV = 4,38, SO = 1,22), da občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti (PV = 4,31, SO = 1,30) in da znanje pacientk vpliva na sproščen pogovor o spolnosti (PV = 4,08, SO = 1,59). Popolnoma se strinjajo s trditvama, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti (PV = 4,62, SO = 1,13) in da znanje medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti (PV = 4,60, SO = 1,14)

**Tabela 8: Mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu**

	n	PV	SO	MIN	MAX
Nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam.	87	4,10	1,69	1	5
Menim, da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja.	87	4,38	1,22	1	5
Menim, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti.	87	4,62	1,13	1	5
Občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	87	4,31	1,30	1	5
Občutek nelagodja pacientke vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	87	4,46	0,78	2	5
Znanje medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	87	4,60	1,14	1	5
Znanje pacientk vpliva na sproščen pogovor pacientk o spolnosti.	87	4,08	1,59	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 9 prikazuje, da prihaja do statistično pomembnih razlik glede na delovno mesto (SB in BGP skupaj ter ambulante) pri naslednjih trditvah: »nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam« ( $t = 22,942$ ,  $p = 0,005$ ), »menim, da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja« ( $t = 7,871$ ,  $p = 0,006$ ) in »znanje medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti« ( $t = 5,202$ ,  $p = 0,026$ ). Ker je  $p < 0,05$ , trdimo, da glede na delovno mesto prihaja do razlik v mnenju, in sicer se zaposleni v bolnišnicah z navedenimi trditvami bolj strinjajo kot zaposleni v ambulantah.

**Tabela 9: Mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu glede na delovno mesto**

Trditve	Delovno mesto	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam.	Bolnišnica	39	4,86	0,36	22,942	0,005
	Ambulanta	41	3,59	2,02		
Menim, da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja.	Bolnišnica	39	4,86	,36	7,871	0,006
	Ambulanta	41	4,00	1,47		
Menim, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti.	Bolnišnica	39	4,71	,46	2,396	0,126
	Ambulanta	41	4,47	1,43		
Občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	Bolnišnica	39	4,43	1,08	0,063	0,803
	Ambulanta	41	4,06	1,49		
Občutek nelagodja pacientke vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	Bolnišnica	39	4,60	,60	2,153	0,147
	Ambulanta	41	4,41	,81		
Znanje medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	Bolnišnica	39	4,65	1,83	5,202	0,026
	Ambulanta	41	4,25	,93		
Znanje pacientk vpliva na sproščen pogovor pacientk o spolnosti.	Bolnišnica	39	3,75	2,10	1,036	0,312
	Ambulanta	41	4,08	1,58		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 10 so prikazani rezultati ANOVE. Primerjali smo aritmetične sredine anketirancev glede na izobrazbo. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri trditvah: »menim, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti« ( $F = 3,157$ ,  $p = 0,048$ ), »občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti« ( $F = 3,515$ ,  $p = 0,034$ ) in »občutek nelagodja pacientke vpliva na

sproščen pogovor pacientke o spolnosti» ( $F = 4,796$ ,  $p = 0,011$ ). Med naštetimi trditvami in izobrazbo prihaja do statistično pomembnih razlik ( $p < 0,05$ ), zato trdimo, da imajo s trditvami bolj izobraženi večjo stopnjo strinjanja kot anketirani z nižjo izobrazbo.

**Tabela 10: Mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu glede na izobrazbo**

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	16,619	2	8,309	0,378	0,686
	Znotraj skupin (magisterij, visoka strokovna šola, srednja šola)	225,450	84	2,684		
	Skupaj	242,069	86			
Menim, da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja.	Med skupinami (magisterij, visoka strokovna šola, srednja šola)	8,983	2	4,491	3,096	0,050
	Znotraj skupin (magisterij, visoka strokovna šola, srednja šola)	119,500	84	1,423		
	Skupaj	128,483	86			
Menim, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	8,533	2	4,266	3,157	0,048
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	101,950	84	1,214		
	Skupaj	110,483	86			
Občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	14,821	2	7,410	3,515	0,034
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	129,800	84	1,545		
	Skupaj	144,621	86			
Občutek nelagodja pacientke vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	0,919	2	0,459	4,796	0,011
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	50,691	84	0,603		
	Skupaj	51,609	86			

