

Oporavak pacijentica nakon operacije karcinoma jajnika

Skrbinšek, Romana

Master's thesis / Diplomski rad

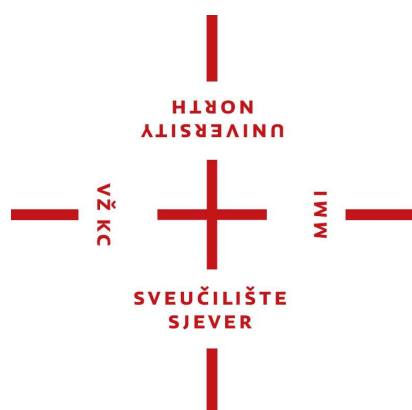
2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University
North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:966361>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 064/SSD/2021

OPORAVAK PACIJENTICA NAKON OPERACIJE
KARCINOMA JAJNIKA

Romana Skrbinšek

Varaždin, ožujak 2021. godina

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – Menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 064/SSD/2021

**OPORAVAK PACIJENTICA NAKON OPERACIJE
KARCINOMA JAJNIKA**

Student:

Romana Skrbinšek, mat.br. 0876/336D

Mentor:

prof. dr. sc. Ino Husedžinović

Varaždin, ožujak 2021. godina

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo	
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu	
PRISTUPNIK	Romana Skrbinšek	MATIČNI BROJ 0876/336D
DATUM	19.4. 2021.	KOLEGIJ Multivarijabilni pristupi u transfuzijskoj medicini
NASLOV RADA	Oporavak pacijentica nakon operacije karcinoma jajnika	
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Recovery of patients after the ovarian cancer surgery	
MENTOR	prof.dr.sc. Ino Husedžinović	ZVANJE prof.dr.sc.
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Rosana Ribić, predsjednik	
	2. prof.dr.sc. Ino Husedžinović, mentor	
	3. doc.dr.sc. Duško Kardum, član	
	4. izv.prof.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član	
	5.	

Zadatak diplomskog rada

BROJ 064/SSD/2021

OPIS

Karcinom jajnika je javnozdravstveni problem čije liječenje uključuje edukaciju, hormonsku terapiju, kemoterapiju, te naposljetku i sam kirurški zahvat - klasičan ili laparoskopski. Oporavak pacijentica nakon operacije karcinoma jajnika ovisi o : stadiju bolesti, pre operativnoj edukaciji i pripremi pacijentice, vrsti i tehnici operativnog zahvata, te postoperativnoj zdravstvenoj njezi i rehabilitaciji. Prepoznavanje bolesti, i individualni pristup u ranom stadiju, daje bolje mogućnosti liječenja, a multidisciplinarni pristup pacijentici - od samog početka liječenja, svakako omogućuje brže i uspješnije liječenje. Uloga svih članova tima je olakšati oporavak pacijentica nakon operativnog zahvata. Medicinska sestra kao voditelj i koordinator sestrinske skrbi iz područja zdravstvene njege, svojim znanjem - može, i mora pozitivno utjecati na prihvaćanje same bolesti. Medicinska sestra također svojim znanjem i postupcima iz područja zdravstvene njege treba pripremiti pacijenticu na novi način života nakon operacije karcinoma jajnika.

ZADATAK URUČEN

22.04.2021



Predgovor

Zahvaljujem mentoru prof. dr. sc. Ini Husedžinoviću na ogromnoj podršci i razumijevanju. Bez njega ne bi bilo ni ovog mog diplomskog rada.

Nakon tri desetljeća rada na odjelu kardiologije u Općoj bolnici u Koprivnici, promijenila sam radno mjesto, te unazad dvije godine radim na odjelu ginekologije. Velika želja bila mi je osvrnuti se na rad medicinske sestre na odjelu ginekologije, te tako upotpuniti svoje znanje.

U mom naumu uvelike su mi pomogle kolegice s odjela ginekologije, te im se od srca svima zahvaljujem.

