Izvirni znanstveni članek/Original article

NEKATERI VIDIKI DOŽIVLJANJA ŽENSK OB OPERATIVNEM POSEGU NA RODILIH: ŠTUDIJA PRIMERA

EXPLORING THE EMOTIONAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF GYNAECOLOGIC SURGERY: CASE STUDY

Špela Trojar, Jožica Ramšak Pajk

Ključne besede: zdravstvena nega, fenomenološka študija, zdrs maternice, miomi, samopodoba

IZVLEČEK

Uvod: Doživljanje žensk je pri ginekoloških operativnih posegih različno in zelo individualno, zato ima pri obravnavi ginekoloških pacientk veliko vlogo tudi medicinska sestra. Z raziskavo smo želeli ugotoviti razlike v doživljanju bolezni ter stopnjo psihične podpore s strani partnerjev pacientk oziroma njihovih svojcev in s strani medicinskih sester.

Metode: Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi deskriptivnega raziskovanja. Kot instrument je bil uporabljen nestandardiziran polstrukturirani intervju z vodenimi vprašanji odprtega tipa. Študija primera je bila razdeljena v dva sklopa, v času zdravljenja v bolnišnici in en mesec po odpustu. Vključeni sta bili dve pacientki, ena z laparotomijo in miomektomijo, druga z vaginalno histerektomijo. Raziskavo smo izvedli v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj in v domačem okolju pacientk.

Rezultati: Iz intervjujev je razvidnih nekaj skupnih ugotovitev obeh pacientk, ki sta se sicer razlikovali glede operativnega posega, v nekaterih področjih pa se njuni mišljenji razhajata. Pacientkama je skupno olajšanje po posegu, saj za njiju poseg pomeni konec bolečin in ostalih neprijetnih simptomov. Njuni mnenji pa se razhajata pri pomenu reproduktivnih organov za njuno življenje in pri pomenu vloge medicinske sestre.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve raziskave kažejo, da so operativni posegi na rodilih, predvsem psihološki vidik, izziv nadaljnjemu raziskovanju. Po ginekološki operaciji se pacientke soočajo z različnimi stresi, kot so strah, spremenjena samopodoba, spolna disfunkcija, izguba ženskosti. Nastale stiske po operativnem posegu se lahko zmanjšajo s primerno predoperativno pripravo, zdravstveno vzgojo in k pacientu usmerjeno obravnavo.

Key words: nursing, hysterectomy, uterine prolapse, myomas, tumors, self-esteem

ABSTRACT

Introduction: Surgery is often the most effective first-line therapy of several gynaecologic conditions. All women undergoing gynaecologic surgery can benefit from presurgical and postsurgical support provided by nurses. Personalized nursing, tailored to the individual woman's needs enhances the patient's coping strategies and alleviates different adverse psychological sequelae following gynaecologic surgery. The objective of the study was to determine the differences in emotional experiences of gynaecologic surgery and the significance of psychological support on the part of the patient's partner or her family as well as nurses.

Methods: The study was designed as a case study, a form of qualitative descriptive research. A semi-structured non-standardised interview was used as the sole research instrument. It consisted of two sets of guided open-ended questions. The interviews were conducted with two patients with gynaecological condition in whom myomectomy was performed via a laparotomy and vaginal

Špela Trojar, dipl. m. s.; Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, 4271 Jesenice.

viš. pred. mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.; Zdravstveni dom Ljubljana, Patronažno varstvo Bežigrad, Mislejeva 3, 1000 Ljubljana in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4271 Jesenice.
Kontaktni e-naslov/Correspondence e-mail: jozicaramsakp@gmail.com

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Špele Trojar *Nekateri vidiki doživljanja žensk ob histerektomiji* (2011), ki ga je pod mentorstvom viš. pred. mag. Jožice Ramšak Pajk izdelala na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Prispelo/Received: 23. 5. 2012 Sprejeto/Accepted: 5. 12. 2012

hysterectomy, respectively. The first part of the study was carried out in the Gynaecology and Obstetrics Hospital Kranj and the second part in the patients' home environment four to five weeks after discharge from the hospital.