		<b>Vsota kvadratov</b>	<b>df</b>	<b>Povprečje kvadratov</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Znanje medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	3,012	2	1,506	0,761	0,470
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	107,908	84	1,285		
	Skupaj	110,920	86			
Znanje pacientk vpliva na sproščen pogovor pacientk o spolnosti.	Med skupinami (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	4,136	2	2,068	1,172	0,315
	Znotraj skupin (magisterij, višja strokovna šola, srednja šola)	212,300	84	2,527		
	Skupaj	216,437	86			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

### 3.5 RAZPRAVA

Rak rodil, natančneje, rak jajčnikov je deseti najpogostejši rak v Sloveniji in ima med vsemi raki najvišjo pogostost umrljivosti. Ker so ginekološki operativni posegi pri ženskah pogosti, nas je v diplomskem delu zanimalo sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni poseg. V ta namen smo si pred izvajanjem raziskave postavili štiri raziskovalna vprašanja, na katera odgovarjamo v nadaljevanju.

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti mnenja medicinskih sester o pomenu sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg. Anketirani so se strinjali, da je zelo pomembno, da medicinska sestra sodeluje pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg, da sodeluje pri poznavanju bolezenskih stanj in ugotavljanju potreb pacientke, da načrtuje in vrednoti zdravstveno nego, da pacientko psihično pripravi na operativni poseg, da na podlagi izkušenj pripravi pacientko na poseg in da z znanjem pripomore k boljši pripravi pacientke na poseg.

Ugotovili smo statistično pomembne razlike med pomenom sodelovanja medicinske sestre pri pripravi pacientke in delovnim mestom. Trdimo, da med spoloma prihaja do statistično pomembnih razlik, pri čemer anketirani iz bolnišnice pomenu sodelovanja pri pripravi pacientke na operativni pregled pripisujejo višjo vrednost kot anketirani iz zdravstvenih domov. Da pa bo medicinska sestra lahko poskrbela za kakovostno

pripravo pacientke na operativni poseg, bo morala najprej pridobiti njeno zaupanje. Marinić (2012) razlaga, če pacientka ne zaupa medicinski sestri in misli, da njeni zdravstveni podatki ne bodo skrbno varovani, potem bo zdravstvena oskrba slaba, saj medicinska sestra ne more pridobiti vseh podatkov o pacientki in njenem zdravstvenem stanju. Načrtovanje zdravstvene nege ne bo individualizirano in kakovostno. Zaić in Prosen (2015) menita, da informiranje pacientk o ginekološkem posegu zmanjša nelagodje in strah pacientk pred pregledom in operacijo. Suhonen in Leino Kilpi (2016) razlagata, kako pomembne so informacije pri načrtovanju zdravstvene nege pacientke. Informacije morajo temeljiti na pacientovih individualnih potrebah in na možnosti sodelovanja pacienta. Po podatkih raziskave so najpomembnejše informacije za paciente potek operacije in aktivnosti, ki bodo potekale prej. Tudi Turunen (2016) meni podobno kot omenjeni avtorji, da je medicinska sestra specializirana koordinatorica oskrbe pacientov, glavni cilji te vloge pa so individualno izpolnjevanje potreb pacienta in družine ter priprava na načrtovani postopek in pooperativno okrevanje. Z uporabo različnih podpornih orodij lahko predoperativna negovalna služba pozitivno vpliva na zadovoljstvo pacientov in ponudnikov, varnost pacientov, kakovost nege in prihranek stroškov.