Zahvaljujem svojoj obitelji, prvenstveno suprugu na pruženoj nesebičnoj podršci, motivaciji i razumijevanju.

Sažetak

Karcinom jajnika spada u zloćudne maligne bolesti koje su sve češće prisutne u suvremenom svijetu, te na taj način postaje veliki javnozdravstveni problem. Liječenje karcinoma jajnika uključuje edukaciju pacijentice, hormonsku terapiju, kemoterapiju, te naposljetku i kirurški zahvat - klasičan ili laparoskopski. Oporavak nakon operacije jajnika ovisi o samom stadiju bolesti, uloženom trudu u preoperativnu edukaciju i pripremu za sam zahvat, zavisi o vrsti i tehnici operativnog zahvata, te o postoperativnoj edukaciji i postupcima zdravstvene njege.

Najvažnije je prepoznati bolest u njenom samom začetku i na taj način povećati uvjete za boljim ishodom, što omogućuje bolje uvjete liječenja i lakši postoperativni tijek. Uloga svih članova tima od neizmjerne je važnosti za postizanje uspjeha kod oporavka pacijentica. Medicinska sestra kao edukator iz područja zdravstvene njege, može svojim znanjem i vještinama pozitivno utjecati na prihvaćanje i ishod bolesti. Medicinska sestra svojim postupcima iz područja zdravstvene njege treba pripremiti pacijenticu na novi način života nakon karcinoma jajnika.

Razvojem suvremene medicine smanjio se broj invazivnih tehnika operacija, te se na taj način ubrzao postoperativni oporavak pacijentica i smanjio broj dana boravka na odjelu. Dolazi do brže mobilizacije pacijentica, smanjenja postoperativnih komplikacija, te komplikacija nastalih zbog dugotrajnog ležanja. Medicinska sestra svojim znanjem i kompetencijama mora biti spremna na takav izazov u 21. stoljeću, mora pratiti trendove i smjernice suvremene medicine, te svojim znanjem pripremiti pacijenticu za život nakon bolničkog liječenja.

Ključne riječi: edukacija, operacija, karcinom jajnika, oporavak

Abstract

Ovarian cancer is one of the malignant malignant diseases that is increasingly present in the modern world, and thus becomes a major public health problem. Treatment of ovarian cancer includes patient education, hormone therapy, chemotherapy, and finally surgery - classical or laparoscopic. Recovery after ovarian surgery depends on the stage of the disease, the effort invested in preoperative education and preparation for the procedure, depends on the type and technique of surgery, and postoperative education and health care procedures.

The most important thing is to recognize the disease at its very beginning and thus increase the conditions for a better outcome, which allows better treatment conditions and easier postoperative course. The role of all team members is of paramount importance for success in patient recovery. A nurse as an educator in the field of health care, with her knowledge and skills can positively influence the acceptance and outcome of the disease. The nurse should use her health care procedures to prepare the patient for a new way of life after ovarian cancer.

With the development of modern medicine, the number of invasive surgical techniques has been reduced, thus accelerating the postoperative recovery of patients and reducing the number of days in the ward. With her knowledge and competencies, a nurse must be ready for such a challenge in the 21st century, follow the trends and guidelines of modern medicine, and use her knowledge to prepare the patient for life after hospital treatment.