Results: Results of the study show that psychological aspects of gynaecologic surgery may differ depending upon the type of surgery performed and the risk factors in the preoperative period. The respondents' post-surgery responses revealed different perceptions of the self-concept and femininity following gynaecologic surgery, and the dimension of nurses' perioperative support. Both patients, however, were relieved of frustrating pain and other physical symptoms after the surgery.

Discussion and conclusion: The conclusions drawn from the present study are that further research is needed on psychological aspects and implications of gynaecologic surgeries and their translation into clinical settings. Gynaecologic surgery patients must cope with a variety of psychological adjustment difficulties, related to the changes in self-image, self-esteem, loss of femininity or identity and sexual dysfunction. The likelihood of post-surgical psychological problems can be decreased by proper, streamlined and patient-oriented perioperative nursing care.

Uvod

Bolezen je individualno doživetje vsakega posameznika in je v veliki meri odvisno od njegove osebnosti. Ginekološka obolenja pogosto narekujejo operativno zdravljenje, ta invazivna oblika zdravljenja pa prizadene celotno osebnost pacientke. Operativni poseg lahko spremlja strah pred spremembami zunanjega videza, sam poseg vpliva tudi na predstavo, ki jo ima pacientka o sebi. Rodila imajo poseben pomen zaradi reproduktivne in spolne vloge (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004). Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost, spremeni notranje ravnovesje in vpliva na socialno ugodje. Vsak operativni poseg je tvegan, zaradi nepredvidljivih dejavnikov, na katere ne moremo vplivati. Naloga zdravstvenih delavcev je, da se osredotočijo na dejavnike, na katere lahko vplivamo. Priprava pacientk na ginekološki operativni poseg je psihična oz. duševna, fizična oz. telesna; danes lahko govorimo tudi o administrativni pripravi (Buček Hajdarevič, Kardoš, 2000).

Kadar je za zdravljenje določenih obolenj pri ženski potrebna histerektomija – operativni poseg, pri katerem se izreže maternica in pogosto tudi jajčniki – le-ta privede do bojazni in zaskrbljenosti ženske glede njenega spolnega življenja po operaciji (Bayram, Beji, 2010). Za večino žensk je partnerjeva podpora bistvenega pomena, ker jim daje moč in motivacijo pri nadaljnjem zdravljenju (Chou, et al., 2006). Zdravstvena nega je pomemben dejavnik, ki bistveno vpliva na proces zdravljenja in ugotavljanje pacientkinih potreb. Delo medicinske sestre je usmerjeno v premišljeno izvajanje zdravstvene nege in dobro načrtovane aktivnosti. Medicinska sestra k svojemu delu pristopa po procesni metodi in s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege, ki predstavljajo vsebino samostojnega in suverenega delovanja (Henderson, 1998).

Psihična priprava pacientke na operativni poseg se prične že ob sprejemu na oddelek z ugotavljanjem različnih dejavnikov, ki spremljajo počutje pacientke ali vplivajo na doživljanje hospitalizacije. Normalen psihični odziv sta zaskrbljenost in strah. Pacientka spremeni okolje, skrbijo jo nove neznane okoliščine, deloma izgubi nadzor nad samoodločanjem, oddaljena je od svojcev, pojavijo pa se tudi specifični strahovi – strah pred operacijo in izidom operacije, anestezijo, neobvladljivo bolečino, spremenjeno telesno podobo ipd. 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 naj temelji na empatičnem odnosu. Potrebe pacientke pred načrtovanim operativnim posegom niso samo telesne ali tiste, ki jih izrazi sama, ampak so veliko širše in zahtevajo razmišljanje medicinske sestre in individualni pristop (Mrak, 2001).