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kako medicinske sestre ocenjujejo pomen komunikacije pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg. Vsi anketirani menijo, da je komunikacija zelo pomembna, da so dovolj komunikativni, da znajo poslušati, da znajo kritično razmišljati in da se jim o spolnosti ni težko pogovarjati s pacientkami. Trojar in Ramšak Pajk (2013) razlagata, da pod dobro komunikacijo med pacientko in medicinsko sestro ne spada le podajanje informacij, temveč morajo medicinske sestre opazovati pacientkina neverbalna sporočila, ki nakazujejo, ali je bila informacija sprejeta in ali morda potrebuje dodatne obrazložitve. Na podlagi rezultatov raziskave smo prišli do spoznanja, da višje izobraženi anketirani pripisujejo večjo pomembnost komunikaciji s pacientkami kot nižje izobraženi. Pristop komunikacije je pri vsaki pacientki drugačen in individualen, odziv pacientke na povedano pa je zelo pomemben. Jones in Bartlett (2009) razlaga, da pacient pridobi zaupanje v medicinsko sestro takrat, ko ga le-ta aktivno posluša med izražanjem svojega stališča, mu da čas za izražanje in razumevajoče in empatično ter s spoštovanjem



sprejme njegov pogled. Pacient se na ta način počuti sprejetega. Zaupanje je med medicinsko sestro in pacientom zelo pomembno, saj le na ta način lahko medicinska sestra zadovolji potrebe pacienta, pacient pa je zadovoljen z zdravstveno oskrbo.

Tretje raziskovalno vprašanje smo zastavili, da bi ugotovili, kateri dejavniki po mnenju medicinskih sester vplivajo na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg. Anketirani menijo, da ima največji vpliv na pripravo pacientk na poseg fizična priprava, pomanjkanje pomoči pri zadovoljevanju osnovnih potreb, psihična priprava pacientke, neinformiranost pacientke, nezaupanje in strah. Zaić in Prosen (2015) sta v raziskavi na podlagi statistične korelacije ugotovila, da prihaja do statistično pomembne povezave med bivalnim okoljem, stopnjo dosežene izobrazbe in prisotnostjo nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom. Dokazala sta, da poleg demografskih značilnosti številni osebni in družbeni dejavniki vplivajo na odnos žensk do ginekološkega operativnega pregleda in z njim povezanim strahom in nelagodjem. Predlagata kvalitativne raziskave za boljšo preučitev področja. Swahnberg in drugi (2011) razlagajo, da ženske ginekološke preglede doživljajo kot neprijetne, ampak nujne. Počutijo se fizično neugodno, še bolj kot to pa trpi psihično počutje (nadzor telesa). Obdajajo jih občutki sramote, skrbi, nelagodja in razkritja neželenih stvari. Zaić in Prosen (2015) razlagata, da se medicinske sestre na nelagodje in strah pacientk odzovejo s poslušanjem in svetovanjem.

Ugotovili smo tudi, da do pomembne statistične povezave prihaja med starostjo in dejavnikom psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična in med delovno dobo in dejavnikom psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična priprava. Ker sta korelaciji pozitivni, sklepamo, da anketirani, ki so starejši in imajo daljšo delovno dobo, menijo, da je psihična priprava pacientke bolj pomembna kot fizična priprava. Tudi Suhonen in Leino Kilpi (2016) sta v raziskavi poudarila pomembnost psihične priprave pacienta na operativni poseg. Tudi pacienti menijo, da jim medicinska sestra največ pomaga ravno s psihično oporo.

Do statistično pomembne povezave pa prihaja tudi med starostjo in dejavnikom fizična priprava pacientke je bolj pomembna kot psihična priprava in med delovno dobo in dejavnikom fizična priprava pacientke je bolj pomembna kot psihična priprava. Ker je

korelacija negativna, lahko trdimo, da anketirani z nižjo starostjo in krajšo delovno dobo menijo, da je fizična priprava pacientke bolj pomembna kot psihična.