Key words: education, surgery, ovarian cancer, recovery

SAŽETAK

<i>Sažetak</i>	5
<i>Abstract</i>	6
1. UVOD	1
2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA JAJNIKA	4
3. KARCINOM JAJNIKA	6
3.1. Model patogeneze epitelnih tumora jajnika	8
4. DIJAGNOSTIČKE PRETRAGE KOD KARCINOMA JAJNIKA	9
5. LIJEČENJE KARCINOMA JAJNIKA	12
5.1. Klasični operativni zahvat u ginekologiji	12
5.1.1. Laparotomija	12
5.2. Endoskopski operativni zahvati u ginekologiji	13
5.2.1. Histeroskopija	14
5.2.2. Laparoskopija (LPSC)	15
5.3. Prognoza liječenja	18
6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD OPERACIJE PACIJENTICA S KARCINOMOM JAJNIKA	19
6.1. Priprema pacijentice dan prije operativnog zahvata	19
6.2. Priprema pacijentice na dan operativnog zahvata	23
6.3. Poteškoće nakon operativnog zahvata	27
6.3.1. Mučnina i povraćanje	27
6.3.2. Štucanje	29
6.3.3. Bol	29
6.3.4. Žed	30
6.3.5. Poteškoće s nadutosti i vjetrovima	30
6.3.6. Poteškoće s mokrenjem	31
6.4. Postoperativne komplikacije	32
6.4.1. Krvarenje (primarno, sekundarno)	32
6.4.2. Infekcija operacijske rane	33
6.4.3. Dehiscencija operacijske rane	33
6.4.4. Duboka venska tromboza	34
6.4.5. Respiratorne komplikacije	34
6.4.6. Spolna disfunkcija	35
7. SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD OPERIRANIH PACIJENTICA SA KARCINOMOM JAJNIKA	36

7.1. Preoperativne sestrinske dijagnoze kod pacijentica sa karcinomom jajnika.....	36
7.2. Postoperativne sestrinske dijagnoze kod pacijentica sa karcinomom jajnika.....	40
8. <i>ZAKLJUČAK</i>	49
9. <i>LITERATURA</i>	50

1. UVOD

Tema ovog diplomskog rada je oporavak bolesnice nakon operacije karcinoma jajnika. Jajnici su parni organi bademasta oblika. Za vrijeme aktivnog spolnog života ružičaste su boje i imaju duboke brazde, a nakon menopauze jajnici atrofiraju i postaju glatki. Karcinom jajnika u nekim zemljama čini od 5% do 10% svih karcinoma žene, i oko 10% karcinoma spolnih organa u žena (1). Ovaj karcinom je jedan od najmalignijih. Broj smrtnih slučajeva oboljelih od karcinoma jajnika približno je jednak broju umrlih od karcinoma grlića vrata maternice, iako je karcinom jajnika po učestalosti 10% rjeđi. Po prilici svaki treći ovarijalni karcinom je maligni ili maligno metastazira. Većina karcinoma jajnika razvija se nakon 40-te godine života, ali se susreću i ranije. Rizični faktori koji su povezani s nastankom karcinoma jajnika su : menopauza, menarhe prije 12-te godine , menopauza nakon 50-te godine života, rađanje prvog djeteta nakon 30-te godine, nadomjesna terapija estrogenima tijekom više od pet godina, uzimanje lijekova za plodnost, prehrana bogata mastima i rafiniranim ugljikohidratima, anamneza karcinoma jajnika, te genetski faktori (oko 10% slučajeva karcinoma jajnika nastaje zbog nasljedne sklonosti). Kako bi otkrili karcinom jajnika u njegovoj ranoj fazi potrebno je obavljati redovite ginekološke preglede. Kada se uoče simptomi i znakovi važno je odmah posjetiti liječnika, kako bi se obavila sva potrebna dijagnostika, i što prije obavio operativni zahvat.

U svijetu od raka godišnje oboli oko 11 milijuna, a umire oko 7 milijuna osoba. Najčešće je dijagnosticiran rak pluća u 1,350.000, rak dojke u 1,150.000, te rak debeloga crijeva u 1,000.000 slučajeva, a najčešći je uzrok smrti rak pluća u 1,180.000, te rak želuca u 700.000 slučajeva godišnje (2). Očekuje se da će u narednim godinama u svijetu od raka oboljeti oko dvije trećine ljudi u visokorazvijenim zemljama, i zemljama u razvoju. Zahvaljujući ranijem otkrivanju, danas u svijetu živi mnogo žena oboljelih od karcinoma jajnika koje su uspješno izliječene ili su u postupku liječenja.. Najčešći karcinomi su : karcinom pluća, karcinom dojke, karcinom želuca i rak prostate.. Prema podacima Registra za rak Republike Hrvatske u našoj se zemlji godišnje (2005. godina) dijagnosticira blizu 21.000 novih bolesnika oboljelih od raka (ne računajući rak kože), a umire blizu 13.000 ljudi (2). Najučestaliji oblici karcinoma u muškaraca su karcinom pluća, karcinom crijeva, karcinom prostate, karcinom mokraćnoga mjehura i karcinom želuca, a u žena karcinom dojke, karcinom debelog crijeva i rektuma, te karcinom jajnika. U Hrvatskoj je

