

PSIHIČNI VIDIK OBRAVNAVE PACIENTK Z IZREZANO MATERNICO Z VIDIKA MEDICINSKE SESTRE

PSYCHOLOGICAL ASPECT OF THE TREATMENT OF A PATIENT WITH HYSTERECTOMY FROM THE POINT OF VIEW OF A NURSE

Rozalija Jeglič, Jožica Ramšak Pajk, Andreja Mihelič Zajec

UDK/UDC 618.14-089.87:159.946.2

DESKRIPTORJI: *histerektomija-psihologija*

Izvleček – Med številnimi nalogami, ki jih medicinska sestra izvaja v perioperativnem obdobju zdravljenja pacientke z izrezano maternico, ima psihična priprava pomembno vlogo.

Teoretični del članka na osnovi pregleda literature osvetljuje terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientko, telesno podobo – samopodobo ginekološke pacientke, kot pomembna dejavnika v okviru psihične priprave.

V empiričnem delu so podatki pridobljeni s pomočjo anonimne ankete na naključnem vzorcu 75 pacientk, ki so jim leta 2002 izrezali maternico zaradi benignega obolenja. Raziskava je pokazala, da se psihična priprava izvaja, vendar ne vedno. Dobra polovica (57 %) vprašanih je mnenja, da imajo medicinske sestre dovolj znanja za kakovostno psihično pripravo. Večina vprašanih je ocenila delo medicinskih sester pozitivno. Kar 53 % vprašanih je imelo v povezavi z obolenjem najtežje obdobje v času hospitalizacije. V tej zvezi se postavlja novo raziskovalno vprašanje. Nasploh rezultati ankete kažejo, da je psihična priprava pomemben del zdravstvene nege.

DESCRIPTORS: *hysterectomy-psychology*

Abstract – Among all other tasks of a nurse in preoperative period of a patient awaiting hysterectomy, psychological preparation plays an important role.

On the basis of literature survey, the theoretical part of the article explains the therapeutic relationship between nurse and patient, and the problem of body self-image of an obstetric patient as important factors.

In the empirical part, data gathered by means of an anonymous inquiry applied to a random sample of 75 patients who had hysterectomy in 2002 because of a benign ailment are presented. Research results revealed that psychological preparation is carried out although not in all cases. More than half of the researched patients (57 %) responded that nurses possess enough knowledge for a qualitative psychological preparation, and their work was in most cases evaluated as positive. As much as 53 % of the patients describe the time before operation as the most stressful part of hospitalization. This very fact raises a new research question. Research results reveal that psychological preparation is an important part of nursing care.

Uvod

Bolezen je individualno doživetje vsakega posameznika in je v veliki meri odvisno od osebnosti človeka. Ginekološka obolenja pogosto zahtevajo operativno zdravljenje. Ta invazivna oblika zdravljenja prizadene celotno osebnost pacientke. Pacientke so lahko obremenjene z diagnozo zaradi malignosti. Operativni poseg lahko spremlja strah pred spremembami zunanjega videza in na predstavo, ki jo ima bolnica o sebi. Rodila imajo poseben pomen zaradi reproduktivne in spolne vloge. Vloga medicinske sestre¹ (MS) v zdravstveni negi (ZN) pri izrezani maternici v perioperativnem obdobju sestoji iz poznavanja bolezenskih stanj, ugotavljanja potreb pacientke, načrtovanja,

izvajanja in vrednotenja zdravstvene nege. MS z dobro psihično pripravo pacientke na operativni poseg ublaži obremenitve v času zdravljenja. Postavlja pa se vprašanje, kako pacientke doživljajo svojo bolezen in ali dobijo zadosti informacij s strani MS.

Psihični vidik obravnave pacientke z ginekološkim obolenjem, ki zahteva operativno zdravljenje

Psihična priprava pacientke obsega več strokovnih ukrepov ZN, ki temeljijo na razumevanju doživljanja bolezni in hospitalizacije. Strokovni in prijazen odnos do pacientke ter spoštovanje dostojanstva je temeljno

Rozalija Jeglič, dipl. m. s., Klinični center, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za ginekologijo, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana
Mag. Jožica Ramšak Pajk, prof. zdr. vzg., Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska c. 26, Ljubljana
Andreja Mihelič Zajec, univ. dipl. org., pred., Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska c. 26, Ljubljana
Prispevek temelji na raziskavi, opravljeni v okviru diplomskega dela avtorice Rozalije Jeglič vodene pod mentorstvom Andreje Mihelič Zajec in somentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk.