Z zadnjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli izvedeti mnenje medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu. V povprečju anketirani nimajo predsodkov o spolnosti in se o tem lahko normalno pogovarjajo in menijo, da je po operativnem posegu spolnost pomembna za kakovostno življenje. Strinjajo se tudi, da ginekološka obolenja zmanjšajo željo po spolnosti. Ugotovili smo, da anketirani menijo, da znanje medicinskih sester in pacientk ter občutek nelagodja pacientk vpliva na pogovor o spolnosti. Urciuoli (2017) razlaga, da je za medicinske sestre običajno razpravljanje s pacienti o neželenih učinkih, kot sta nevropatija in slabost, ko gre za spolno disfunkcijo, ki je pogost stranski učinek po zdravljenju raka, pa je pogovor velikokrat zadržan in nelagoden. Le 33 % pacientk z rakom dojke in 47 % pacientk z rakom jajčnikov so se z medicinsko sestro pogovarjale o zdravi spolnosti po operaciji. Pogovori o stranskih učinkih in spolnosti so pomembni, ker lahko pomembno vplivajo na kakovost življenja pacientk. Lahko vplivajo na pacientke in njihove partnerje fizično in psihično. Medicinskim sestram je lahko nelagodno govoriti o spolnih vprašanjih zaradi številnih razlogov. Eden od razlogov je, da spolna disfunkcija ni stvar življenja ali smrti. Medicinske sestre se lahko tudi bojijo odzivov svojih kolegov ali celo pacientov, ko razpravljajo o zelo osebni temi.

Ugotovili smo tudi statistično pomembno razliko glede na mnenja o spolnosti pacientk po operativnem ginekološkem posegu glede na delovno mesto, in sicer se anketirani iz bolnišnic bolj strinjajo kot anketirani iz ambulant, da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja in da občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.

Tudi pomembno statistična razlika nastaja med mnenjem medicinskih sester o spolnosti pacientk po operativnem posegu in izobrazbo, kjer višje izobraženi bolj kot nižje menijo, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti, da občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti in da občutek nelagodja pacientke vpliva na sproščen pogovor o spolnosti. Wettergren in drugi (2016) so v kohortni raziskavi potrdili, da ima rak vpliv na spolno slo in intimne odnose. Odkrili so, da ima kar 49 % pacientov eno leto po diagnozi raka zmanjšano

željo po spolnosti, 70 % pacientk pa je imelo spolno slo oslABLJENO še dve leti po diagnozi raka. Dejavniki, ki dodatno vplivajo na znižanje spolne sle, so starost, samski stan, utrujenost in negativni vpliv diagnoze na fizični videz. Klinični dejavniki in duševno zdravje pacientk nista bila pomembna dejavnika negativnega vpliva na spolno delovanje.

Z raziskavo, izvedeno med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v omenjenih splošnih bolnišnicah in zdravstvenih domovih, smo prišli do spoznanja, da se po večini medicinske sestre zavedajo pomembnosti sodelovanja pri pripravi pacientke na operativno ginekološki poseg. Vendar so bila odstopanja, kjer so bile vrednosti trditvev nižje, zato predlagamo, da se v vseh zdravstvenih ustanovah vpeljejo izobraževanja za medicinske sestre, kjer se bodo urile o pravilni pripravi pacientke na operativni poseg. Bolj izkušene medicinske sestre bi lahko urile tudi sodelavce z manj izkušnjami ter morda prevzele pacientko, če le-ta ni primerno pripravljena na poseg (v fizičnem in psihičnem smislu). Ugotovili smo, da sicer anketirane medicinske sestre komunicirajo s pacientkami in se trudijo po najboljših močeh, zmotilo nas je dejstvo, da podajajo kritično mnenje. Podaja kritičnega mnenja pacientki je zelo kočljiva in medicinske sestre bi se temu morale izogniti, saj pacientka hitro lahko izgubi zaupanje in se zapre vase, kar pomeni, da bo prejela slabšo zdravstveno oskrbo, kot bi jo sicer. Medicinske sestre bi morale razvijati empatično komuniciranje, kjer bi informacije tudi sprejemale in ne samo podajale. Tudi komuniciranja se da naučiti. Medicinske sestre, ki pogosto vodijo operativne postopke, bi morale zdravstvene ustanove poslati na enkratno izobraževanje, kjer bi se naučile tehnik empatičnega komuniciranja. Dejavniki, ki najbolj vplivajo na pripravo pacientke na poseg, so fizična in psihična priprava pacientke na poseg, neinformiranost, nezaupanje in strah. Vsi omenjeni dejavniki bi se izboljšali oziroma izničili s pravilnim pristopom medicinske sestre in pravilno komunikacijo s pacientko. Pogovor o spolnosti s pacientkami po operaciji je zelo pomemben in medicinske sestre se mu ne bi smele nikakor izogniti. Pacientke so po operaciji pogosto brez spolne sle, zato bi jim morale medicinske sestre predstaviti tehnike, ki izboljšujejo spolno življenje. Če medicinska sestra pridobi zaupanje pacientke v začetni fazi, potem ji ne bo nelagodno govoriti o spolnosti. Medicinska sestra mora premagati svoje predsodke in nelagodje in se