karcinom drugi najznačajniji uzrok smrti od kojega umire gotovo svaki četvrti stanovnik U današnje vrijeme, suvremeni načini rane dijagnostike i liječenja karcinoma omogućuju nam rano otkrivanje bolesti još u predmalignoj fazi, te smanjenje smrtnosti od istih.

Kod nekih pacijentica u anamnezi možemo pronaći genetsku predispoziciju za karcinom jajnika. Razlikujemo tri odvojena obiteljska sindroma s povećanim rizikom nastanka karcinoma jajnika:

1. nasljedni, po sijelu specifični karcinom jajnika
2. nasljedni karcinom dojka/jajnik (povezan s mutacijom tumorskih gena BRCA-1 i BRCA-2)
3. obiteljski sindrom, Lynch II, povećane učestalosti karcinoma (osobit po pojavi nepolipoznog karcinoma crijeva i rektuma, karcinoma endometrija i karcinoma jajnika).

Potrebno je naglasiti podatak da kod žena koje su imale karcinom dojke postoji rizik dva puta veći za karcinom jajnika. Isto tako, žene koje su oboljele od karcinoma jajnika imaju 3-4 puta veći rizik obolijevanja od karcinoma dojke (3).

Razvojem suvremene medicine mijenjao se i način liječenja, te se prednost daje laparoskopskim zahvatima. Unatrag pedesetak godina liječenje karcinoma jajnika bilo je isključivo operativnim putem. Uvođenjem novih smjernica i posoperativni tijek bolesti je lakši i uspješniji.

Najbolji rezultati i prognoze liječenja bolesnica oboljelih od karcinoma jajnika rezultat su multidisciplinarnog pristupa koji uključuje:

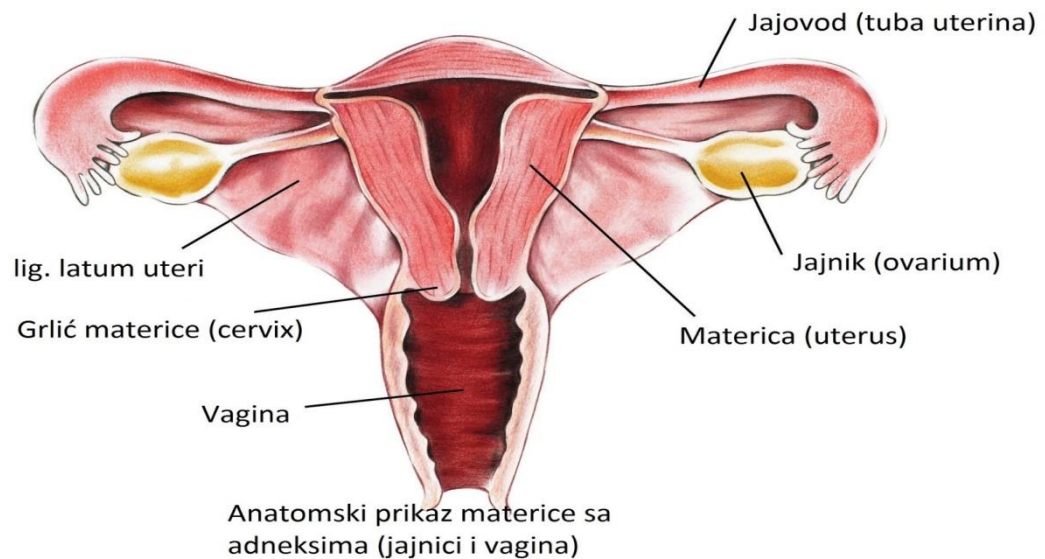
- moderniju dijagnostiku
- pravilnu preoperativnu klasifikaciju tumora
- primjenu onkološke terapije ako multidisciplinarni tim procijeni kao neophodno
- edukaciju bolesnika i njegove obitelji prije operativnog zahvata
- preoperativnu pripremu bolesnika