¹ Pod izrazom medicinska sestra je v sestavku mišljen zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra.

pravilo ZN in velja od trenutka sprejema pa do odpusta. Vzpostavljanje zaupnega medsebojnega odnosa med MS in pacientko ter obravnavanje pacientke kot celote, je bistveno. Medosebni odnos, ki ga vzpostavlja je v interakcijski fazi, tretji fazi modela H. Peplau, tako izobraževalen, vzgojen kot terapijski. V odnosu se učita oba, MS se uči na specifičnih reakcijah in doživljanju pacienta, le-ta dobiva informacije od MS, kaj lahko pričakuje od nadaljnjega zdravljenja in kako se spopasti s težavami, ki sledijo. Terapevtski element v odnosu je predvsem vezan na premagovanje strahu, strah pred boleznijo in njenim razvojem, strah pred smrtjo, bolečino, spremembo načina življenja. V tako kompleksnem problemu je vključen celotni zdravstveni tim, vendar kar poudarja teorija medosebnih odnosov, je običajno le eden član tima, ki naveže zaupljiv medoseben odnos z varovancem in to je najpogosteje MS. MS je v najtesnejši komunikaciji s pacientom, prva pride v stik z njim ob sprejemu in zadnja daje nasvete ob odpustu (Peplau, 1952 cit. po Ramšak Pajk, 2000).

Ustrezen strokovni odnos omogoča zadovoljevanje psihosocialnih potreb pacientke. Informiranje pacientke o postopkih priprave na operativni poseg in kasneje o rehabilitaciji je pomemben ukrep za zmanjševanje stresa. Pacientke različno doživljajo svojo bolezen oziroma operacijo, zato je nujno spodbujanje izražanja občutij in čustev. Čustvena podpora pacientki naj temelji na empatičnem odnosu. Potrebe pacientke pred načrtovanim operativnim posegom niso samo telesne, ali tiste, ki jih izrazi sama, ampak so veliko širše in zahtevajo razmišljanje medicinske sestre in individualni pristop (Mrak, 2001).

Na medsebojni odnos pomembno vplivajo naše lastne predstave o raku, o smislu in namenu zdravljenja, o vrednosti življenja z boleznijo ter stališča do življenja in smrti nasploh. Enako vnaša pacient v ta odnos svoja stališča. Bolj ko se predstave, doživljanja in pričakovanja obeh strani razlikujejo in razhajajo, toliko bolj postaja medosebni odnos obremenjujoč. Prav gotovo nastaja medoseben odnos, ki nudi pomoč in zaupanje iz dobre komunikacije, ki pomeni tudi spoštovanje človeka kot celostnega bitja. MS naj bi ustvarila podporo, nevtralizirajoče, zaščitniško okolje za pacienta, torej zasebnost, varnost in udobnost (Ramšak Pajk, 2002).

Telesna podoba z ginekološkega vidika

Človek si ustvarja shemo o dogodkih, ustvarja pa si tudi shemo o svojem telesu. Po Price (1990) ter Payne in Walkar (2002) ima normalna telesna podoba tri dele: resničnost, predstavitev in ideal. Telesna samopodoba ni odvisna zgolj od tega, kako presojamo sami sebe, ampak veliko tudi od odziva drugih na nas. Spremenjena telesna podoba je danes pomembno področje zdravstvene nege. Pri številnih pacientih s spremenjeno telesno podobo je le-ta osnovni del načrta ZN. Salter (1992) meni, da se naša podoba spreminja pod vpli-

vom dejavnikov okolja in socialnih stališč. Različni ljudje ocenjujejo telesno podobo na več načinov. To je najbolj opazno ob spremembah, ki so povezane s staranjem in boleznimi. Že sama diagnoza bolezni ima lahko neugodne učinke na telesno podobo.