prepričati, da je pogovor o spolnosti nekaj popolnoma enako naravnega kot pogovor o nefarmakoloških metodah zniževanja krvnega tlaka.

#### Omejitve raziskave

Največji omejitvi raziskave sta bila majhen vzorec in neenakomerna porazdelitev glede na spol anketiranih. Za pridobitev natančnejših rezultatov bi morali izvesti raziskavo, v katero bi vključili tudi pacientke in njihov pogled na sodelovanje medicinske sestre pri pripravi paciente na operativni pregled.

## 4 ZAKLJUČEK

Na podlagi pregledane literature in izvedene raziskave smo ugotovili, da sta bistvenega pomena sodelovanje medicinskih sester pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg in vodenje skozi celoten postopek, hkrati pa je pomembno tudi njihovo posredovanje informacij, da bi si pridobile pacientkino zaupanje, na podlagi tega pa bo zdravstvena oskrba na najvišji možni ravni za vsako pacientko.

Stalna izobraževanja medicinskih sester so nujna za kakovostno zdravstveno nego, sploh če jo je treba individualizirati. Izobraževanja bi morala biti tako teoretična kot tudi praktična, vendar v praksi niso vedno izvedljiva zaradi finančnega bremena, ki ga zdravstveni ustanovi povzročijo. Izobraževanja bi lahko financirala država ali evropski skladi, z namenom, da bi izboljšali zdravstveno oskrbo.

S predajanjem pravih informacij in znanja pacientkam, ki gredo na ginekološko operacijo, se lahko zmanjšajo odkloni v zdravstveni negi. Seveda vedno obstajajo dejavniki, ki lahko povzročijo odklone, vendar medicinska sestra tudi takrat ne sme izgubiti zaupanja pacientke. Informacije so v kratkem procesu ključnega pomena za pacientke, saj v se v primeru nevednosti pojavijo strah, nelagodje in odpor do ginekoloških pregledov, ki pa so ključni za odkrivanje rakavih obolenj na rodilih.

Na obravnavano temo priporočamo nadaljnja raziskovanja, in sicer s pregledom literature, saj je bilo že ogromno študij opravljenih na temo obravnave pacientk pred ginekološkim posegom. Za natančno preučitev področja priporočamo kombinacijo kvantitativne in kvalitativne paradigme, s katero bi poglobljeno preučili raziskovano tematiko.

## 5 LITERATURA

American Cancer Society, n.d. Surgery Can Affect a Woman's Sex Life. Available at: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/sexuality-for-women-with-cancer/pelvic-surgery.html> [Accessed 20 May 2016].

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, p. 49.

Center for Disease Control and Prevention, n.d. Gynecologic Cancers. Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/index.htm> [Accessed 1 June 2016].

De Pietro, M., 2018. *Does having a hysterectomy affect sex?* Medical News Today. Available at: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/321316.php> [Accessed 29 May 2018].