Vzpostavitev pozitivne komunikacije s pacientko medicinski sestri omogoča, da ugotovi njene potrebe in pričakovanja v zvezi z operacijo, kar vključuje tudi področje spolnosti. Za uresničitev tega medicinska sestra potrebuje znanje in sproščenost, da lahko o spolnosti po histerektomiji pacientki kakovostno svetuje (Žohar, 2004). Pri psihični pripravi pacientke moramo upoštevati spoznanji, da je duševno stanje pacientke nekoliko drugačno kot pri zdravih ljudeh ter da je tudi potek bolezni odvisen od njene duševnosti in vedenja (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004). Psihična priprava pacientke na operativni poseg obsega več strokovnih ukrepov zdravstvene nege. Ti ukrepi temeljijo na razumevanju pacientkinega razumevanja bolezni in hospitalizacije (Drain, 2003). V pripravi pacientke na ginekološki operativni poseg se zvrstijo različne vloge medicinske sestre; od vloge učiteljice in svetovalke, zagovornice, zastopnice sprememb, osebe, ki nudi oporo in pomoč, do izvajalke zdravstvene nege (Harkreader, Hogan, 2004).

Pri zdravstveni negi pacientke z ginekološkim obolenjem je dobra komunikacija zelo pomembna, saj se medicinske sestre v situacijah, ki so zelo osebnega in intimnega značaja, srečujejo z močnimi čustvenimi reakcijami. Pacientka občuti, da je morda njena bolezen kazen za greh. Bolezen slabo poznajo, dobijo popačene informacije, zato je zelo pomembna usklajenost zdravstvenega tima, ki se kaže tudi s komunikacijo. Pacientko je potrebno vključiti v tim, dobiti mora občutek, da je sprejeta, da je nihče ne obsoja in da bo

narejeno vse, da bo čim prej okrevala, tako fizično kot psihično (Škufca, Vegelj Pirc, 2003).

Telesna podoba z ginekološkega vidika

Telesna samopodoba ni odvisna zgolj od tega, kako presojamo sami sebe, ampak tudi od odziva drugih na nas. Spremenjena telesna podoba je danes pomembno področje zdravstvene nege. Pri številnih pacientih s spremenjeno telesno podobo je le-ta osnovni del načrta zdravstvene nege (Payne, Walker, 2002). Izguba maternice pomeni za žensko in partnerja izgubo ženskosti. Nosečnost je po drugi strani najpomembnejši znak ženskosti. Nezmožnost le-te za žensko pomeni izgubljen status ženske in matere. Ženske zaradi izgube maternice pogosto mislijo, da izgubljajo spolno privlačnost. Bojijo se prezgodnjega staranja. Strah jih je, kako bo s spolnimi odnosi v prihodnje, kako jih bo sprejel partner (Bayram, Beji, 2010). Tesnobnost in težave s spremenjeno telesno podobo pa se ne razvijejo pri vseh ženskah. Do težav prihaja pogosteje pri ženskah, ki so nagnjene k tradicionalni ženski vlogi in imajo reproduktivne organe tesno povezane z občutki lastne vrednosti in nizko samozavestjo. Medicinska sestra mora take ženske prepoznati in jim nuditi ustrezno zdravstveno nego, med celotno obravnavo in zdravljenjem. Osnova je natančno zbiranje anamnestičnih podatkov, ki vključujejo tudi področje spolnosti. Medicinska sestra naj deluje toplo in sočutno, da ženska lahko spregovori o svojih občutkih. Nujna je tudi zasebnost in varovanje podatkov. Ženska mora imeti dovolj časa, da lahko izrazi svoje občutke in strahove, medicinska sestra pa z aktivnim poslušanjem in vzporednimi razlagami skuša razvozlati neizrečene misli (Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004).