Organi, povezani s spolnostjo, imajo poseben pomen zlasti pri ženskah. Spolni organi že ob rojstvu določajo spolno vlogo. Dalje jo oblikujeta družina in družba. Ginekološka obolenja in operativni posegi vodijo žensko k močnim čustvenim reakcijam. Izguba maternice lahko pomeni za žensko in partnerja izgubo ženskosti. Nosečnost pa je po drugi strani najpomembnejši znak ženskosti. Nezmožnost le te pa za žensko pomeni izgubljen status ženske in matere. Ženske zaradi izgube maternice in jajčnikov pogosto mislijo, da izgubljajo spolno privlačnost. Bojijo se prezgodnjega staranja. Strah jih je, kako bo s spolnimi odnosi v prihodnje, kako jih bo sprejel partner. Pogovor in natančna razlaga bolezni in operativnega posega bo pomagala odstraniti pogoste neopravičene strahove. Velik vpliv na to, kako bo ženska sprejela sebe, je prav gotovo tudi starost. Večja vloga je v reproduktivnem obdobju kot v starosti. Za nekatere pare je izguba plodnosti, posebej če že imajo otroke, lahko prednost. Ni več skrbi pred nezaželenimi nosečnostmi in ni več izčrpajočih znakov menstruacije (Rutter, 1992).

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

Nekatere ženske gledajo na raka kot kazen zaradi spolnosti v preteklosti. Vse to jim povzroča občutek krivde in tesnobe. Tesnoba in težave s spremenjeno telesno podobo pa se ne razvijeta pri vseh ženskah. Do težav prihaja pogosteje pri ženskah, ki so nagnjene k tradicionalni ženski vlogi in imajo reproduktivne organe tesno povezane z občutki lastne vrednosti in nizko samozavestjo. MS mora take ženske prepoznati in jim nuditi ustrezno ZN, med celotno obravnavo in zdravljenjem. Osnova je natančno zbiranje anamnestičnih podatkov, ki vključujejo tudi področje spolnosti. MS naj deluje toplo in sočutno, da ženska lahko spregovori o svojih občutkih. Nujna sta tudi zasebnost in varovanje podatkov. Ženska mora imeti dovolj časa, da bo izrazila svoje občutke in strahove, MS pa z aktivnim poslušanjem in vzporednimi razlagami skuša razvozlati neizrečene misli (Rutter, 1992).

Nekatere spremembe v telesni podobi so opazne vsem, druge pa lahko ostanejo skrite kot posledica operacije. Obstajajo pa tudi prehodna stanja v spremenjeni telesni podobi. Po določeni vrsti kemoterapije pričnejo izpadati lasje, ki po končanem zdravljenju ponovno zrastejo. Pogosto pa bolezen in posledično operativni poseg privedeta do trajnih sprememb telesne podobe.

Priprava pacientke na operacijo in anestezijo

Pri pacientkah, pri katerih se po predhodnih preiskavah predvidi operacija, se prične s pripravo upoštevajoč dejavnike tveganja: starost, prehrana, kronična obolenja, kajenje in neučinkovit neuro-endokrini odziv. Vsak medicinski poseg mora pacientka ustno in pisno dovoliti, prav tako pa tudi intervencije, ki so povezane z operacijo in anestezijo. V fazi priprave pacientke na operacijo in anestezijo, je potrebno pridobiti naslednje podatke (Duke University hospital, 1983):

- Ocena stanja pacientke: MS oceni psihično in fizično stanje pacientke. Priprava na operacijo in anestezijo zahteva njeno optimalno fizično in psihično kondicijo.
- Znanje pacientke o zdravljenju: naloga MS je, da pacientko pouči o vsem, kar mora vedeti pred operacijo, predstavi pa ji tudi aktivnosti, ki jih bo morala izvajati po operaciji.
- Psihični vidik priprave pacientke na operacijo: MS ugotavlja stopnjo bojazni pred posegom, glede na vedenje pacientke in ravnanje, sama odkriva vzroke njene zaskrbljenosti, v primeru da podatki kažejo, da jo je še vedno strah ali celo govori o strahu pred smrtjo, je potrebno o tem poročati zdravniku. Pri psihični pripravi je potrebno upoštevati tudi vero pacientke. MS ugotavlja tudi, kako delujejo svojci in prijatelji (pomirjevalno in spodbudno obnašanje je bolnici v pomoč). S primernim pristopom in ravnanjem zmanjšuje strah, negotovost in ji pomaga, da se vživi v novo okolje.
- Fizično stanje pacientke pred operacijo: podatki o fizičnem stanju, ki so zbrani pred operacijo so pomembni tudi med in po operaciji (zmožnost sporazumevanja, dihanja, prehranjenost, izločanje, gibanje bolnika, dobro počutje in bolečina).