- kiruršku tehniku koja je prilagođena vrsti bolesti i samom bolesniku
- postoperativnu skrb i edukaciju bolesnika i njegove obitelji
- dobru rehabilitaciju
- primjenu onkološke terapije nakon operativnog zahvata, ako je potrebnom smatra multidisciplinarni tim

Kod suvremenog pristupa liječenju karcinoma sve više se okreće primjeni laparoskopskih tehnika operacije, osim u iznimnim slučajevima kod kojih postoji određena kontraindikacija za izvođenje iste. U današnje vrijeme liječnici mogu izabrati između otvorenog (klasičnog) i laparaskopskog zahvata. Kako se razvijala minimalno invazivna kirurgija stvorila se mogućnost izbora u načinu pristupa operativnim zahvatima. Danas stručnjaci mogu birati između otvorenog operativnog, i laparaskopskog zahvata. Odabirom načina operativnog zahvata medicinska sestra može pravovaljano pripremiti sestrinske dijagnoze i intervencije koje će planirati kod pacijentice, te na taj način olakšati cjelokupni tijek liječenja i oporavak.

2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA JAJNIKA

Jajnici su parni organi bademasta oblika, čvrste konzistencije i nepravilno ulegnute vanjske površine. Normalni jajnici dugački su oko 4 centimetara, te 3 centimetara u širem i od 1 do 1,5 centimetara u užem promjeru. Prekriveni su peritonealnom membranom koja ih oblaže sa svih strana, osim na hilusu, gdje su jajnici pričvršćeni širokom svezom maternice. Jajnici su smješteni lateralno od maternice i kaudalno od jajovoda, s kojim su u bliskom doticaju, premda su anatomski međusobno razdvojeni. Jajnik odrasle žene sastoji se od dvaju neoštro razgraničenih dijelova: kore (cortex) i moždine (medulla). Kora je s vanjske strane pokrivena modificiranim slojem mezotela. Mezotelna ovojnica jajnika se sastoji od jednostavnih pločastih stanica. Taj sloj stanica buja i regenerira, te nakon svake ovulacije nadomiješta manjak na površini jajnika, nastao zbog izbacivanja jajašca. Moždina jajnika građena je od vezivnih stanica, krvnih žila i malih skupina hormonski aktivnih stanica zvanih hilusne stanice. Te su stanice homologne stanicama u testisu i izvor su malene količine muških spolnih hormona što ih jajnik izlučuje u normalnim uvjetima tijekom života.



Slika 1. Anatomija jajnika

Izvor: <https://banjaluka.net/sve-sto-niste-znali-o-cistama-na-jajnicima/>

18.01.2021.

