

Zdravstvena njega bolesnice s abdominalnom histerektomijom

Križaj, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:337399>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Lucija Križaj

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICE S
ABDOMINALNOM
HISTEREKTOMIJOM

Završni rad

Osijek, 2022.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Lucija Križaj

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNICE S

ABDOMINALNOM

HISTEREKTOMIJOM

Završni rad

Osijek, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku te na osnovi vježbi provedenih u Kliničkom bolničkom Centru Osijek na Zavodu za ginekološku onkologiju s intenzivnim liječenjem.

Mentorica rada: dr. sc. Jasenka Vujanić, mag. med. techn.

Rad ima 32 lista.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Anatomija ženskog spolnog sustava	1
1.2. Miomi maternice	2
1.2.1. Klinička slika.....	3
1.2.2. Dijagnostika	4
1.2.3. Liječenje	4
1.2.4. Komplikacije	5
1.3. Perioperacijska zdravstvena njega bolesnice kod abdominalne histerektomije.....	6
1.4. Proces zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom.....	8
2. CILJ	9
3. PRIKAZ SLUČAJA	10
3.1. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom.....	10
3.2. Prikaz slučaja bolesnice s abdominalnom histerektomijom.....	12
3.2.1. Sestrinska anamneza i status	13
3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege.....	16
3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo.....	18
4. RASPRAVA	20
5. ZAKLJUČAK	23
6. SAŽETAK	24
7. SUMMARY	25
8. LITERATURA	26
9. ŽIVOTOPIS	28

1. UVOD

Ginekologija, iako se bavi patofiziologijom i liječenjem bolesti ženskih spolnih organa, izrasla je iz kirurgije, stoga je time kirurška struka. Ginekologija se dijeli na nekoliko grana: opća ginekologija, dječja i adolescentna ginekologija, ginekološka endokrinologija i humana reprodukcija, ginekološka onkologija, uroginekologija i psihosomatska ginekologija (1). Najčešće bolesti ženskih spolnih organa koje se liječe kirurškim putem su benigni i maligni tumori ženskih spolnih organa, poremećaji mokrenja zbog bolesti ženskih spolnih organa te hitna stanja u ginekologiji. Najčešće vrste kirurških zahvata u ginekologiji jesu: adnektomija, histerektomija, miomektomija, frakcionirana abrazijska, eksplorativna kiretaža, a najčešći kirurškog pristupi zahvata su laparotomijski, laparoskopski, histeroskopski i vaginalni (2). Postoje četiri kirurška pristupa histerektomije, to su abdominalna, vaginalna, laparoskopska i robotski asistirana laparoskopska histerektomija. Abdominalna histerektomija (AH) uključuje uklanjanje maternice kroz kirurški rez u donjem dijelu abdomena. Vaginalna histerektomija (VH) uključuje uklanjanje maternice kroz vaginalni otvor, bez abdominalnog reza. Laparoskopska histerektomija (LH) uključuje kirurški zahvat kroz male rezove u abdomenu (4). Indikacije za histerektomiju su miomi maternice, prolaps genitalnih organa, menstrualni poremećaji, endometriozna i kronična bol (5). Zdravstvena njega bolesnice s abdominalnom histerektomijom usmjerena je prevenciji ili minimalizaciji komplikacija nakon operacije, prilagodbi na promjene, pružanju informacija o stanju bolesnice i liječenju, te k smanjenju boli (2).

1.1. Anatomija ženskog spolnog sustava

Anatomija ženskog spolnog sustava sastoji se od podjele na vanjske i unutarnje ženske spolne organe. Drugi naziv za vanjske ženske spolne organe je stidnica, lat. *vulva*. Vanjski spolni organi ispunjavaju prednji, urogenitalni dio perianalnog područja, a nadalje uključuju stidni brežuljak, male i velike stidne usne, dražicu, predvorje rodnice, vestibularne žlijezde i spužvasta tijela. Stidnica je skup organa koja je smještena ispred i ispod dna male zdjelice u području urogenitalnog trokuta. Urogenitalni trokut je dio perianalnog područja, točnije njegov prednji dio, koji je omeđen spojnica donjeg ruba pubične simfize i obiju sjednih kvrga.

Unutrašnji ženski spolni organi nalaze se između rektuma i mokraćnog mjehura, a uključuju rodnicu, jajnike, jajovode i maternicu. Rodnica je šuplji, neparni organ tanke stijenke. Proteže se od otvora koji je smješten u predvorju rodnice do materničnog vrata. Dugačka je oko osam centimetara, smještena u području male zdjelice (6). Normalna flora mikroorganizama koja se nalazi u rodnici naziva se vaginalna flora, lat. *fluor vaginalis*. Jajnik je spolna žlijezda i parni organ. Desni je jajnik veći od lijevog jajnika (1). Funkcija je jajnika stvaranje i izlučivanje estrogena i progesterona, te stvaranje, sazrijevanje i oslobađanje jajne stanice. Na površini jajnika nalazi se kubični epitel koji je smješten na vezivnoj ovojnici jajnika. Unutar ovojnice nalazi se stroma koja se dijeli na koru i srž jajnika. Jajovod je šuplji, cjevasti, parni organ. Dugačak je od 10 do 15 centimetara. Naziv jajovod proizlazi iz njegove funkcije – provođenje jajne stanice od jajnika do maternice. Jajovod je smješten u području zdjelice. Nalazi se u slobodnom, gornjem rubu maternične sveze (6).

Maternica je neparan, šuplji središnji zdjelični organ. Težine od 50 do 60 grama, oblika obrnute kruške. Funkcija je maternice primanje oplođene jajne stanice, omogućavanje rasta, razvoja i porođaj djeteta. Maternica je funkcionalno podijeljena u tri dijela: trup, suženje maternice, tj. isthmus i vrat maternice. Maternična stijenka ima tri sloja, a to su perimetrij (lat. *perimetrium*), miometrij (lat. *myometrium*) i endometrij (lat. *endometrium*). Perimetrij je vanjski, serozni sloj maternice. Miometrij je mišićni sloj maternice koji je ujedno i najdeblji sloj stijenke. Zbog funkcije koju maternica ima u trudnoći i tijekom porođaja, maternica je podijeljena u dva dijela: kontrakcijski dio ili gornji uterini segment i distrakcijski dio ili donji uterini segment. Kontrakcijski dio čini trup maternice sve do isthmusa, a distrakcijski dio čini vrat maternice. Endometrij je sluznica jednoslojnog pločastog epitela, ona je čvrsto srasla s mišićnim slojem. S obzirom da je maternica najniži organ u ženskom tijelu, ona stoji razapeta suspenzijskim i sustenzijskim sustavom. Suspenzijski sustav čine parni ligamenti: *ligg. lata uteri*, *ligg. rotunda*, *ligg. cardinalia Macendroti* i *ligg. sacrouterina*. Sustenzijski ili potporni sustav čine *diaphragma pelvis* i *diaphragma urogenitale* (1, 6).

1.2. Miomi maternice

Miomi maternice, drugim nazivom fibroidi ili fibromiomi, dobroćudni su tumori trupa maternice koji su građeni od glatkih mišićnih stanica i vezivnog tkiva i čine oko 95 % svih dobroćudnih tumora maternice. Veličina mioma varira od malih pa sve do većih, veličine 20

do 30 cm. Mogu se pojaviti pojedinačno ili njih više (7). Miomi su najčešće korporealnog sijela, a otprilike njih 8 % pojavljuje se u vratu maternice (1). Najčešće se otkrivaju kod žena u dobi od 35 do 50 godina. Do sada još uvijek nije otkriveno što dovodi do toga da dio materničnog mišića počne rasti i formirati dobroćudni tumor. Na rast mioma utječu hormoni, najviše estrogen, pa stoga u reproduktivnoj dobi miomi imaju predispoziciju za rast, dok u postmenopauzi miomi rastom stagniraju ili se smanjuju. Uporaba nadomjesne hormonske terapije i trudnoća mogu pospješiti rast mioma. Čimbenici koji pospješuju nastanak mioma su pozitivna obiteljska anamneza, dakle majka, sestra ili baka imaju miom, dob žena koja je viša od 40 godina, povećana tjelesna težina i prehrana s manjim unosom povrća, te prehrana u kojoj je povećan unos crvenog mesa. Crveno meso povisuje razinu estrogena (7). S obzirom na rast i sijelo, postoje: intramularni miomi, subserozni miomi i submukozni miomi: tip 0, tip 1, tip 2.