Pooperativna zdravstvena nega

Po končani operaciji je bolnica iz operacijske sobe premeščena v prebujevalnico. Ko so vitalne funkcije stabilne, pacientke premestijo v enoto intenzivne nege (o tem odloča anesteziolog). Enoto zapustijo po 1 do 2 dneh in so premeščene na ginekološki oddelk, kjer so ležale pred operativnim posegom. Sprejeta rutina oddelka narekuje, da se pacientka vrne v isto sobo na isto posteljo. Naslednje dni načrtujemo ZN po temeljnih življenjskih aktivnostih in na osnovi izbrana teoretičnega modela zdravstvene nege, glede na specifičnosti posamezne pacientke. Vsakodnevni del rehabilitacije naj bo pomoč pri vnovičnem pridobivanju samostojnosti.

MS naj se z pacientko pogovarja, jo obvešča o programu ZN. Med pogovorom pacientka izraža svoje želje, stališča in potrebe. Po potrebi ji omogoča po-

svet z zdravnikom. Pacientka naj ima tudi stike s svojci in prijatelji, vendar je le ti ne obremenjujejo in vznemirjajo, zato naj bo MS v stiku tudi z njimi (Henderson, 1998).

Enovitost človeških bitij se kaže v tem, da sta psiha (duša) in soma (telo) medsebojno odvisni in neločljivi. Za MS je to še posebej pomembno dejstvo. Njena naloga je, da pacientkam pomaga, da razumejo same sebe, da odstrani vzroke slabega počutja in sprejme neogibno. To nalogo deli z ostalimi zdravstvenimi delavci, sorodniki in prijatelji. Bolj ko je MS razumevaljša, bolj ji pacientka in njeni bližnji zaupajo. Z razumevaljšim odnosom pomaga pacientkam premagati psihične stiske, ki spremljajo bolezen. Če MS sprejme vlogo, ki jo ima pri interpretaciji in komunikaciji, potem ji je vsaka priložnost, ki ji omogoča, da se pogovarja z pacientko in njenimi bližnjimi, dobrodošla. Kadar MS opravlja vlogo posrednika med pacientko in zdravnikom, je to ena najpomembnejših vlog. Kakovost pisnih in ustnih poročil MS je najpomembnejši kazalec njene usposobljenosti.

Bolezen ali invalidnost sta lahko prirojeni, še pogosteje pa sta posledici nezdravega načina življenja, ki ga narekujejo ekonomske in druge okoliščine. Včasih ljudje niso dovolj motivirani za zdrav način življenja. Pogosto ljudje obolevajo, ker so premalo poučeni o preprečevanju ali zdravljenju motnje, zaradi katere trpijo in zato tudi ne ukrepajo. Zavedati se moramo, da še tako skrbno načrtovan program ne prepreči in ne odpravi bolezni. Najpomembnejše je, da pri programu sodeluje pacientka sama.

Izmed vseh zdravstvenih delavcev je prav MS tista, ki pomaga pacientki preživeti na takšen način, da živi bolj polno življenje. MS vodi poslanstvo omogočiti pacientkam, da postanejo samostojne in da živijo čim bolj polno življenje oziroma sprejmejo neogibni konec.

Čas bivanja oziroma zdravljenje pacientke v bolnišnici je namenjen tudi temu, da pacientke informiramo in poučimo o škodljivostih, ki ogrožajo njeno zdravje, ji dajemo napotke za njeno nadaljnje zdravljenje oziroma nadaljevanje zdravljenja. Poučimo jo, česa se mora izogibati oziroma kako poteka rekonvalescenca v domači oskrbi (Toman, 1997; Filipič, 1998; Henderson, 1998). Med hospitalizacijo je potrebno pripravljati pacientko in svojce na nego, ki jo bodo morali sami izvajati. Pacientka se mora postopoma navajati na lastno oskrbo in samostojnost pri vsakdanjih življenjskih potrebah (Ivanuša, Železnik, 2000).