Poznavanje normalne histologije jajnika važno je za razumijevanje normalne i abnormalne funkcije jajnika, te za histološku prosudbu zrelosti jajnika. Poznavanje raznih vrsta stanica što čine koru jajnika važno je za razumijevanje histološke građe raznih cista i tumora što se mogu razviti iz tih stanica. Jajnici su endokrini organi koji ciklički izlučuju estrogene i progesteron. Reprodukcijska se funkcija jajnika temelji na dvjema histološkim sastavnicama : spolnim stanicama i specijaliziranim stanicama ovarijalne strome. Stromalne stanice izlučuju hormone i parakrine čimbenike rasta, bitne za sazrijevanje jajnih stanica, tvorbu folikula i ovulacije. Žuto tijelo ima ključnu ulogu u održavanju trudnoće. Nakon menopauze jajnik atrofira, i njegova se funkcija svede na neznatnu hormonsku sekciju. Reprodukcijska funkcija jajnika je ograničena na 35 do 40 godina i očito ovisi o broju jajnih stanica što uspijevaju sazrijeti i ovulirati. U nekih žena broj jajnih stanica je ustrojstveno malen, i te žene stoga rano ulaze u menopauzu. Sindrom, što se naziva menopauzom nije u cijelosti razriješen, te se govori o iscrpljenosti jajnika.

3. KARCINOM JAJNIKA

Karcinom jajnika je peti uzročnik smrti u ginekoloških pacijentica, ali vodeći kod karcinoma ginekološkog sustava. Ukupno obuhvaća oko 3-5 % svih karcinoma žena. Predložena je podjela karcinoma jajnika u dva tipa s obzirom na njihovu različitu patogenezu i klinički tijek bolesti (4).

Karcinom jajnika tipa 1 (25 %)	Karcinom jajnika tipa 2 (75 %)
Serozni karcinom niskog stupnja malignosti	Serozni karcinom visokog stupnja malignosti
Endometrioidni karcinom niskog stupnja malignosti	Endometrioidni karcinom visokog stupnja malignosti
Klarocelularni karcinom	Nediferencirani karcinom
Mucinozni karcinom	Maligni miješani mezodermalni tumor (karcinosarkom)
Maligni Brennerov tumor	

Tablica 1. Podjela epitelnih karcinoma jajnika s obzirom na patogenezu

Izvor: Marić, J., Klarić, M., Bačić B. Karcinom jajnika-probir i dijagnoza. *Acta Med Croatica*, 68, 273-281. (2014)

Karcinomi tipa 1 pokazuju polaganiji razvoj i gensku stabilnost bolesti naspram karcinoma tipa 2, te se medicinska dijagnoza postavlja u kasnijem stadiju bolesti, te oni čine većinu karcinoma jajnika. Također, objavljene su razne teorije ove bolesti pri čemu značajnu ulogu u nastanku bolesti čine prekursorske promjene u jajovodu odnosno seroznotubularni i intraepitelni karcinom i papilarna tubalna hiperplazija.

U Hrvatskoj su 2010. godine dijagnosticirana su 482 slučaja karcinoma jajnika što čini incidenciju od 21,1 % novih slučajeva na 100.000 žena (5). Dvije trećine karcinoma jajnika otkriju se nakon 50-te godine života, a rizik se povećava trostruko ako je obiteljska anamneza pozitivna na karcinom dojke i jajnika u bliskoj obitelji. Žene s pozitivnom obiteljskom anamnezom posebnu skupinu čine s mutacijom tumora supresorskog gena BRCA 1 i BRCA

2. Pacijentice svrstane u tu skupinu s nasljednim karcinomom dojke i jajnika imaju približno 30% mogućnosti da će razviti karcinom jajnika do 70-te godine života.

U razvijenim zemljama veća je pojavnost karcinoma jajnika, a rizik se povećava sa starijom životnom dobi. Veći broj obolijeva nakon menopauze, a unatoč provedenim istraživanjima i ogromnim naporima medicine, preživljenje se nije značajno promijenilo. Nedostatak simptoma svakako pridonosi toj činjenici, a medicinska dijagnoza se redovito postavlja vrlo kasno, već nakon što se bolest proširila izvan jajnika, te zahvatila ostalo okolno tkivo, pa je zbog toga vrlo važno pomoću specifičnih markera otkriti bolest u ranoj fazi.