Intramularni miomi nalaze se u stijenci miometrija, oni mogu rasti i zauzeti cijelu stijenk. Intramularni su najčešći miomi koji se pojavljuju u žena.

Subserozni miomi rastu prema periferiji stijenske. Parazitski miomi su oni miomi koji se „hrane“ krvnim žilama iz trbušne maramice, a intraligamentarni miomi su oni koji rastu u ligamentima.

Submukozni miomi kako rastu, tako izlaze iz miomske kapsule te dolaze pod endometrij kojeg izdižu, a ponekad mogu ispuniti cijelo materišće. Postoje tri tipa submukoznih mioma. Tip 0 je miom koji strši skoro cijelim promjerom u materišće. Tip 1 je miom koji strši više od 50 % svoje veličine u materišće. Tip 2 je miom koji strši manjom polovicom svoje veličine u materišće (1). Primarni cilj prevencije mioma bio bi ograničiti broj i veličinu mioma, dakle minimizirati simptome i optimizirati trudnoću za žene koje žele imati djecu. Čimbenici rizika s najvećim učinkom na razvoj mioma, na primjer dob, etnička pripadnost i obiteljska anamneza, ne mogu se mijenjati, ali se prehrana i reproduktivni faktori, poput kraćih razmaka između dva poroda i dojenja mogu promijeniti što bi moglo pomoći u prevenciji mioma (9).

1.2.1. Klinička slika

Klinička slika ovisi o smještaju mioma, njegovoj veličini, brzini rasta i odnosu prema okolnim organima. Najčešći je simptom produljeno i obilno menstrualno krvarenje, tj. menoragija i krvarenje između ciklusa. Menoragija je najčešće povezana s intramularnim miomima gdje oni

svojom prisutnošću ometaju normalnu kontraktilnost maternice (10). Ostali simptomi su: bolovi, porast abdomena zbog povećanog rasta mioma, pritisak na mokraćni mjehur ili debelo crijevo, disurija, opstipacija (1). Zbog produljenog i obilnog menstruacijskog krvarenja gotovo redovito se pojavljuju i simptomi sekundarne anemije. Bolove uzrokuje veličina mioma gdje miom rasteže peritonealnu opnu koja prekriva maternicu ili bol nastaje zbog pritiska na okolne organe. Ukoliko se miom nalazi na prednjoj stijenci, on tada uzrokuje osjećaj pritiska u donjem dijelu abdomena i učestalo mokrenje zbog bliskog odnosa s mokraćnim mjehurom. Svojom masom miom može dovesti do retencije mokraće, urinarne infekcije, hidronefrosa i hidrouretera. Kada se miom nalazi na stražnjoj stijenci, tada je moguća okluzija crijeva i stanje kroničnog ileusa. Zbog pritiska na vene nastaju varikoziteti na donjim udovima, edem nogu, flebotromboza i hemoroidalni čvorovi (10). Većina žena koje imaju miome ne prijavljuju simptome, pa su iz tih razloga shvaćanja i znanja žena o ovoj bolesti vrlo mala (11).

1.2.2. Dijagnostika

Postavljanje dijagnoze mioma maternice može biti vrlo složeno zbog brojnih čimbenika: raznolikosti u veličini, mjestu i broju mioma. Simptomi mogu biti različiti među pacijenticama te oni mogu biti vrlo promjenjivi. Simptomi mioma relativno su česti i mogu biti povezani s drugim bolestima, kao što su ovulacijska disfunkcija, endometrioza ili polipi endometrija. Mnoge žene ne povezuju svoje simptome s miomima pa tako mogu ostati nedijagnosticirani neko vrijeme, a neki miomi mogu biti asimptomatski (9). Kada miom nema simptome, on se tada otkriva pri ginekološkom i ultrazvučnom pregledu (7). Dijagnoza se postavlja na temelju promijenjenog obrisa maternice, povećanja maternice i promjene u teksturi tkiva. Ukoliko dođe do sekundarnih promjena, poput nekroze, krvarenja, degeneracije, kalcifikacije, tada se one otkrivaju ultrazvučnim pregledom (10).

1.2.3. Liječenje

Miomi se liječe medikamentoznom terapijom ili kirurškim zahvatom. Medikamentoznoj terapiji pripada liječenje antifibrinolitikima, nesteroidnim protuupalnim lijekovima, oralnim kontracepcijskim pilulama, gestagenima, danazolom, intrauterinim uloškom, GnRH

analozima, aromatičnim inhibitorima, mifepristonom i liječenje CDB-2914, tj. selektivni modulator progesterona. Kirurškim metodama liječenja pripada histerektomija, abdominalna miomektomija, histeroskopska miomektomija, vaginalna miomektomija, laparoskopska miomektomija, fokusirana ultrazvučna operacija vođena magnetskom rezonancom (MRgFUS), embolizacija arterija maternice, ablacija endometrija, mioliza i ligacija arterija maternice (12). Kada se liječenje vrši kirurškim zahvatom, tada je vrlo važna prijeoperacijska dijagnostika kojoj je svrha lokalizirati miom, procijeniti odnos mioma s materištem i odrediti njegovu veličinu kako bi kirurg mogao odrediti pravi put za kirurško uklanjanje (10). Ukoliko žena nema simptoma, terapija nije potrebna, a redovite ginekološke i ultrazvučne kontrole najbolji su izbor. Međutim, ukoliko postoje simptomi, liječenje treba započeti bez oklijevanja (13). Liječenje žena sa simptomima ovisi o nekoliko čimbenika, a to su dob, želja za plodnošću i karakteristike mioma (14). Medicinska terapija mioma maternice temelji se na hipotezi da je miom maternice bolest ovisna o steroidima jajnika; stoga je nedostatak estrogena ili terapija posredovana progesteronom uvijek izbor hormonske terapije. No kirurško se liječenje ne smije zanemariti kao metoda spašavanja u liječenju mioma maternice (13).

1.2.4. Komplikacije

Kao i kod svakog kirurškoga zahvata, tako i kod histerektomije postoje komplikacije.-Moguće su komplikacije kod histerektomije infekcijske i tromboembolijske komplikacije, ozljede genitourinarnog i gastrointestinalnog sustava, komplikacije uzrokovane krvarenjem, ozljede živca; najčešće femoralnog i dehiscencija vaginalne manžete. Infekcijske su komplikacije histerektomije: infekcija vaginalne manžete, inficirani hematoma zdjelice ili apsces, infekcija kirurške rane, infekcija mokraćnog sustava, respiratorne infekcije (15). Žene koje su podvrgnute histerektomiji, zbog vrlo velikih mioma maternice imaju povećan rizik od gubitka krvi (16). Infekcije kirurškog mjesta utječu na tjelesna tkiva, šupljine i organe kojima se manipulira tijekom operacije. Općenito se pojavljuju unutar 30 dana od kirurškoga zahvata (17). Zašto neke žene imaju pozitivne ishode, a neke ne, aspekt je histerektomije koji nije dovoljno proučen. Nije jasno postoje li specifični čimbenici, kao što su kirurški put, popratna adnektomija ili psihosocijalni čimbenici, koji mogu povećati rizik kod žena od loših ishoda nakon histerektomije (18). Pojavnost dugoročnih komplikacija radikalne histerektomije: disfunkcija mokraćnog mjehura (29 %), fisula: vezikalna (0,8 %) i ureteralna (1,2 %), striktura

uretera (1 %), disfunkcija rektuma (80 %), teška konstipacija (5,3 %), limfociste (20 % od toga 2 % kliničke) i limfedem (10 %) (19).