Pomen komunikacije s pacientko pred in po operativnem posegu na rodilih

Komunikacija je eden od najpomembnejših elementov odnosa s pacientko (Škufca, Vegelj Pirc, 2003). Uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacientko in njenimi svojci je pogoj za vzpostavitev pozitivnega in konstruktivnega medosebnega odnosa. V takem odnosu se pacientka počuti, da je sprejeta kot človek, kot osebnost, zaupa medicinski sestri in se počuti spoštovano in varno (Hajdinjak, Meglič, 2006). Medicinska sestra, ki je usposobljena in vešča v komunikaciji, je pri svojem delu tudi bolj uspešna. Ustrezno poznavanje pacientke ji je vodilo pri izbiri načina komuniciranja. Dobra komunikacija s pacientko ni zgolj vešče sporočanje informacij, ampak pomeni tudi občutljivo opazovanje pacientkinih neverbalnih sporočil, ki kažejo, kako je novo sporočilo sprejela, in odražajo njene potrebe. Pristop je individualen in v vsaki situaciji se medicinska sestra odloča, kakšno ravnanje je najprimernejše: ni namreč vseeno, ali dodatno strpno dopoveduje in pojasnjuje ali pa molče stoji ob pacientki, se je rahlo dotakne in ji pozorno prisluhne. Če želi medicinska sestra doseči pristno komunikacijo s pacientko, mora imeti jasno izoblikovano mnenje o njej, o njeni bolezni in zdravljenju ter o smislu lastnega dela (Škufca, Vegelj Pirc, 2003).

Namen in cilj

Namen raziskave je ugotoviti, ali ženska, ki ji je bila odstranjena maternica (uterus) zaradi prolapsa (zdrsa), drugače doživlja svojo »izgubo« kot ženska, ki so ji bili odstranjeni le miomi, maternica pa je bila pri posegu ohranjena. Namen raziskave je tudi ugotoviti, kakšen je pogled vključenih v raziskavo na »izgubo« maternice, kolikšna je prisotnost strahu, vprašanj, podpora partnerja ter kolikšna je vloga medicinskih sester.

Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja. Kot instrument smo uporabili nestandardiziran polstrukturiran intervju. Izvedli smo dve študiji primera. Osnovna izbirna kriterija sta bili pacientki z ginekološkim obolenjem v pripravi na operativni poseg. Študijo smo izvedli s pomočjo intervjuja in vodilnih vprašanj s podvprašanji, ki smo jih oblikovali na osnovi pregleda literature (Carr, et al., 2006; Sanchez, Mihelič Zajec, 2005; Wagner, et al., 2005; Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec, 2004). Vprašanja smo razdelili na dva sklopa intervjuja, pri čemer je prvi vseboval osem in drugi sedem vprašanj. Prvi intervju smo izvedli v bolnišničnem okolju v času hospitalizacije pacientk, drugega pa smo izvedli štiri do pet tednov po odpustu iz bolnišnice v pacientkinem domačem okolju. Prvi sklop vprašanj je vseboval demografske podatke, pri čemer nas je zanimala starost pacientk, zakonski stan in število otrok. Nato so sledila vprašanja, ki so se nanašala na obdobje od pojava bolezni, preko celotnega poteka hospitalizacije v bolnišnici in vse do odpusta pacientke iz bolnišnice. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na pacientkino okrevanje in ponovno vključevanje v vsakdanje življenje po odpustu iz bolnišnice. Zanimala nas je tudi psihična podpora pri soočanju z boleznijo s strani medicinskih sester in partnerjev pacientk oziroma njihovih svojcev. Upoštevali smo načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ženski smo seznanili o prostovoljnem sodelovanju v raziskavi, zagotovili smo jima anonimnost, dostojanstvo, možnost zavrnitve ali prekinitve intervjuja ter pridobili pisno soglasje zavoda za potek raziskave.