Empirični del

V empiričnem delu je namen ugotoviti, kako MS z dobro psihično pripravo pacientke pomaga k uspehu operativnega zdravljenja. Na ključnem vzorcu operiranih pacientk je cilj ugotoviti psihološko doživljanje pacientke.

Vzorec in metode

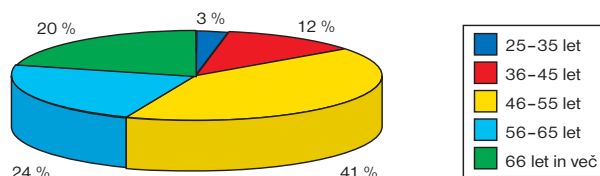
Tehnika zbiranja podatkov je bila anketa in instrument anketni vprašalnik. Obdelava podatkov je izvedena s pomočjo programa SPSS in Excel. Uporabljena je deskriptivna raziskovalna metoda. Raziskava je potekala v mesecu februarju in marca 2003 na Ginekološki kliniki v Ljubljani. Vprašanja so bila zaprtega tipa z možnostjo izbire enega ali več odgovorov.

Velikost vzorca je 100 pacientk po operaciji izrezane maternice z benignim obolenjem. Pacientke so imele operativni poseg v letu 2002. Anketni vprašalniki so bili poslani po pošti. Rok za vračilo je bilo 14 dni. Vrnjenih izpolnjenih anketnih vprašalnikov je 75, kar znaša 75 % realizacije. Za statistično obdelavo je bilo uporabljenih vseh 75 izpolnjenih anketnih vprašalnikov.

Vseh pacientk z benignim obolenjem, ki so imele v letu 2002 izrezano maternico je 614 (Operacijski protokol, 2002), izbrani vzorec predstavlja 12,2 % celotne populacije pacientk. Podatki so analizirani na nivoju deskriptivne statistike. Dovoljenje za izvedbo ankete je bilo pridobljeno od glavne medicinske sestre Ginekološke klinike Kliničnega centra. Upoštevana in spoštovana so bila vsa načela etičnega raziskovanja.

Rezultati

V raziskavo so bile vključene ženske vseh starosti. Razpored po starostnih razredih prikazuje slika št. 1. Največ, kar 41 % anketiranih je starih med 46 in 55 let. Najmanj pa je tistih, ki so stare med 25 in 35 let.



Sl. 1. Starostna struktura anketiranih.

Pri vprašanju, ali so medicinske sestre dovolj časa posvetile pogovoru z pacientko, jih je v 84 % menilo, da so jim medicinske sestre v času zdravljenja posvetile dovolj časa za pogovor in v 16 % jih je bilo mnenja, da temu ni bilo tako.

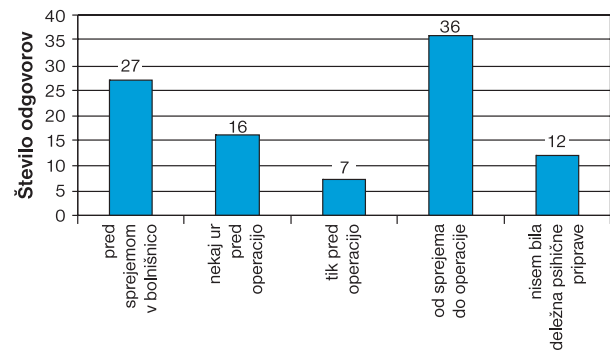
Na vprašanje, katera priprava na operacijo je po mnenju anketiranih pomembnejša, je v 85 % anketirank odgovorilo, da jim je pomembnejša psihična priprava. Samo v 7 % jih misli, da je pomembnejša fizična priprava. 8 % jih je obkrožilo oba odgovora, čeprav to ni bilo na razpolago.

Rezultat odgovora kje so medicinske sestre izvajale psihično pripravo, prikazuje tabela 1.

Tab. 1. Prostor izvajanja psihične priprave.