Dvije trećine karcinoma jajnika pripada seroznom karcinomu histološkog tipa. Serozni karcinom jajnika, čak njih 80%, uspiju se dijagnosticirati u uznapredovalom stadiju bolesti kada je preživljenje samo 9–35% u prvih pet godina. Razvoj programa prevencije s ciljem ranog otkrivanja karcinoma jajnika, kao i novi terapijski postupci liječenja, nisu uspjeli smanjiti smrtnost od ove opake bolesti. Neuspjeh zasigurno predstavlja činjenica u nedovoljnom razumijevanju nastanka karcinoma jajnika, njegovog mjesta nastanka i prepoznavanje stanica čijom malignom involvacijom bolest nastaje. Karcinom jajnika nije jedinstvena bolest, uključuje različite stupnjeve zrelosti, različite histološke tipove, genske faktore ili faktore okoliša, rizične faktore, promjene u molekulama za vrijeme onkogeneze, odgovore na standardno liječenje, terapiju citostaticima, te naposljetku i različiti ishod bolesti.

Po učestalosti razlikujemo pet histoloških tipova karcinoma jajnika:

- Serozni karcinom visokog gradusa,
- Klarocelularni karcinom jajnika,
- Endometrioidni karcinom jajnika,
- Mucinozni karcinom i serozni karcinom niskog gradusa

Rijedak karcinom jajnika je karcinom prijelaznog epitela. Histološki tipovi karcinoma jajnika, te još neki rijedi, opisani su u literaturi Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) 2003. godine u podjeli tumora ženskog spolnog sustava. U tom razdoblju karcinom jajnika se promatrao kao jedinstvena bolest, te su sve pacijentice tretirane na isti način.

3.1. Model patogeneze epitelnih tumora jajnika

Pretpostavka pojavnosti karcinoma jajnika nije mogla objasniti „teoriju ovulacije” i njezine različitosti. Prema toj teoriji, karcinom jajnika se razvija iz pokrovnog epitela jajnika (6). Do njegovog oštećenja dolazi prilikom ovulacije, te dolazi do reparacije i upalne reakcije, što posljedično dovodi do umetanja u stromu jajnika i stvaranja inkluzionih cista. U procesu cijeljenja, pod utjecajem lokalnih čimbenika i moguće različite vrste hormona, dolazi do maligne transformacije i proliferacije stanica epitela. Epitel jajnika čini jednoslojni epitel, koji se razvija iz epitela abdominalne šupljine fetusa ili celomskog epitela. Osnovu za razvitak jajovoda i maternice predstavlja invaginacija celomskog epitela koji razvijaju Müllerovi kanalići. Raznovrsnost karcinoma jajnika može se objasniti pomoću sposobnosti metastaziranja pokrovnog epitela u različite tipove koji nalikuju epitelu endometrija, jajovoda i endocerviksa, traktu urotela ili gastrointestinalnom traktu. Vodeći se tom mišlju, polazište bolesti je jajnik, a tumori se razvijaju postepeno, od dobroćudnih preko atipično proliferirajućih u zloćudne tumore. Nakon proboja bazalne membrane, šire se okolnim ovojnicama u trbušne šupljine i zdjelične prostore, pa tako metastaziraju pomoću limfne drenaže i krvne cirkulacije u udaljene organe tijela.

4. DIJAGNOSTIČKE PRETRAGE KOD KARCINOMA JAJNIKA

Sumnja na karcinom jajnika u žene počinje s neobjašnjivom distenzijom trbuha, kada nastupe promjene u crijevima, naglim gubitkom na težini, te početnim bolovima u trbuhu. Kod starijih pacijentica postoji velika mogućnost da se radi o karcinomu jajnika. Dobročudne ciste oko jajnika kod mlađih žena mogu predstavljati tumor zametnih stanica.

Dijagnoza karcinoma jajnika može se postaviti na osnovu:

- Bimanualne palpacije
- Ultrazvučnog pregleda
- Pretrage obojenog doplera
- Određivanja vrijednosti serumskih biljega CA-125 i CA-19.9 (1).