1.3. Perioperacijska zdravstvena njega bolesnice kod abdominalne histerektomije

Zdravstvena njega bolesnice kod abdominalne operacije ženskih spolnih organa usmjerena je smanjenju tjeskobe, zabrinutosti i straha, prilagodbi na promjene koje će nastati u tijeku kirurškog zahvata, otklanjanju tjelesnih simptoma, prepoznavanju komplikacija i usvajanju poželjnog ponašanja. Perioperacijska zdravstvena njega sastoji se od prijeoperacijske, intraoperacijske i poslijeoperacijske zdravstvene njege (2).

Priprema bolesnice za kirurški zahvat uključuje opću prijeoperacijsku pripravu i neposrednu prijeoperacijsku pripravu. Opća prijeoperacijska zdravstvena njega obuhvaća psihološku i fizičku pripremu bolesnice. Svrha je psihološke pripreme osigurati bolesnici najbolju moguću psihološku spremnost za planirani kirurški zahvat; abdominalnu histerektomiju. Psihološku pripremu započinje kirurg koji je postavio indikaciju za kirurški zahvat. Liječnik će bolesnici i njezinoj obitelji objasniti sve potrebne informacije o indiciranom kirurškom zahvatu (3). Fizička priprema obuhvaća opće pretrage i priprema, poučavanje bolesnice i priprema probavnog sustava. U opće pretrage prije kirurškog zahvata pripadaju pretrage vezane za bolest, rutinske pretrage, anamneza, klinički i ginekološki pregled, PAPA razmaz, rutinska laboratorijska obrada. Laboratorijske pretrage krvi koje se provode radi uvida u opće stanje bolesnika su: određivanje krvne grupe i Rh faktora, vrijeme zgrušavanja, krvarenja i protrombinsko vrijeme; ostale su pretrage pregled kardiologa i anesteziologa, EKG, informirani pristanak za kirurški zahvat. Poučavanje bolesnice sastoji se od poučavanja vježbama dubokog disanja, iskašljavanja i vježbama donjih ekstremiteta (2, 3). Neposredna prijeoperacijska priprema obuhvaća intervencije dan prije i na dan operacije. Dan prije operacije provjerava se jesu li obavljene sve potrebne pretrage, razgovara se s bolesnicom uz procjenu njezinog zdravstvenog stanja i pružanje psihološke potpore. Bolesnica mora potpisati pristanak za kirurški zahvat. Mjere se vitalne funkcije. Bolesnici se osigurava prehrana s dovoljnom količinom bjelancevina, ugljikohidrata, vitamina i minerala. Objašnjava se kako će dobiti lako probavljivu hranu za večeru te da do ponoći može uzimati tekućinu, a nakon toga ne. Priprema probavnog trakta provodi se tako što će bolesnica popiti 45 ml Portalak sirupa uz 1,5 do 2 litre vode tijekom dana. Provodi se osobna higijena bolesnice, tuširanje se provodi s 50 ml

antiseptične otopine. Nakon provedenih intervencija primjenjuje se propisana terapija i vadi se krv za interreakciju (3). Na dan operacije potrebno je provjeriti je li bolesnica natašte te je li prisutno menstrualno krvarenje. Nužno je provesti pripremu operacijskog polja i izvesti tamponadu rodnice. Tamponada rodnice provodi se na dan operacije. U rodnicu se uvodi tampon; složeni sterilni tupfer od gaze 20 x 10. Postavlja se tako da se u vaginu stavi stražnji spekulom, anatomskom pincetom uzme se jedan kraj tampona, koji pomoćna medicinska sestra polije 10 % Betadinom i složi u vaginu 2/3 tupfera, a 1/3 ostaje vani. Nakon toga uvodi se urinarni kateter. Upozoriti bolesnicu da skine nakit, proteze, naočale, kozmetičke preparate i ukosnice, te ih spremi u ormarić. Prije odlaska u operacijski blok potrebno je uputiti bolesnicu isprazniti mokraćni mjehur. Obavezno je staviti pokrivalo za glavu, elastične zavoje na noge i identifikacijsku narukvicu. Nakon provedenih intervencija potrebno je pripremiti i provjeriti povijest bolesti, sestrinsku dokumentaciju i kontrolnu listu. Nakon toga medicinska sestra odvozi bolesnicu na bolničkom krevetu do prostorije za pripremu u operacijskom bloku gdje ju predaje medicinskoj sestri članu anestezijskog tima (2, 3).

Svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je što ranije postizanje stanja bolesnice u kojem će ona samostalno zadovoljiti svoje potrebe. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnice pri abdominalnoj operaciji ženskih spolnih organa usmjerena je sprječavanju i prepoznavanju komplikacija, sprječavanju infekcije, otklanjanju tjelesnih simptoma, prilagodbi na promjene nastale tijekom kirurškog zahvata, te usvajanju poželjnog ponašanja (2). Nakon povratka bolesnice u bolesničku sobu iz prostorije za poslijeoperacijski opravak, potrebno je osigurati povoljne mikroklimatske uvjete u bolesničkoj sobi i bolesnicu postaviti u ležeći položaj na leđima ili u položaj na bok, utopeliti ju, promatrati vanjski izgled; boju kože, posebno oko usta i nokte, mjeriti i bilježiti puls, RR, temperaturu, procijenti disanje, mjeriti diurezu. Potrebno je kontrolirati zavoje na kirurškoj rani i na vrijeme uočiti jače krvarenje, promatrati izgled i mjeriti količinu drenažnog sadržaja, primjenjivati i kontrolirati ordiniranu terapiju. Kako bi se spriječio nastanak poslijeoperacijskih komplikacija bolesnicu je potrebno poticati na unaprijed naučene vježbe dubokog disanja i iskašljavanja, vježbe donjih udova te poticati na što ranije ustajanje te redovno provoditi osobnu higijenu i njegu usne šupljine. Prehrana je bolesnice u prvih 48 sati parenteralna, treći se dan postupno prelazi na tekuću dijetu, četvrti poslijeoperacijski dan prelazi se na operacijsku dijetu (2, 3).

1.4. Proces zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom

Dijagnoze u procesu zdravstvene njege polazište su za planiranje i provođenje sestrinske skrbi uz trajnu sustavnu evaluaciju uspješnosti provedbe plana. Prva je faza procesa zdravstvene njege prikupljanje podataka, njihova analiza i definiranje sestrinske dijagnoze. U drugoj se fazi procesa zdravstvene njege utvrđuju prioriteta, definiraju ciljevi, odabiru intervencije i izrađuje se plan zdravstvene njege. Treća faza procesa zdravstvene njege sastoji se od validacije plana, analize uvjeta i realizacija isplaniranog (20).

Evaluacija se navodi kao posljednja faza procesa zdravstvene njege i utvrđuje se jesu li i do koje mjere ciljevi postignuti. Neovisno o ishodu (cilj postignut, cilj djelomično postignut, cilj nije postignut) potrebno je revidirati cjelokupni plan zdravstvene njege. Ponovno planiranje i korekcija planova zdravstvene njege potrebni su ako je: problem još uvijek prisutan, postoji mogućnost ponovnog javljanja već riješenog problema, utvrđeni su novi problemi (20).