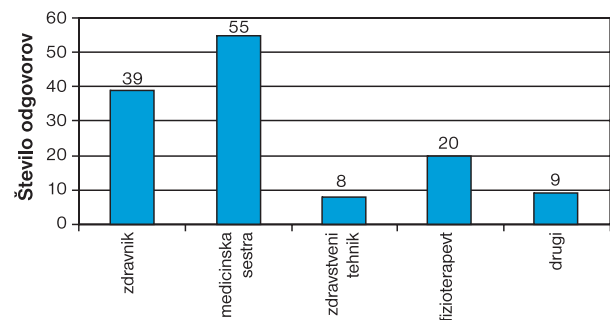
Možni odgovori	Število odgovorov	Odgovori v %
V ambulanti	10	12
Na bolnišničnem oddelku	58	69,9
Nisem bila deležna psihične priprave	15	18,1
Vsota	83	100

Na vprašanje: Kdaj se je izvajala psihična priprava na operacijo, je bilo možno izbrati več odgovorov (Sl. 2).



Sl. 2. Čas izvajanja psihične priprave.

Na vprašanje: Kdo Vam je nudil psihično podporo? (obkrožile so lahko več odgovorov) so anketiranke odgovorile, kot je prikazano na sliki 3. Pod odgovorom drugi so anketiranke imenovalе družino, sorodnike, prijatelje.

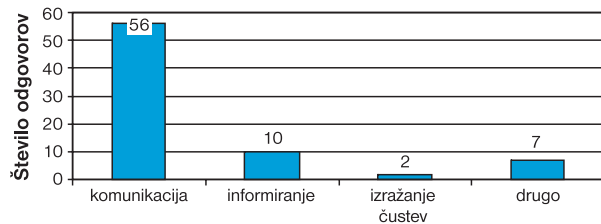


Sl. 3. Oseba, ki je nudila psihično podporo.

Na vprašanje, kakšne oblike informiranja so bile deležne, so imele možnost dveh odgovorov. 73 (72,3 %) anketiranih je odgovorilo, da so bile deležne ustnega informiranja, 28 (27,7 %) pa jih je odgovorilo, da so dobile pisno informacijo. Nobena anketiranka ni odgovorila, da ni bila deležna nobene informacije.

Pri vprašanju, kako najlažje izražajo svoja čustva, so se v 87 % opredelile, da s pogovorom, v 6 % pa s pogovorom in v pisni obliki. Slika št. 4 prikazuje, katera področja psihične priprave so bila za anketiranke najpomembnejša. Prevladuje komunikacija v 75 %. Pod

odgovorom drugo, so anketiranke posebej izpostavile učenje relaksacije pod vodstvom fizioterapevta.



Sl. 4. Področja psihične priprave.

Na vprašanje ali imajo medicinske sestre po njihovem mnenju dovolj znanja za kvalitetno psihično pripravo, jih je večina (57 %) mnenja, da imajo medicinske sestre dovolj znanja, v 40 % so se opredelile za odgovor ne vem in v 3 % so mnenja da ne.

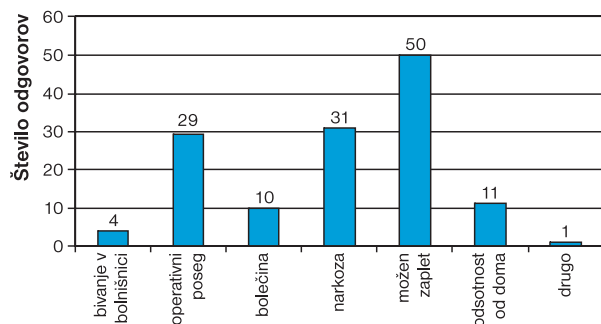
Tabela 2 prikazuje, kdaj je bilo za anketiranke najtežje v procesu zdravljenja. Največ jih je odgovorilo, da jim je bilo najtežje ob postavitvi diagnoze v 35 % in po operaciji v 23 %.

Tab. 2. Najtežji čas v procesu zdravljenja.