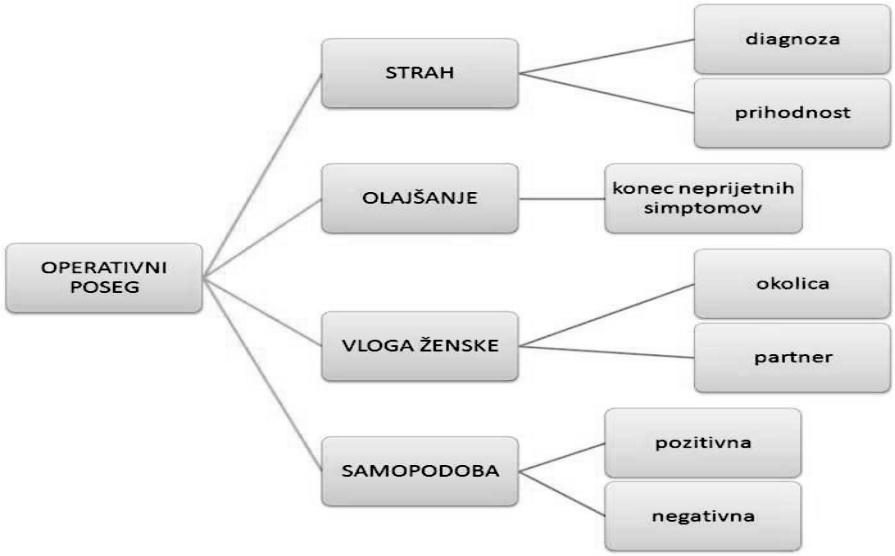
Izbrali smo nenaključni namenski vzorec. V raziskavo smo vključili dve pacientki z različnima diagnozama, ki sta bili sprejeti na ginekološki oddelek bolnišnice. Izbrali smo 56-letno žensko (pacientka A) s

totalno vaginalno histerektomijo zaradi zdrsa maternice in 44-letno žensko (pacientka B) z laparotomijsko miomektomijo.

Uporabili smo vsebinsko analizo besedila. Analizirali smo zbrano gradivo, katerega bistvo je iskanje tem (kod, pojmov) (Bryman, 2004). Kode oziroma pojme smo oblikovali z uporabo odprtega kodiranja, kar pomeni, da smo zapisali vse kode, na katere smo pomislili ob besedilu. Rezultat odprtega kodiranja je bil seznam kod, ki smo jih pozneje razvrstili v podkategorije in kategorije (Vogrinc, 2008).

Rezultati

Na podlagi analize besedila smo oblikovali eno glavno kategorijo (operativni poseg), iz katere smo v nadaljevanju izpeljali štiri podkategorije (strah, olajšanje, vloga ženske in samopodoba) in sedem značilnih kod zanje (diagnoza, prihodnost, konec neprijetnih simptomov, okolica, partner, pozitivna in negativna samopodoba) (Slika1). Navedli smo tudi nekatere pomembne citate anketirank, na podlagi katerih smo določali kode.



Slika 1: *Prikaz kategorij in kod*
Figure 1: *Categories and codes*

Diskusija

Soočanje z diagnozo

Mrak (2001) ugotavlja, da pacientke različno doživljajo svojo bolezen. V naši raziskavi je na začetku obema pacientkama skupen občutek *strahu* zaradi nepoznavanja diagnoze. Pacientko A je bilo predvsem strah samega poteka in izida posega. Največjo skrb pa ji je povzročala misel, ali bo tkivo rakavo ali ne. Pacientka A: *»Skrbelo me je, kako bom prestala operacijo, ali bom zdržala ves ta napor, kako bom prenesla anestezijo, kaj če je tkivo rakavo?«* in še dodaja: *»Ob vseh cevkah, ki so bile nameščene okoli mene, sem se počutila nelagodno. Skrbelo me je, da ne bi po pomoti izpulila vensko kanilo.«* Prav tako je bilo tudi pacientko B strah pred operativnim posegom. Kljub različnim pogledom na operativni poseg je obema pacientkama skupno to, da sta po temeljiti razlagi diagnoze in poteku zdravljenja obe občutili olajšanje, saj je zanju poseg pomenil odrešenje od neprijetnih simptomov, ki sta jih trpeli zadnja leta. Pacientka B: *»Ob tej novici so se mi v glavi pričela porajati razna vprašanja, kot so: Kaj sploh je miom?, Ali to pomeni, da je tkivo rakavo?, Kaj bo z operacijo?, Ali bom sploh operirana? ipd.«*