2. CILJ

Cilj je rada, na temelju prikaza slučaja bolesnice s abdominalnom histerektomijom, prikazati utvrđene dijagnoze i ciljeve u procesu zdravstvene njege, planirane i provedene intervencije u prijeoperacijskoj pripremi i poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi usmjerenoj rješavanju problema i zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom

Nakon uzimanja anamneze, fizičkog pregleda i pregleda zdjelice provode se laboratorijske pretrage u bolesnica. Dodatni podaci o procjeni uključuju psihosocijalne reakcije bolesnice jer indikacija za kirurškim zahvatom na ženskim spolnim organima, u ovom slučaju histerektomija, može izazvati snažne emocionalne reakcije. Ako se histerektomija izvodi zbog uklanjanja zloćudnog tumora, tjeskoba povezana sa strahom od tumora i njegovih posljedica povećava stres u bolesnice i njezine obitelji. Ove žene mogu biti izložene većem riziku od psiholoških simptoma, fizičkih simptoma, postmenopauzalnog sindroma i povećane upotrebe zdravstvene skrbi poslije kirurškog zahvata (21).

Temeljem prikupljanja podataka i njihove analize, sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom opisane u literaturi mogu biti sljedeće:

1. anksioznost u/s postavljenom dijagnozom, strahom od boli, razmišljanjem o gubitku ženstvenosti;
2. poremećena slika o tijelu u/s promijenjenom plodnošću, strahovima o seksualnosti i promijenjenim odnosima s partnerom i obitelji;
3. akutna bol u/s kirurškim zahvatom i drugom adjuvantnom terapijom;
4. visok rizik za nepridržavanje terapijskog režima u/s nedostatnim znanjem o perioperacijskom tijeku histerektomije i poslijeoperacijskom samozbrinjavanju (21).

Nakon utvrđenih problema u procesu zdravstvene njege slijedi planiranje sestrinske skrbi koje uključuje utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija. U daljnjem tekstu opisani su planovi zdravstvene njege u sestrinskoj skrbi bolesnice s abdominalnom histerektomijom prema rezultatima pretraživanja relevantne literature (21, 22).

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** Anksioznost u/s postavljenom dijagnozom, strahom od boli, razmišljanjem o gubitku ženstvenosti.

Cilj: Bolesnica će tijekom hospitalizacije, nakon provedenih intervencija, verbalizirati smanjenu razinu anksioznosti.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- procijeniti razinu anksioznosti (blaga, umjerena, teška ili panika) kako bi smanjila razinu anksioznosti u bolesnice;
- uspostaviti asertivnu komunikaciju;
- biti prisutna uz bolesnicu;
- podržati postojeće mehanizme suočavanja bolesnice sa stresom (npr. dopustiti bolesnici da priča, plače...);
- govoriti polako i smireno;
- razviti empatijski odnos i suosjećanje s doživljajima bolesnice (npr. tiha prisutnost, dodir, dopuštanje plakanja, razgovor...);
- poštovati osobni prostor (21, 22).

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** Poremećena slika o tijelu u/s promijenjenom plodnošću, strahovima o seksualnosti i promijenjenim odnosima s partnerom i obitelji.

Cilj: Bolesnica će tijekom hospitalizacije, nakon kirurškog zahvata, stvoriti realnu sliku o svome tijelu.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- uspostaviti odnos povjerenja;
- potaknuti ju na izražavanje osjećaja, posebno o tome kako se osjeća, razmišlja ili gleda na sebe;
- potaknuti bolesnicu na postavljanje pitanja o zdravstvenom problemu, njegovom liječenju, napretku i prognozi;
- pružiti pouzdane informacije u skladu s djelokrugom rada;
- argumentirati sve pogrešne predodžbe o sebi, skrbi ili skrbnicima;
- izbjegavati kritiku;
- omogućiti bolesnici privatnost i sigurno okruženje;
- koristiti terapijski dodir, uz pristanak bolesnice (20, 21).

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** Akutna bol u/s kirurškim zahvatom i drugom adjuvantnom terapijom.

Cilj: Bolesnica će, tijekom hospitalizacije, nakon primijenjenih postupaka i ordinirane terapije verbalizirati odsutnost boli ili nelagode.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- objasniti uzrok boli; ako je poznat;
- uspostaviti odnos povjerenja s bolesnicom;
- razgovarati s bolesnicom o čimbenicima koji se odnose na pojačanu bol;
- podučiti bolesnicu kako izbjegavati negativne misli o boli, tehnikama opuštanja i distrakcije;
- primijeniti ordiniranu terapiju;
- nakon 30 minuta ponovno procijeniti bol;
- zamoliti bolesnicu da ocijeni i uspoređi bol prije i nakon terapije;
- procijeniti jesu li lijekovi uzrok umora, nedostatka sna i/ili mučnine prisutne u bolesnice u svrhu smanjenja pojave nuspojava nakon primjene lijekova protiv bolova (20,21).
- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** Visok rizik za nepridržavanje terapijskog režima u/s nedostatnim znanjem o perioperacijskom tijeku histerektomije i poslijeoperacijskom samozbrinjavanju.

Cilj: Bolesnica će tijekom hospitalizacije, nakon razgovora sa zdravstvenim djelatnicima, povećati znanja o perioperacijskom tijeku i poslijeoperacijskom samozbrinjavanju.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- prilagoditi informacije koje se daju bolesnici;
- objasniti bolesnici da više neće imati menstruaciju, ali da se može pojaviti malo krvavog iscjetka nekoliko dana nakon kirurškog zahvata;
- objasniti da je tijekom osobne higijene tuširanje bolje od kupanja u kadi, kako bi se smanjila mogućnost infekcije i izbjegle opasnosti od ozljeda koje mogu nastati prilikom ulaska i/ili izlaska iz kade;
- savjetovati da izbjegava naprezanje, podizanje, spolni odnos ili vožnju dok joj kirurg ne dopusti da nastavi s tim aktivnostima (21, 22, 23).

3.2. Prikaz slučaja bolesnice s abdominalnom histerektomijom

Bolesnica je bila obaviještena o cilju završnog rada, dobila je na uvid pisanu obavijest sa svrhom i važnošću izrade završnog rada te izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog bolesnika za sudjelovanje. Bolesnici je objašnjeno da je sudjelovanje anonimno

te da u radu neće biti navedene informacije koje mogu otkriti identitet bolesnice (ime i prezime, inicijali, bolnička šifra). Bolesnica je dobrovoljno pristala sudjelovati u izradi završnog rada što je potvrdila svojim potpisom u informiranom pristanku. U daljnjem tekstu prikazan je proces sestrinske skrbi za bolesnicu koji obuhvaća sestrinsku anamnezu i status, definirane dijagnoze u procesu zdravstvene njege, ciljeve sestrinske skrbi, planirane i provedene intervencije te evaluaciju.

3.2.1. Sestrinska anamneza i status

Bolesnica N. N. je rođena 1972. godine. Udana je, majka jednog odraslog sina. Živi u kući sa suprugom u prigradskom naselju. Završila je srednju školu i stekla kvalifikaciju za zanimanje poljoprivredni tehničar. Trenutno je zaposlena u struci, kao poljoprivredni tehničar u Hrvatskoj agenciji za poljoprivredu i hranu. Zaprimljena je redovnim prijemom na Zavod za ginekološku onkologiju s intenzivnim liječenjem Kliničkog bolničkog centra Osijek prema dogovoru za kirurški zahvat. Indikacija za kirurško liječenje je medicinska dijagnoza: *Uterus myomatosus, Cystis ovarii lat.sin.*

Bolesnica navodi kako do sada nema kroničnih i drugih bolesti. Nema redovnu terapiju. Majka joj je preminula od infarkta miokarda, a otac je dobrog zdravlja. Redovno obavljala sistematske i ginekološke preglede te se pridržavala uputa i savjeta liječnika.