Goleman, D., 2010. *Čustvena inteligenca*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Jayde, V., White, K. & Blomfield, P., 2009. Symptoms and diagnostic delay in ovarian cancer: A summary of the literature. *Contemporary Nurse*, 34(1), pp. 55-65.

Jones, J. & Bartlett, C., 2009. *Nurse patient relationship*. Available at: [http://sables.jbpub.com/9781449691776/9781449691776\\_CH05\\_Pass2.pdf](http://sables.jbpub.com/9781449691776/9781449691776_CH05_Pass2.pdf) [Accessed 21 May 2016].

Kojić, T., 2010. Branje PAP izvidov. *Revija Viva*, 12(8), pp. 28-29.

Koliopoulos, G., Nyaga, V.N., Santesso, N., Bryant, A., Martin-Hirsch, P.P.L., Mustafa, R.A., Schünemann, H., Paraskevidis, E. & Arbyn, M., 2017. Human papillomavirus (HPV) test compared to the Papanicolaou (Pap) test to screen for cervical cancer. *Cochrane*. Available at: [http://www.cochrane.org/CD008587/GYNAECA\\_human-](http://www.cochrane.org/CD008587/GYNAECA_human-)

papillomavirus-hpv-test-compared-papanicolaou-pap-test-screen-cervical-cancer  
[Accessed 18 October 2017].

Marinić, M., 2012. Zasebnost in dostojanstvo pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 237-243.

Merlo, S., 2018. *Raki rodil*. Euopa Donna – Povezani v boju proti raku dojk. Available at: [http://www.euopadonna-zdruzenje.si/rak/raki\\_rodil](http://www.euopadonna-zdruzenje.si/rak/raki_rodil) [Accessed 20 April 2018].

Muniz da Costa Vargens, O.M., Bertero, C., 2010. Professional roles of nurses. *International Journal of Nursing Praticice*, 16, pp. 159-165.

Nakopoulou, E., Papaharitou, S. & Hatzichristou, D., 2009. Patients' sexual health: a qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. *Journal of Sexual Medicine*, 6(8), pp. 2124-2132.

Nordqvist, C., 2017. *How do you get ovarian cancer? Medical News Today*. Available at: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/159675.php> [Accessed 25 May 2018].

Onkološki inštitut Ljubljana. 2013. *Vrste raka: Rak rodil*. Available at : [http://www.onko-i.si/za\\_javnost\\_in\\_bolnike/vrste\\_raka/rak\\_rodil/](http://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/rak_rodil/) [Accessed 17 May 2016].

Oscarsson, M.G., Benzein, E.G. & Wijma, B.E., 2007. The first pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), pp. 7-12.

Petelinšek, K., 2014. *Vpliv komunikacije na zadovoljstvo pacientov: diplomsko delo*, Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru.

Pušnik, D., 2015. Vloga zdravstvene nege pri obravnavi pacientk z operativnimi posegi predrakavih sprememb materničnega vratu. In: M. Primic Žakelj & U. Ivanuš. *Zbornik predavanj, 6. izobraževalni dan progama ZORA*, pp. 116-120.

Ricciardi, R., 2008. The first pelvic examination in the adolescent: an update. *The Journal for Nurse Practitioners*, 4(5), pp. 377-383.

Starešinič, A. & Mihelič Zajec, A., 2014. Odnos deklet do prvega ginekološkega pregleda in vloga medicinske sestre pri oblikovanju tega odnosa. In: B. Filej, ed. *Študenti zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družbe: zbornik prispevkov z recenzijo. 6. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Murska Sobota, 30. maj 2014.* Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center, pp. 333-341.

Suhonen, R. & Leino Kilpi, H., 2016. *Adult Surgical Patients and information provided to them by nurses.* Patient Education & Counselling. Finland: Turku University Hospital.

Swahnberg, K., Wijma, B. & Siwe, K., 2011. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 157(2), pp. 200-205.

Škof, E. & Cerar, O., 2017. *Rak jajčnikov – kaj morate vedeti o bolezni?* Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana.