Zdravstvena vzgoja in informiranje

Informiranje pacientke o postopkih priprave na operativni poseg in kasneje o rehabilitaciji je pomemben ukrep za zmanjševanje stresa. V čakanju na operativni poseg pacientka doživlja različne čustvene reakcije in tudi različna fizična počutja. Medicinska sestra mora prisluhniti problemom, ki jih imajo pacientke. Dejstvo, da jih posluša in ustrezno informira, velikokrat ublaži njihovo stisko, ki jih spremlja v času zdravljenja in rehabilitacije. Naloga medicinske sestre je tudi, da pacientko usposobi za polno, bogato življenje po histerektomiji tudi na področju spolnosti. Vendar Weber (2002) pravi, da zdravstvena nega v praksi bolj malo upošteva spolnost kot življenjsko aktivnost. S tem se strinja tudi Katz (2003) v svoji raziskavi, opravljeni v eni izmed kanadskih bolnišnic. V njej je na podlagi pregleda drugih raziskav ugotovila, da medicinske

sestre ne sprašujejo pacientk o spolnih navadah in ne izvajajo poučevanja ali svetovanja na tem področju. Tudi sodelujoči pacientki v naši raziskavi menita, da bi medicinske sestre morale več pozornosti posvečati spolnosti. Še posebej je te informacije pogrešala pacientka B, saj je zanjo spolnost pomembna vrednota v partnerskem odnosu. Glede informiranosti pacientk o spolnosti po posegu je pacientka B mnenja, da se medicinske sestre zavedajo, da je pogovor o spolnosti del njihove naloge, vendar do te teme morda čutijo neki odpor in strah, da s takim pogovorom ne bi preveč posegale v zasebnost pacientk.

Jeglič, Ramšak Pajk, Mihelič Zajec (2004) navajajo, da je čas bivanja oziroma zdravljenje pacientke v bolnišnici namenjen tudi temu, da pacientke informiramo in poučimo o škodljivostih, ki ogrožajo njeno zdravje, in jim dajemo napotke za njihovo nadaljnje zdravljenje. Tudi Ivanuša in Železnik (2000) sta mnenja, da je med hospitalizacijo potrebno pripravljati pacientko in svojce na domačo oskrbo, ki jo bodo morali izvajati sami. Tudi pacientki v naši raziskavi menita, da je podajanje informacij s strani medicinskih sester in zdravnikov glede načina življenja v domačem okolju zelo pomembno. Obe pacientki sta mnenja, da je bilo podajanje informacij glede domače oskrbe dobro, kljub temu pa sta si želeli, da bi bile informacije še bolj izčrpne. Imeli sta občutek, da sta morali informacije »vleči« iz medicinskih sester, pri čemer so bili zdravniki nekoliko bolj zgovorni. Podobna raziskava (Wagner, et al., 2005) je prepoznala tri tipe žensk, in sicer sodelujoči tip, negotov tip in čustven tip in vsaka reagira ob podajanju informacij ob odpustu na svoj način. Poudarja, da je ravno temu potrebno prilagoditi pristop, obravnavo ter tudi podajanje informacij ob odpustu.

Strah

Mihelčič (2004) pravi, da je že sam sprejem v bolnišnico neprijetno in tesnobno doživetje za pacientko. Stres povzroča že sama bolezen, nezmožnost za delo, strah pred bolečino in strah pred izidom zdravljenja (Carr, et al., 2006). V naši raziskavi pacientka B niti ni imela takšnega strahu pred samim sprejemom in bivanjem v bolnišnici. Veliko večji strah je imela pred svojim fizičnim stanjem po posegu, ker se je zavedala, da bo vsaj deloma odvisna od tuje pomoči. »*Moj mož je zelo veliko službeno odsoten in sem zato pogosto sama doma. Včasih pridejo obdobja, ko svoje starše bolj pogosto vidim kot pa moža.*«