Na redovnom sistematskom pregledu prije tri godine otkriven je jedan miom na maternici, a na zadnjem redovnom ginekološkom pregledu u svibnju tekuće godine su otkrivena dva mioma na maternici i cista na lijevom jajniku zbog čega je indicirano kirurško liječenje. Bolesnica do sada nije uočila alergiju na lijekove i hranu niti preosjetljivost na ostale alergene. Pušila je od 10 do 15 cigareta dnevno. Sada ne puši 20 godina, alkohol ne konzumira.

Nema redovnu terapiju, a lijekove rijetko koristi. Tijekom sadašnje hospitalizacije propisana joj je terapija: Analgin amp. x 2 i.v. u 15 i 23 h i Tramal 2 x 100 mg i. v. u 12:30 i 18:30 h, Clexane 40 mg s. c. u 22 h, Sanval 5 mg ½ tbl u 20 h dan prije operacije, Reglan amp i. v. u 20 h nakon operacije.

Bolesnica navodi kako joj je apetit uredan. Dnevno ima tri do četiri obroka. Navodi: „Jedem kad sam gladna.“ Voli jesti govedinu i puretinu, te povrće. Nema poteškoća prilikom pripremanja i konzumiranja hrane. Ne koristi dodatke prehrani, ima uredne i redovite obroke.

U bolnici joj se sviđa hrana. Appetit joj je oslabljen tijekom hospitalizacije, ali sve pojede što dobije. Bolesnica je kod kuće dnevno pila do dvije litre tekućine, najviše vode i kave. U bolnici pije oko jedne litre vode. Navodi kako se trudi što više jesti i piti kako bi se uspjela oporaviti od kirurškog zahvata.

Bolesnica navodi kako kod kuće, a i sada u bolnici nema problema s eliminacijom. Kod kuće je stolicu imala jednom dnevno ili svaki drugi dan. Navodi kako je normalno kontrolira i ne koristi čajevne niti ostala sredstva za lakše pražnjenje crijeva. Stolica je normalne konzistencije i boje, bez primjesa. U bolnici je treći poslijeoperacijski dan imala stolicu, te od tada redovno svaki dan. Kod kuće je mokrila sedam do osam puta dnevno i ne mokri noću. Urin je zlatno žute boje, bez neugodnog mirisa i primjesa. Na dan operacije uveden je urinarni kateter koji je izvađen nakon 24 sata, a bolesnica je nakon toga uspostavila prirodnu kontrolu nad mokrenjem, U bolnici mokri šest puta tijekom dana.

Bolesnica se inače voli šetati prirodom i raditi u vrtu. Voli se šetati sa suprugom i kućnim ljubimcem. Kod kuće joj nije bila potrebna pomoć druge osobe u obavljanju kućnih poslova, pripreme hrane, odlaska u trgovinu, ali joj suprug pomaže. Tušira se navečer prije spavanja, toplom vodom i koristi Nivea gel za tuširanje. U bolnici prilikom promjene položaja koristi trapez. Prva dva dana nakon kirurškog zahvata nije mogla samostalno oprati noge i leđa. Nakon toga osobnu higijenu obavlja samostalno uz nadzor medicinske sestre. Tušira se svako jutro, toplom vodom bez uporabe gela za tuširanje, pritom pazeći na kiruršku ranu da se ne smoči. Prvo ustajanje je bilo 24 sata nakon kirurškog zahvata. Tijekom dana na odjelu hoda hodnikom, ali se brzo vrati u sobu jer ju kirurška rana boli tijekom dužeg hodanja.

Bolesnica navodi kako kod kuće nije imala problema sa usnivanjem i spavanjem. Odlazila na spavanje oko 22:30 h, a budila se svakodnevno zbog odlaska na posao u 5:20 h. Spavala u kontinuitetu šest do sedam sati. Voli spavati u hladnijoj prostoriji s povišenim uzglavljem kreveta i jednim jastukom. Koristi pamučne pidžame. Nema naviku odmaranja i spavanja poslije podne. Lijekove za spavanje nije koristila. Sada u bolnici navodi kako se budi tri do četiri puta tijekom noći, teško zaspi nakon toga, ujutro se budi umorna i neispavana. Navodi kako je u bolesničkoj sobi zagušljivo i vruće, zbog toga spava u spavaćici kratkih rukava.

Bolesnica navodi kako nema problema s koncentracijom i pamćenjem. Dobro čuje na oba uha i ne koristi slušni aparat. Od pomagala koristi samo dioptrijske naočale za čitanje. Protiv bolova kod kuće bolesnica koristi nesteroidne antireumatike, pomaže joj ležeći položaj, opušta ju prozračena i hladnija soba. U bolnici se bolesnica žali na bol, izjavljuje: „Boli me rana“. Na

skali od 0 do 4 bolesnica procjenjuje bol ocjenom 3. Bol je opisala kao neugodnu, oštru grčevitu bol u području kirurške rane. Bol se pojavljuje u poslijepodnevnim i večernjim satima, prilikom hodanja. U bolnici su joj propisani analgetici: Analgin amp. X 2 i.v. u 15 i 23 h i Tramal 2 x 100 mg i. v. u 12:30 i 18:30 h. Nakon primijenjene terapije leži na leđima u krevetu s ispruženim nogama i povišenim uzglavljem.

Sebe je opisala kao društvenu osobu koja voli oraspoložiti druge ljude. Komunikativna je i optimistična osoba. Nije tjeskobna. Zadovoljna je sobom kao osobom i smatra kako je postigla sve ciljeve u životu. Pozitivno je prihvatila činjenicu odstranjivanja maternice jer smatra kako je to potrebno da bi bila zdrava. Zadovoljna je tijekom liječenja.

Bolesnica živi u obiteljskoj kući sa suprugom. Sin se odselio prije dva mjeseca, zbog zaruka i useljenja sa zaručnicom. Smatra da nije usamljena osoba i zadovoljna je odnosima s kolegama na poslu. Obitelj joj ne može doći u posjet zbog trenutne epidemiološke situacije. Dobro je prihvatila činjenicu da joj obitelj ne može doći u posjet u bolnicu.

Menarhe s 13 godina. Imala je redovite, ali bolne menstrualne cikluse. Kod bolova je uzimala nesterodine antireumatike. Rodila je u 24. godini života vaginalnim porodom. Drugih trudnoća i pobačaja nije bilo.

Navodi kako je u životu imala stresnih događaja i teško se nosila s njima. Stresni joj je događaj bio gubitak majke prije godinu dana. Obitelj joj je najveća podrška. Kod kuće ju smiruju kućanski poslovi, rad u vrtu i razgovor s drugom osobom. U bolnici nije pod stresom. Ukoliko je uznemirena, smiruje ju razgovor s medicinskom sestrom i obitelji putem mobilnog telefona.

Bolesnica navodi kako je vjernik, vjera joj pomaže u životu. Nema ograničenja s hranom u svezi vjere. Kod kuće i tijekom hospitalizacije moli se u večernjim satima.

FIZIKALNI PREGLED:

Bolesnica je normalno pokretna, orijentirana u vremenu i prostoru, svjesna sebe i događaja.

Tjelesna visina: 162 cm, tjelesna težina: 72 kg, BMI: 27,4.

Tjelesna temperatura mjerena tubarno 36,2° C. Puls je dobro punjen, pravilnog ritma i frekvencije 78 otkucaja u minuti. Krvni tlak mjeran na lijevoj ruci u sjedećem položaju iznosi 120/90 mm/Hg. Disanje je normalne dubine, bez pojave dispneje i patoloških zvukova, a frekvencija disanja je 17 udisaja u minuti. Boja i toplina kože normalna, turgor kože normalan,

bez prisutnih edema, svrbeža i koštanih izbočenja. Usna je šupljina bez patoloških promjena i uredne salivacije. Zubi su sanirani i nema zubnu protezu. Procjena za nastanak dekubitusa na Norton skali iznosi 19 bodova.