Thygesen, M.K., Pederson, B.D., Kragstrup, J., Wagner, L. & Mogesen, O., 2012. Gynecological cancer patients differentiated use of help from a nurse navigator. A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1), p. 168.

Tran, T., Johnson, M., Fernandez, R. & Jones, S., 2010. A shared care model vs. a patient allocation model of nursing care delivery: Comparing nursing staff satisfaction and stress outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), pp. 31-35.

Trojar, Š. & Ramšak Pajk, J., 2013. Nekateri vidiki doživljanja žensk ob operativnem posegu na rodilih: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 56-61.



Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2016. An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), pp. 915-930.

Urciuoli, B., 2017. Nurses Shouldn't Skip the Sex Talk With Patients. *Oncology Nursing*, 17(2), pp. 11-12.

Uršič Vrščaj, M., Rakar, S., Možina, A., Takač, I., Deisinger, D., Kobal, B., Zore, A., Kodrič, T., Bokal Vrtačnik, E., Stržinar, V. & Primic Žakelj, M., 2011. *Prenovljene Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Wettergren, L., Kent, E.E., Mitchell, S.A., Zebrack, B., Lynch, C.F. & Rubenstein, M.B., 2016. Cancer negatively impacts on sexual function in adolescents and young adults: The AYA HOPE study. *Psycho-Oncology*, 26(10), pp. 41-46.

Zaić, D. & Prosen, M., 2015. Pomen demografskih značilnosti in vloge medicinske sestre pri doživljanju žensk ob ginekološkem pregledu. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 90-105.

Zeng, Y.C., Liu, X. & Loke, A.Y., 2012. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses attitudes and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), pp. 280-292.

ZORA – Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu, n.d. *Naročanje na preglede*. Available at: <https://zora.onko-i.si/za-zenske/narocanje-na-preglede/> [Accessed 20 May 2016].

Železnik, D. & Ivanuška, A., 2008. *Standardi zdravstvene nege 2*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### VPRAŠALNIK

Pozdravljeni,

moje ime je Katja Spruk in sem absolventka na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. V sklopu mojega diplomskega dela, z naslovom Sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg, pod mentorstvom Sanele Pivač, pred., želim raziskati sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg. Pomemben del diplomskega dela je tudi vprašalnik, ki je pred vami. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in anonimno, pridobljene podatke bom uporabila za raziskavo svoje diplomske naloge.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje,

Katja Spruk

#### SKLOP 1 - Demografski podatki

**1. SPOL** (ustrezno označite)

- Ženski
- Moški

**2. STAROST** (v letih):

-----

**3. DELOVNA DOBA** (v letih):

-----

**4. IZOBRAZBA** (ustrezno označite)

- Srednja
- Višješolska
- Drugo

## 5. TRENUTNO DELOVNO MESTO (ustrezno označite)

- Ginekološki oddelek v splošni bolnišnici
- Ginekološka ambulanta
- Ginekološko-porodni oddelek

## SKLOP 2 – SODELOVANJE MEDICINSKE SESTRE IN PRIPRAVA PACIENTKE TER DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA PRIPRAVO PACIENTKE NA OPERATIVNI GINEKOLOŠKI POSEG

Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja in jo označite.

*Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice:*

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

TRDITEV	1	2	3	4	5
Sodelovanje medicinske sestre pri pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg se mi zdi pomembno.	1	2	3	4	5
Sodelovanje medicinske sestre je poznavanje bolezenskih stanj in ugotavljanja potreb pacientke.	1	2	3	4	5
Sodelovanje medicinske sestre vključuje načrtovanje in vrednotenje zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra, ki pacientko dobro psihično pripravi na operativni poseg, ublaži obremenitve v času zdravljenja.	1	2	3	4	5
Z izkušnjami lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Z znanjem lahko pripomorem k boljši pripravi pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Psihična priprava pacientke je pomembna.	1	2	3	4	5
Fizična priprava pacientke je pomembna.	1	2	3	4	5
Administrativna priprava pacientke je pomembna.	1	2	3	4	5
Psihična priprava pacientke je bolj pomembna kot fizična priprava.	1	2	3	4	5
Fizična priprava je bolj pomembna kot psihična priprava.	1	2	3	4	5
Strah je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Neinformiranost pacientke je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Pomanjkanje spodbude je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Pomanjkanje pomoči pri zadovoljevanju osnovnih potreb je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5