Kot smo že v prvem sklopu raziskave omenili, imata pacientki velik strah pred operativnim posegom in izidom le-tega. Ne samo strah pred operativnim posegom, tudi bolniška soba in njeno okolje je samo po sebi strah vzbujajoče. Podobne rezultate navaja raziskava (Carr, et al., 2006), ki pravi, da so vzroki doživljanja strahu že pričakovanje operacije, sprejema, namestitev v bolnišnici, dejstva postati pacient, nepoznana situacija, nevednost, skrb za svojce. Pacientki sta bili zelo zadovoljni glede seznanjenosti s potekom dela in namenom določenih aktivnosti zdravstvene nege. Počutili sta se varno, pridobili sta si zaupanje v delo zdravstvenega osebja. Tako pacientka A kot pacientka B sta mnenja, da sta imeli mogoče malo strahu pred vsemi »cevkami«, ki so bile napeljane okoli njiju. Pacientka A: »*Ob tej novici so se mi v glavi pričela porajati razna vprašanja, kot so: Kaj sploh je miom?, Ali to pomeni, da je tkivo rakavo?, Kaj bo z operacijo?, Ali bom sploh operirana? itd.*« Pacientka B: »*Ob vseh cevkah, ki so bile nameščene okoli mene sem se počutila nelagodno. Skrbelo me je, da ne bi po pomoti izpulila vensko kanilo.*«

Pacientki A je bila opravljena vaginalna histerektomija, zato rana oziroma šivi pri njej niso vidni. Pravi, da v primeru laparotomijske operacije brazgotina ne bi dosti vplivala na njeno samopodobo. Zanjo ima glaven pomen zdravje, ne videz brazgotine. Na to drugače gleda pacientka B. Zanjo ima brazgotina pomen ranljivosti in nepopolnosti. Ob pogledu na svojo rano je občutila gnus in obenem strah, kako bo videti brazgotina poleti v kopalkah. Iz njene mimike je bil ta gnus tudi očitno opazen, saj se je njeno čelo med govorom močno nagubalo, nekoliko je tudi pordela v obraz. Rdečica obraza je nakazala tudi na njen občutek sramu pred brazgotino. Spet drugačne rezultate navaja raziskava, izvedena v eni izmed ameriških bolnišnic. Roets (2007) ugotavlja, da je samopodoba pri večini žensk, ki jim je bil opravljen ginekološki operativni poseg, nedvomno nizka. Pacientke so v omenjeni raziskavi svoja čustva do opravljenega posega opisovale kot sram, strah, agresivnost, frustracijo in obupanost.

Podpora partnerja in svojcev

Chou in sodelavci (2006) ugotavljajo, da je za večino žensk partnerjeva podpora bistvenega pomena, ker jim daje moč in motivacijo za nadaljnje zdravljenje. Kljub temu se pacientke sprašujejo, kako bo domače okolje reagiralo na predvideni operativni poseg, ali bodo njihovi partnerji in drugi člani družine sprejeli odgovornost v družini med njihovim zdravljenjem v bolnišnici in doma. V naši raziskavi se je izkazalo, da je bila podpora s strani moža in pacientkinih sinov pri pacientki A zelo dobra: »*Mož razume moj strah pred bolečinami, zato upošteva tudi moje želje in me ne sili v nekaj, česar si ne želim.*« Pri pacientki B smo prišli do ugotovitve, da je tako fizično kot psihično podporo prejela večinoma s strani svojih staršev in sestre, s strani moža pa je bila te podpore bolj malo deležna: »*Moža po mojem odpustu iz bolnišnice ni bilo veliko doma, ker je bil večinoma od jutra do poznega popoldneva v službi.*«

Iz tega sklepamo, da je bila pri pacientki B podpora s strani njenega moža že pred posegom nekoliko slabša, kar nam je kasneje med pogovorom tudi zaupala.