3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege

Tijekom hospitalizacije utvrđene su sestrinske dijagnoze i provedene planirane intervencije sa svrhom zadovoljavanja potreba bolesnika i postizanje što ranije samostalnosti uvažavajući pri tome načela sestrinske skrbi i individualni pristup bolesniku.

Nakon utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom i definiranja sestrinskih dijagnoza, slijedila je izrada planova u procesu zdravstvene njege.

1. Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: Akutna bol u/s kirurškim zahvatom 2^o histerektomijom što se očituje pojavom neugodne i oštre grčevite boli u području kirurške rane, izjavom bolesnice: „Boli me rana“ i procjenom na skali za bol od 0 do 4 ocjenom 3.

Cilj: Bolesnica će, tijekom hospitalizacije, nakon primijenjene terapije verbalizirati smanjenu razinu boli i bol će procijeniti na skali za bol od 0 do 4 ocjenom 1.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- prepoznati znakove boli u bolesnice;
- poticati bolesnicu da verbalizira osjećaj boli;
- izmjeriti vitalne funkcije bolesnice;
- obavijestiti liječnika o bolesničkoj boli;
- ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol;
- primijeniti propisanu terapiju;
- objasniti bolesnici da zauzme ugodan položaj; ležeći položaj s ispruženim nogama i povišenim uzglavljem;
- podučiti bolesnicu da izbjegava pritisak i napetost bolnog područja;
- podučiti bolesnicu tehnikama relaksacije;
- osigurati povoljne mikroklimatske uvjete u sobi; prozračiti sobu;
- ponovno procijeniti bol u bolesnice 20 minuta nakon primijenjene terapije.

Evaluacija: Bolesnica je tijekom hospitalizacije, nakon primijenjene terapije verbalizirala smanjenu razinu boli i procijenila bol na skali za bol od 0 do 4 ocjenom 1. Cilj postignut.

2. Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: Isprekidan san u/s nepovoljnim mikroklimatskim uvjetima što se očituje buđenjem bolesnice tri do četiri puta tijekom noći, težim usnivanjem nakon toga i jutarnjim umorom i neispavanošću.

Cilj: Bolesnica će tijekom hospitalizacije, nakon provedenih postupaka, spavati 7 sati u kontinuitetu, ujutro će bit odmorna i naspavana.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- poticati bolesnicu na laganu dnevnu aktivnost sukladno njezinim fizičkim mogućnostima nakon kirurškog zahvata;
- savjetovati bolesnici promjenu prehrambenih navika; smanjiti konzumaciju kofeina prije spavanja;
- podučiti bolesnicu tehnikama relaksacije prije spavanja;
- osigurati bolesnici hladniju i prozračenu sobu, otvaranjem prozora na kip i otvorenim vratima sobe;
- osigurati bolesnici spavaćicu kratkih rukava;
- osigurati bolesnici povišeni položaj podizanjem uzglavlja kreveta i dodavanjem jastuka.

Evaluacija: Bolesnica je nakon provedenih postupaka, spavala 7 sati tijekom noći u kontinuitetu, ujutro se budila odmorna i naspavana. Cilj postignut.

3. Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: Visok rizik za infekciju u/s kirurškom ranom.

Cilj: Bolesnica tijekom hospitalizacije neće razviti simptome i znakove infekcije kirurške rane, rana će cijeliti primarno.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- podučiti bolesnicu o važnosti održavanja higijene ruku, osobne higijene, čistoći osobnog i posteljnog rublja;
- promatrati bolesnicu i mjeriti vitalne funkcije;
- pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza krvi i izvijestiti o njima, ukoliko se promjene pojave
- pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije kirurške rane;

- pratiti izgled izlučevina bolesnice;
- pripremiti bolesnicu za previjanje kirurške rane; objasniti svrhu i važnost te postupak;
- pripremiti prostor u kojem se odvija previjanje;
- izvesti pravilan postupak previjanja kirurške neinficirane rane u aseptičkim uvjetima i prema prihvaćenom standardu;
- zbrinuti bolesnicu i osigurati udoban položaj;
- rasprijeti pribor i upotrijebljeni materijal na pravilan način;
- evidentirati učinjeno;
- uočiti na vrijeme prve simptome i znakove infekcije kirurške rane.

Evaluacija: Bolesnica tijekom hospitalizacije nije razvila infekciju kirurške rane, rana cijelila primarno. Cilj postignut.

3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo

Bolesnica N. N. rođena je 1972. godine. Zaprimljena je redovnim prijemom na Zavod za ginekološku onkologiju s intenzivnim liječenjem Kliničkog bolničkog centra Osijek prema dogovoru za kirurški zahvat. Indikacija za kirurško liječenje je medicinska dijagnoza: *Uterus myomatosus, Cystis ovarii lat.sin.*

Utvrđene su sljedeće dijagnoze u procesu zdravstvene njege:

1. akutna bol u/s kirurškim zahvatom 2^o histerektomijom što se očituje pojavom neugodne i oštre grčevite boli u području kirurške rane, izjavom bolesnice: „Boli me rana“ i procjenom na skali za bol od 0 do 4 ocjenom 3;
2. isprekidan san u/s nepovoljnim mikroklimatskim uvjetima što se očituje buđenjem bolesnice tri do četiri puta tijekom noći, težim usnivanjem nakon toga i jutarnjim umorom i neispavanošću;
3. visok rizik za infekciju u/s kirurškom ranom.

Ad 1. Bolesnica je nakon kirurškog zahvata izrazila bol u području kirurške rane te procijenila intenzitet na skali za bol od 0 do 4 s 3. Bolesnici je omogućen povišeni položaj sa savijenim nogama u koljenima. Redovito su mjereni vitalni znakovi, kontrolirani laboratorijski nalazi, promatrano stanje, izgled i ponašanje bolesnice. Uočeni su i otklonjeni situacijski činitelji te

primijenjena ordinirana terapija. Bolesnica je poučena tehnikama relaksacije i poticana na njihovu primjenu. Preporuča se nakon otpusta kući izbjegavati teže fizičke poslove, tijekom odmaranja zauzimati povišeni položaj s nogama savijenim u koljenu te prema potrebi primijeniti analgetike propisane od strane liječnika obiteljske medicine.

Ad 2. Bolesnica je nakon kirurškog zahvata verbalizirala buđenje tijekom noći zbog vrućine i zagušljivosti u bolesničkoj sobi. Ujutro se budila umorna i nenaspavana. Bolesnicu se poticalo na laganu dnevnu aktivnost sukladno njezinim fizičkim mogućnostima nakon kirurškog zahvata. Poučena je tehnikama relaksacije prije spavanja. Bolesnici je savjetovano smanjiti unos kave prije spavanja. Bolesnička je soba prije spavanja prozračena, a prozor ostavljen otvoren na kip. Osiguran je povišen položaj i spavaćica kratkih rukava. Preporuča se kod kuće procijeniti uvjete spavanja, osigurati prozračenu prostoriju, povišen položaj i spavaćicu kratkih rukava, te smanjiti unos kave.

Ad 3. Kod bolesnice je postojao visok rizik za infekciju u području kirurške rane. Bolesnici je objašnjena svrha, važnost i postupak previjanja kirurške rane. Pripremljen je prostor u kojem se odvijalo previjanje te je izveden pravilan postupak previjanja kirurške neinficirane rane u aseptičkim uvjetima prema prihvaćenom standardu. Nakon previjanja kirurške rane, bolesnici je osiguran udoban položaj. Pribor i upotrijebljeni materijal raspoređen je na pravilan način. Preporuča se nakon otpusta kući nastaviti postupak s ranom prema pisanim uputama. Obavezna je kontrola u bolnici u dogovorenom terminu.