Možen odgovor	Število odgovorov	
Ob postavitvi diagnoze	26	35 %
Ob sprejemu v bolnišnico	10	13 %
Tik pred operacijo	13	17 %
Po operaciji	17	23 %
Po odpustu	1	2 %
Doma	3	4 %
Drugo	5	6 %
Vsota	75	100 %

Naslednje vprašanje je spraševalo, glede občutkov po seznanitvi z operacijo. Bilo je možno obkrožiti več odgovorov. Anketiranke so najpogosteje občutile strah in negotovost v 56 %.

Na vprašanje: Česa Vas je bilo najbolj strah? (obkrožile so lahko več odgovorov) so anketiranke najpogosteje odgovorile naslednje, strah pred možnim zapletom, strah pred narkozo, strah pred operativnim posegom.



Sl. 5. Različni strahovi anketiranih.

Na vprašanje, ali ste pri odpustu in kasneje razmišljali o tem, da bo operacija spremenila odnos med Vami in partnerjem, jih je v 23 % odgovorilo z da in v 77 % jih je odgovorilo z ne. Na vprašanje, koliko se je Vaše življenje spremenilo zaradi operacije, je večina, kar v 63 % odgovorila, da se je življenje v določenih pogledih spremenilo, a je večina ostalo, tako kot je bilo pred operacijo. V 30 % jih pravi, da se jim ni življenje nič spremenilo. V 7 % pa jih je odgovorilo, da se jim je življenje popolnoma spremenilo.

Na vprašanje, ali so medicinske sestre namenjale vsem pacientkam enako pozornosti, so v 93 % odgovorile z da in v 7 % z ne.

Razprava

Vsaka pacientka individualno doživlja svojo bolezen. Dobljeni rezultati kažejo, da pacientke dobijo zadosti informacij s strani MS. Ob upoštevanju dejstva, da 40 % vprašanih ne ve, ali imajo MS dovolj znanja in 3 % trdi, da ga nimajo, se postavlja vprašanje resničnosti odgovorov na dobljen visok odstotek pozitivnih odgovorov na druga vprašanja. Zato bi bilo potrebno dodatno raziskati področje poznavanja psihične priprave pacientke med MS.

Na doživljanje vplivajo različni dejavniki. Operativni poseg pri pacientkah izzove različne čustvene reakcije. MS mora prisluhniti problemom, ki jih imajo pacientke. Nuditi jim mora ustrezno podporo pri iskanju rešitev. Dejstvo, da jih poslušajo in ustrezno informira, velikokrat ublaži njihovo stisko, ki jih spremlja v času zdravljenja in rehabilitacije (Jeglič, 2003). Kot navaja Kovačev (1998) dialog nujno implicira možnost obeh udeležencev, da v času njegovega poteka izmenično sprejemata vlogo govorca in poslušalca. Med dvema sogovornikoma to predstavlja vzajemno razumevanje in vključuje izmenjavo vprašanj in odgovorov.

Psihično doživljanje vsakega posameznika še posebej ginekološke pacientke, je nekoliko drugačno kot pri zdravih ljudeh. Znano pa je tudi dejstvo, da je potek bolezni odvisen od bolnikove duševnosti in vedenja. MS z dobro psihično pripravo pomaga bolnicam pri operativnem posegu. Med verbalnim in neverbalnim komuniciranjem po Kovačev (1998) pogosto prihaja do nasprotij. Ta se pojavljajo predvsem tedaj, ko subjektivno dejansko doživljanje ni v skladu z informacijami, ki jih želi oddati. V takšnih situacijah postane njegovo telesno izražanje zanesljivejši pokazatelj njegovega psihofizičnega stanja, ki ga ni mogoče vedno zavestno nadzorovati. Študija ni raziskovala različnih oblik komunikacije med MS in pacientko v sklopu psihične priprave. Rezultati raziskave pa kažejo, da si pacientke v velikem odstotku (75 %) odgovorov želijo komunikacije.