Nezaupanje je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Bolnišnično okolje je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5
Udobje pacientke je dejavnik, ki vpliva na pripravo pacientke na operativni ginekološki poseg.	1	2	3	4	5

### SKLOP 3 – SPOLNOST, KOMUNIKACIJA MEDICINSKE SESTRE IN PACIENTKE

Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja in jo označite.

*Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice:*

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/ niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

<b>TRDITEV</b>					
Menim, da sem dovolj komunikativna/en.	1	2	3	4	5
Menim, da imam razvito empatijo.	1	2	3	4	5
Raven komunikacije zajema poslušanje.	1	2	3	4	5
Raven komunikacije zajema povratno informacijo.	1	2	3	4	5
Moja komunikacija je odvisna od situacije in od osebe, s katero se pogovarjam.	1	2	3	4	5
Znanje komuniciranja je najbolj pomembno, če moraš pacientko celovito obravnavati.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacientke in analizirati posredovana sporočila.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra mora znati kritično razmišljati.	1	2	3	4	5
S pravilnim pristopom lahko pripomorem k zmanjšanju strahu pacientke.	1	2	3	4	5
Imam znanje o odkrivanju informacij, v kolikšni meri je pacientke strah.	1	2	3	4	5
Izkušnje vplivajo na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu.	1	2	3	4	5
S pacientkami se pogovarjam o spolnem življenju po operativnem posegu.	1	2	3	4	5
Znanje vpliva na pogovor o spolnosti s pacientko po operativnem ginekološkem posegu.	1	2	3	4	5
Nimam predsodkov o spolnosti in o tem se lahko normalno pogovarjam.	1	2	3	4	5
Menim, da je spolnost pacientk po operativnem posegu pomembna za dobro kakovost življenja.	1	2	3	4	5
Menim, da ginekološka obolenja pri pacientkah zmanjšajo potrebo po spolnosti.	1	2	3	4	5
Občutek nelagodja medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	1	2	3	4	5
Občutek nelagodja pacientke vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	1	2	3	4	5
Znanje medicinskih sester vpliva na sproščen pogovor pacientke o spolnosti.	1	2	3	4	5
Znanje pacientk vpliva na sproščen pogovor pacientk o spolnosti.	1	2	3	4	5

## 6.2 SOGLASJA

### SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Zdravstveni / socialni zavod: OZG, OE ŽD ŠKOFJA LOKA  
Štavska cesta 10, 4220 ŠKOFJA LOKA

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): SABINA DIETNER, dr. med., spec. MOPS  
Direktorica OE ŽD ŠKOFJA LOKA

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

Karmen Jelenc, visja m.s.

tel.: 04 502 00 53, e-naslov: ga1@zd-loka.si

Študenti/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.  
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.  
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: Sabina Dietner, dr. med., spec. MOPS

Kraj in datum: ŠKOFJA LOKA, 15.11.2016

**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE  
DE ZDRAVSTVENI DOM TRZIC

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): prim. dr. BTOK TOMAZU  
DIREKTOR

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

MARJETA NOVŠAK dipl. m.s.

tel.: 04 598 22 21, e-naslov: marjeta.novsak@zd-trzic.si

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.  
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.  
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se  
navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.  
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:



Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: TRZIC, 11.11.2016

**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: Zdravstveni dom Velenje

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): Tanja Kantič, DMS,  
poslaničnica direktorja

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

Tanja Kantič

tel.: 05 8995 416, e-naslov: tanja.kantic@zdr-velenje.si

Študent/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.  
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.  
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se  
navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.  
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: Velenje, 6.4.2017