4. RASPRAVA

Histerektomija za benigne ginekološke bolesti je jedan od najčešćih ginekoloških zahvata. Prema istraživanju iz 2015. godine uspoređena su četiri kirurška pristupa izvođenja histerektomije. Autori su procijenili učinkovitost i sigurnost različitih kirurških pristupa histerektomiji kod žena s benignim ginekološkim stanjima, te su na taj način pokušali odrediti najsigurniji kirurški pristup. U istraživanju je analizirano 47 nasumičnih studija i sudjelovalo je ukupno 5 102 žene (4). Zaključak je autora taj da je vaginalna histerektomija poželjnija od laparoskopske i abdominalne. Vaginalna histerektomija povezana je s bržim povratkom normalnim svakodnevnim aktivnostima za razliku od abdominalne, te je povezana s kraćim tijekom operacije i manje evidentiranih ozljeda mokraćnog sustava od laparoskopske (4).

Nadalje, možemo usporediti sestrinske dijagnoze kod bolesnica s abdominalnom histerektomijom opisane u literaturi i prikazane sestrinske dijagnoze u prikazu slučaja u ovom radu. Kod bolesnica s abdominalnom histerektomijom najčešći su mogući problemi, koji se javljaju u procesu zdravstvene njege, anksioznost, poremećena slika o tijelu, akutna bol i visok rizik za nepridržavanje terapijskog režima. Potencijalne komplikacije nakon kirurškog zahvata mogu biti krvarenje, duboka venska tromboza i disfunkcija mokraćnog mjehura (21).

Od problema koji su navedeni u literaturi kod bolesnice iz prikaza slučaja uočena je akutna bol nakon kirurškog zahvata. Bol je jedan od glavnih problema u procesu zdravstvene njege s kojom se bolesnici susreću nakon kirurškog zahvata. Uzroci produljenog boravka u bolnici upravo su poteškoće koje se javljaju među njima, a najčešće su to bol, mučnina i povraćanje. Nekontrolirana poslijeoperacijska bol, karakteristična za abdominalnu histerektomiju, dovodi do višestrukih komplikacija (24). Jedna je od metoda kontrole poslijeoperacijske boli preventivna analgezija. Prema autorima Farzi F. i suradnicima u tu se svrhu koristi tramadol i gabapentin. Provedeno je istraživanje gdje su autori usporedili učinke tramadola i gabapentina u liječenju boli nakon histerektomije. Kliničko istraživanje provodilo se od rujna 2014. do svibnja 2015. godine na 120 žena u dobi od 35 do 55 godina. Autori su zaključili da je propisivanje tramadola i gabapentina, u premedikaciji, učinkovito u smanjenju poslijeoperacijske boli bez zabrinjavajućih nuspojava (24).

Jedna uočena razlika slučaja prikazanog u ovom radu te slučajeva prikazanih u ranije objavljenoj literaturi izostanak je verbalizacije osjećaja anksioznosti i poremećene slike o tijelu kod bolesnice u ovom slučaju, što je često navedena neugodna posljedica ovakvog zahvata

(21). Moguće je da se kod bolesnice opisane u ovom radu nije pojavio osjećaj anksioznosti zbog dobre i detaljne psihološke pripreme prije samog kirurškog zahvata, kao i pružene psihološke podrške bolesnici nakon kirurškog zahvata te detaljnom obavještanju bolesnice o svim važnim informacijama i mogućim poteškoćama vezanim uz ovu vrstu kirurškog zahvata.

Edukacija pacijenata jedna je od glavnih zadataka medicinskih sestara u perioperativnoj zdravstvenoj njezi. Istraživanja autora Costa i suradnika pokazuje kako dobra edukacija bolesnika prije kirurškog zahvata rezultira većim zadovoljstvom zdravstvene skrbi i smanjenjem razine anksioznosti bolesnika nakon kirurškog zahvata (25). Dobro osmišljen program prijeoperacijske edukacije trebao bi uključivati pacijentove potrebe za učenjem, od trenutka kada prvi put čuju da im je potreban kirurški zahvat do poduke i pripreme za kućnu njegu nakon kirurškog zahvata. Također mogućnost bolesnika da upoznaju članove kirurškog tima, postavbe pitanja i trenutno dobiju povratne informacije na isto, dovodi do povoljnijeg kirurškog iskustva. Pažljivo planiranje, timski rad i povratne informacije bolesniku rezultirat će uspješnom provedbom perioperativne edukacije (25). Zbog dobre informiranosti prije i nakon kirurškog zahvata, kod bolesnice se nije pojavio visok rizik za nepridržavanje terapijskog režima, što je opisano u literaturi (21). Moguće je da je medicinska sestra stvorila osjećaj povjerenja kod bolesnice otvorenom i toplom komunikacijom, te je stoga bolesnica osjećala da je potrebno slušati savjete medicinske sestre o važnosti pridržavanja terapijskog režima.

Zbog nepovoljnih mikroklimatskih uvjeta bolesnica se budila nekoliko puta tijekom noći i budila se umorna i nenaspavana. Poslijeoperacijski poremećaji spavanja česte su poteškoće sa značajnim negativnim učincima na bolesnike, kao što su produljeni oporavak nakon kirurškog zahvata, oštećenje kognitivnih funkcija i osjetljivost na bol. Najčešći činitelji uzroka poremećajima spavanja navedeni u literaturi su: upalni odgovor nakon kirurškog zahvata, ozbiljnost kirurške traume, bol, uporaba anestetika, tjeskoba, čimbenici okoliša kao što je noćna buka i razina noćnog svjetla na odjelu (26). U jugoistočnoj Švedskoj provedeno je ispitivanje u pet bolnica o utjecaju načina anestezije na kvalitetu sna. Istraživanje je pokazalo da su žene u skupini koje su bile podvrgnute općoj anesteziji češće imale lošiju kvalitetu sna nakon kirurškog zahvata u odnosu na žene kod kojih je zahvat izveden u spinalnoj anesteziji (27). Autori navedenog istraživanja navode kako su činitelji uzroka lošoj kvaliteti sna u prvoj poslijeoperacijskoj noći bili opiodi, antiemetici i sposobnost suočavanja sa stresom (27).

Kod bolesnice je nakon kirurškog zahvata postojao visok rizik za infekciju kirurške rane. Infekcija kirurške rane treća je po učestalosti infekcija koje zahtijevaju hospitalizaciju te ju ukupno čini 14 do 16 % ukupnih infekcija. Poznato je da infekcija kirurške rane može zahvatiti tjelesna tkiva, šupljine i organe kojima se manipulira tijekom kirurškog zahvata. Infekcija se općenito javlja unutar prvih 30 dana nakon kirurškog zahvata (28). U istraživanju provedenom u bolnici u Istanbulu, u Turskoj ispitano je 840 bolesnica s infekcijom kirurške rane koje su hospitalizirane. Autori su došli do zaključka da BMI, prijeoperacijska anemija i intraoperacijski gubitak krvi utječe na razvoj infekcije nakon histerektomije. Prema rezultatima pokazalo se da abdominalna histerektomija ima veću incidenciju nastanka infekcije od vaginalne i laparoskopske histerektomije, bez obzira na gubitak krvi tijekom kirurškog zahvata (28).

Holistički je pristup vrlo bitan aspekt u procesu zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom. Povezanost između fizičkog i psihičkog zdravlja, duhovnog blagostanja, socijalnog konteksta i razvoj povezan sa stadijem života bolesnice mora se razumjeti i uzeti u obzir prilikom provođenja zdravstvene njege. Na taj način medicinske sestre mogu dovoljno dobro razviti plan holističkog pristupa bolesnicama, te tako uspješno riješiti utvrđene probleme u procesu zdravstvene njege (21).

5. ZAKLJUČAK

U ovom radu prikazan je slučaj bolesnice s abdominalnom histerektomijom. Tijekom hospitalizacije kod bolesnice su utvrđene sljedeće sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege: akutna bol u/s kirurškim zahvatom 2^o histerektomijom, isprekidan san u/s nepovoljnim mikroklimatskim uvjetima, visok rizik za infekciju u/s kirurškom ranom.