V zadnjem delu vprašalnika smo preverjali strinjane na trditve po tri stopenjski lestvici. Večina je ocenila delo medicinskih sester zelo pozitivno. Odziv an-

ketirank na trditve je prikazan s srednjo vrednostjo (η) in s standardnim odklonom (s). V veliki meri se strinjajo, da je bila MS strokovna pri podajanju informacij $\eta = 1,21$; $s = 0,44$, da si je vzela dovolj časa za psihično pripravo $\eta = 1,65$; $s = 0,73$, da je razlagala na razumljiv in dostopen način $\eta = 1,21$; $s = 0,47$, da je skrbela za zasebnost pri izvajanju zdravstvene nege $\eta = 1,28$; $s = 0,51$, da je imela spoštljiv in prijazen odnos? $\eta = 1,13$; $s = 0,38$, da je skrbela za psihično $\eta = 1,45$; $s = 0,65$ in fizično varnost $\eta = 1,22$; $s = 0,45$, da je pacientke obravnavala kot celovite osebnosti $\eta = 1,23$; $s = 0,48$ in da je upoštevala njihove duhovne potrebe $\eta = 1,38$; $s = 0,62$. Večina anketirank pa se ni strinjala, da se je MS izogibala vprašanjem $\eta = 2,79$; $s = 0,50$ in da bi preusmerjala miselni tok pogovora $\eta = 2,55$; $s = 0,70$.

Rezultati ankete kažejo, da je psihična priprava pomemben del ZN in rehabilitacije. Pacientke jo potrebujejo in so jo v večini primerov tudi deležne. Kar 53 % pacientk doživlja največje stisko v bolnišnici, kar odpira novo raziskovalno vprašanje tudi za področje psihične priprave. Rezultati kažejo tudi na to, da se psihična priprava ne izvaja vedno in da MS nimajo vedno dovolj časa in možnosti. Velja pa poudariti, da odkrit pogovor z pacientko odstrani strah in bojazen pred operacijo.

Sklep

MS se pri svojem delu sreča z različnimi bolnicami (izobrazba, starost, splošna razgledanost, poznavanjem in dojetjem samega sebe oziroma svojega zdravstvenega problema). Vsekakor pa se z rastočo zavestjo o pomembnosti zdravja, načinom življenja, ki bi pripomogel k temu, srečujemo z pacientko, ki ne nastopa več pasivno, ampak skuša aktivno sodelovati in posredovati pri zdravljenju.

Skoraj vsaka ženska ima kdaj v življenju večje ali manjše ginekološke težave. Pri operativnem zdravljenju rodil pa je prisoten še strah, ali ni morda že prepozno in ali bo operacija uspešna. Obolenja rodil so še posebej občutljivo področje in imajo še večjo težo v reproduktivnem obdobju in spolnem življenju. Vse sku-

paj lahko vodi v velike psihosomatske probleme. Zaradi tega je pomembno, da MS nudi bolnici zaupanje, se čim bolj približa njenemu telesnemu, duševnemu, čustvenemu in socialnemu stanju. Skuša ji pomagati s svojim strokovnim znanjem, s pravimi informacijami, ji razjasni napačne predstave, ji vlivati pogum, ji dajati moč in ji ves čas zdravljenja stati ob strani kot izvajalka zdravstvene nege, učiteljica in svetovalka.

Literatura

1. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 31: 221–5.
2. Duke University hospital. Guidelines for nursing care: process and outcome. Philadelphia: Lippincott, 1983: 137–265.
3. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege (prevod Kalčič D). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.
4. Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola. Maribor, 2000.
5. Jeglič Z. Perioperativna zdravstvena nega pri izrezani maternici. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2003.
6. Kovačev AN. Socialna interakcija. Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo. Ljubljana, 1998.
7. Mrak Z. Priprava bolnika na operativni poseg. V: Zbornik predavanj sekcije kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Radenci, Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2001.
8. Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy, 2002.
9. Ramšak Pajk J. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. Obzor Zdr N 2000; 33: 27–32.
10. Ramšak Pajk J. Medicinska sestra v odnosu z bolnikom in proces zdravstvene nege. V: Zbornik predavanj – Individualna obravnava bolnika v hemato-onkologiji: komunikacija. Otočec, Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2002.
11. Rutter M. Telesna podoba z ginekološkega vidika. V: Salter M. Spremenjena telesna podoba – Vloga medicinske sestre. Ljubljana: DZS, 1992.
12. Salter M. Spremenjena telesna podoba. Vloga medicinske sestre. Ljubljana: DZS, 1992.
13. Toman N. Pooperativna zdravstvena nega. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1997.

Viri

Operacijski protokol leto 2002. Klinični center, Ginekološka klinika Ljubljana.