Zaključek

V življenju skoraj vsake ženske se kdaj pojavijo večje ali manjše ginekološke težave, če je vključen še operativen poseg rodil, pa je prisoten tudi strah. Obolenja rodil so še posebej občutljivo področje, in sicer predvsem v reproduktivnem obdobju, ko pogosto vplivajo na spolno življenje. Strah lahko vodi v psihosomatske težave, zato je pomembno, da medicinska sestra pacientki nudi zaupanje, da se čim bolj približa njenemu telesnemu, duševnemu, čustvenemu in socialnemu stanju, da ji skuša pomagati s svojim strokovnim znanjem in ji s pravimi informacijami pomaga razjasniti napačne predstave, da ji skuša vlivati pogum, ji dati moč in ji ves čas zdravljenja stati ob strani kot strokovnjakinja negovalka, učiteljica in svetovalka. Medicinske sestre se pogosto premalo zavedajo, kako pomembna je njihova vloga v procesu bolnišničnega zdravljenja.

Ker se je naša raziskava le površinsko dotaknila problema doživljanja žensk ob histerektomiji, bi bilo v prihodnje smiselno in zanimivo raziskavo poglobiti. Glede na pacientkine želje po večji informiranosti o spolnosti po opravljenem ginekološkem operativnem posegu bi bilo smiselno izvesti širšo raziskavo na nacionalnem nivoju in s tem pridobiti informacije, če ter na kakšen način poteka osveščanje pacientk o spolnosti po posegu.

Literatura

Bayram GO, Beji NK. Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. Sex Disabil. 2010;28(1):3–13. http://dx.doi.org/10.1007/s11195-009-9143-y

Bryman A. Social research methods. New York: Oxford University Press; 2004, 392.

Buček Hajdarevič I, Kardoš Z. Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem. Obzor Zdr N. 2000;34(3–4):115–9.

Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. J Clin Nurs. 2006;15(3):341–52. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x PMid:16466484

Chou CC, Lee TY, Sun CC, Lin SS, Chen LF. Husbands' experiences before wives' hysterectomy. J Nurs Res. 2006 14(2):113–22. http://dx.doi.org/10.1097/01.JNR.0000387569.36103.9a PMid:16741861

Drain CB. Perianesthesia nursing: a critical care approach. 4th ed. St. Louis: Saunders; 2003, 581–9.

Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 168–290.

Harkreader H, Hogan MA. Social context of nursing: the nursing profession. 6th ed. St. Louis: Saunders; 2004: 10–2.

Henderson W. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1998: 15–60.

Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000: 100–255.

Jeglič R, Ramšak Pajk J, Mihelič Zajec A. Psihični vidik obravnave pacientk z izrezano maternico z vidika medicinske sestre. Obzor Zdr N. 2004;38(2):143–8.

Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. J Adv Nurs. 2003;42(3):297–303. http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02619.x PMid:12680974

Mihelčič K. Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil: diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2004: 19–26.

Mrak Z. Priprava bolnika na operativni poseg. In: Zver G, ed. Seminar sekcije kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikom Slovenije, Radenci, 25. in 26. oktober. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2001: 23–8.

Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy; 2002: 147–231.

Roets L. The experience of women with genital prolapse. Curationis. 2007;30(3):7–14. Dostopno na. Http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/viewFile/1090/1025 (24. 1. 2013).

Sanchez K, Mihelič Zajec A. Vloga medicinske sestre v celostni pripravi pacientke na operativni poseg rodil. Obzor Zdr N. 2005;39(4):277–84.

Škufca AC, Vegelj Pirc M. Psihoonkologija. Panika. 2003;8(1/2):25–7.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2008: 61–4.

Wagner L, Carlslund AM, Sørensen M, Ottesen B. Women's experiences with short admission in abdominal hysterectomy and their patterns of behaviour. Scand J Caring Sci. 2005;19(4):330–6. http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00349.x PMid:16324056

Weber B. Spolnost v tretjem življenjskem obdobju: diplomska naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2002: 11–31.

Žohar M. Svetovanje medicinskih sester v zvezi s spolnostjo pacientkam, ki jim je bila operativno izrezana maternica v splošni bolnišnici Celje. Obzor Zdr N. 2004;38(3):229–34.

Citirajte kot/Cite as:
Trojar Š, Ramšak Pajk J. Nekateri vidiki doživljanja žensk ob operativnem posegu na rodilih: študija primera. Obzor Zdrav Neg. 2013;47(1):56–61.