Planirane i provedene intervencije u prijeoperacijskoj pripremi i poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi bolesnice s abdominalnom histerektomijom bile su usmjerene rješavanju problema i zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Bolesnica je tijekom hospitalizacije verbalizirala smanjenu razinu boli nakon primijenjene terapije i procijenila bol na skali za bol od 0 do 4 ocjenom 1. Nakon što je medicinska sestra provela planirane intervencije i osigurala povoljne mikroklimatske uvjete, bolesnica je spavala 7 sati tijekom noći u kontinuitetu i ujutro se budila odmorna i naspavana. Bolesnica nije razvila infekciju kirurške rane, a rana je cijelila primarno.

Kako bi medicinske sestre, koje rade na odjelima ginekološke onkologije, mogle pružiti dobru psihološku podršku i provesti kvalitetnu zdravstvenu njegu hospitaliziranim bolesnicama, moraju biti dobro educirane o procesu zdravstvene njege i stanjima s kojima se susreću, te se cjeloživotno obrazovati i usavršavati.

6. SAŽETAK

Cilj rada: Na temelju prikaza slučaja bolesnice s abdominalnom histerektomijom prikazati utvrđene dijagnoze i ciljeve u procesu zdravstvene njege, planirane i provedene intervencije u prijeoperacijskoj pripremi i poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi usmjerene na rješavanje problema i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba.

Opis slučaja: Bolesnica N. N. rođena je 1972. godine. Zaprimljena je redovnim prijemom na Zavod za ginekološku onkologiju s intenzivnim liječenjem Kliničkog bolničkog centra Osijek prema dogovoru za kirurški zahvat. Indikacija za kirurško liječenje je medicinska dijagnoza: *Uterus myomatosus, Cystis ovarii lat.sin.* Utvrđeni problemi u procesu zdravstvene njege bolesnice s abdominalnom histerektomijom su akutna bol, isprekidan san i visok rizik za infekciju. Bolesnica je tijekom hospitalizacije verbalizirala smanjenu razinu boli nakon primijenjene terapije i procijenila bol na skali za bol od 0 do 4 ocjenom 1. Nakon što je medicinska sestra provela planirane intervencije i osigurala povoljne mikroklimatske uvjete, bolesnica je spavala 7 sati tijekom noći u kontinuitetu i ujutro se budila odmorna i naspavana. Bolesnica nije razvila infekciju kirurške rane, a rana je cijelila primarno.

Zaključak: Kako bi medicinske sestre, koje rade na odjelima ginekološke onkologije, mogle pružiti dobru psihološku podršku i provesti kvalitetnu zdravstvenu njegu hospitaliziranim bolesnicama, moraju biti dobro educirane o ginekološkim bolestima i stanjima s kojima se susreću, te se cjeloživotno obrazovati i usavršavati.

Ključne riječi: histerektomija; maternica; miomi, maternice; perioperacijska, zdravstvena njega

7. SUMMARY

Nursing Care for Patient with Abdominal Hysterectomy

Objectives: To show established diagnoses and expected outcomes in the healthcare process, as well as planned interventions and those that were carried out in preoperative preparation and postoperative nursing care to solve the issue and satisfy basic human needs, all based on the case of patient with abdominal hysterectomy.

Case: Patient N.N. was born in 1972. Patient was admitted through regular admission in Department of gynaecologic oncology with intensive care unit at the Clinical Hospital Centre Osijek per appointment for surgical procedure. Indication for surgical treatment was medical diagnosis: *Uterus myomatosus, Cystis ovarii lat.sin.* Identified problems in the process of nursing care of patient with abdominal hysterectomy are acute pain are irregular sleep and high risk of infection. During hospitalization the patient has verbalised decrease in the feeling of pain after the therapy and assesses the level of pain with number 1 on the pain scale of 0 to 4. After the nurse carried out planned interventions and provided favourable microclimate conditions, the patient slept continuously for 7 hours during the night and woke up rested and fresh in the morning. The patient hasn't developed infection of the wound and the wound has healed by primary intention.

Conclusion: Nurses, who work on department of gynaecological oncology, should be educated about gynaecological diseases and problems that they encounter, and should continue their education and improvement throughout their whole lives to be able to provide psychological support and carry out quality nursing care to hospitalized patients.

Keywords: hysterectomy; uterus; uterine, fibroids; perioperative, nursing care

8. LITERATURA

1. Habek D. Ginekologija i porodništvo za visoke zdravstvene studije. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
2. Prlić, N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika-specijalna. 1. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2019.
3. Prlić N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika-opća. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
4. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(8):1–214.
5. Zhu CR, Mallick R, Singh SS, Auer R, Solnik J, Choudhry AJ i sur. Risk Factors for Bowel Injury in Hysterectomy for Benign Indications. *Obstet Gynaecol.* 2020;136(4):803–10.
6. Karelović D i sur. Infekcije u ginekologiji i perinatologij. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
7. Eljuga Lj, Eljuga D. Odabrane teme iz ginekologije i senologije. 2. dopunjeno izd. Zagreb. Medicinska naklada; 2020.
8. Harmon QE, Brasky TM. Risk factors for uterine fibroids: time to build on what we have learned. *Fertil Steril.* 2020;114(4):755–56.
9. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:1–18.
10. Kurjak A. i sur. Ultrazvuk u ginekologiji i perinatologiji. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
11. Payson M, Leppert P, Segars J. Epidemiology of Miomas. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006;33(1):1–11.
12. Duhan N. Advances in management of uterine myomas. *Front Biosci (Elite Ed).* 2013;5(1):12–22.
13. Cheng MH, Wang PH. Uterine myoma: a condition amenable to medical therapy? *Expert Opin Emerg Drugs.* 2008;13(1):119–33.
14. Closon F, Tulandi T. Uterine myomata: Organ-preserving surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;35:30–6.
15. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):654–73.
16. Parker WH. Uterine myomas: management. *Fertil Steril.* 2007;88(2):255–71.

17. Göksever Çelik H, Çelik E, Turan G, Seçkin KD, Gedikbaşı A. Risk factors for surgical site infection after hysterectomy. *J Infect Dev Ctries*. 2017;11(4):355–60.
18. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2000;95(3):319–26.
19. Habek D, Marton I, Prka M, Tikvica Luetić A i sur. *Forenzička ginekologija i perinatologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
20. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*, 2. neizmijenjeno izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
21. Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SCO, Bare BG. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 10. izd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
22. Carpenito LJ. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. 14. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
23. Gordon M. *Assess notes: Nursing assessment & diagnostic reasoning*. Philadelphia: F.A. Company; 2008.
24. Farzi F, Naderi Nabi B, Mirmansouri A, Fakoor F, Atrkar Roshan Z, Biazar G i sur. Postoperative Pain After Abdominal Hysterectomy: A Randomized, Double-Blind, Controlled Trial Comparing the Effects of Tramadol and Gabapentin as Premedication. *Anesth Pain Med*. 2016;6(1):e32360
25. Kruzik N.: Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN J*. 2009;90(3):381–7.
26. Rampes S, Ma K, Divecha YA, Alam A, Ma D. Postoperative sleep disorders and their potential impacts on surgical outcomes. *J Biomed Res*. 2020;34(4):271–280.
27. Kjølhede P, Langström P, Nilsson P, Wodlin NB, Nilsson L. The impact of quality of sleep on recovery from fast-track abdominal hysterectomy. *J Clin Sleep Med*. 2012;8(4):395–402.
28. Göksever Çelik H, Çelik E, Turan G, Seçkin KD, Gedikbaşı A. Risk factors for surgical site infection after hysterectomy. *J Infect Dev Ctries*. 2017;11(4):355–360.