Kod sumnje na karcinom:

- učiniti pretragu ultrazvukom (UZV), a nalazi koji upućuju na karcinom uključuju solidnu sastavnicu, površinske izrasline, veličinu > 6 cm, nepravilne obrise i niski vaskularni otpor prilikom određivanja transvaginalnim obojenim Dopplerom. Ascites u zdjelici, odnosno njezina masa upućuje na karcinom jajnika, ali moguće da upućuje i na Meigsov sindrom (fibrom).
- prije operativnog zahvata napraviti kompjuteriziranu tomografiju (CT) ili magnetsku rezonancu (MR) kako bi se uočila rasprostranjenost karcinoma u abdomenu
- određuju se tumorski biljezi, humani korionski gonadotropin (β -hCG), α -fetoprotein, CA 125, te LDH. Povišen CA-125 uočava se kod naprednog stadija karcinoma jajnika, te je blago povišen kod endometrioze, kod upalnih bolesti zdjelice, u trudnoći, kod upale peritoneuma, ili primarnog karcinoma peritoneuma. Miješana cistično–solidna tvorba zdjelice u postmenopauzi ukazuje na karcinom jajnika pogotovo ako je CA-125 u porastu.
- histološka pretraga obavezna je kod tvorbi adneksa, osim ako su dobroćudne. U dobroćudne tvorbe spadaju dermoidne ciste ili teratomi, te ciste folikula. Kada

postavimo sumnju na dobroćudnu tvorbu ultrazvučnu pretragu ponavljamo svakih 6 tjedana. Ako zbog zdravstvenog stanja pacijentice ne možemo izvršiti operacijski zahvat, uzorak tvorbe može se dobiti biopsijom širokom iglom, a ascites citološkom punkcijom.

Kod sumnje ili potvrde karcinoma jajnika kirurškim putem određujemo kliničku proširenost, odnosno stadij. Provodi se incizija na središnjoj liniji trbušne stijenke, kojom se omogućuje pristup gornjem dijelu. Pregled obuhvaća peritonealne površine, ošit, te trbušne i zdjelice organe. Uzorci se uzimaju iz zdjelice, dijafragme i trbušnih dijelova, te biopsijom zdjelice središnjeg i lateralnog dijela peritoneuma. Rani stadij karcinoma obuhvaća uzimanje uzoraka limfnih čvorova zdjelice, ali i paraaortalnih limfnih čvorova.

Histološki prikaz karcinoma jajnika od 1 prema 3 (manje agresivan prema najagresivnijem)

STADIJ	OPIS
I	Karcinom ograničen na jajnike
IA	Karcinom ograničen na jedan jajnik, nema ga na površini, čahura nije probijena
IB	Karcinom ograničen na oba jajnika, nema ga na površini, čahure nisu probijene
IC	Stadij IA ili IB s karcinomom na površini jednog ili oba jajnika, čahura probijena, prisutan ascites koji sadrži maligne stanice
II	Karcinom zahvaća jedan ili oba jajnika, prisutno širenje na zdjelicu (metastaze)
IIA	Širenje metastaza na maternicu, jajovode ili oboje
IIB	Širenje na druga tkiva zdjelice
IIC	Stadij IIA ili IIB s karcinomom na površini jednog ili oba jajnika, čahura probijena, ascites prisutan sa malignim stanicama, peritonealni ispirak sa malignim stanicama
III	U peritoneumu izvan zdjelice potvrđene metastaze, prisutne metastaze na površini jetre, zahvaćeni ingvinalni limfni čvorovi, moguće karcinom ograničen na malu zdjelicu sa širenjem na tanko crijevo
IIIA	Makroskopski,
IIIB	Metastaze histološki potvrđene u peritoneumu, šire se van zdjelice i promjera su manjeg od 2 cm, te nisu zahvaćeni limfni čvorovi

IIC	Potvrđene metastaze u peritoneumu trbušne šupljine, šire se van zdjelice, promjera većeg od 2 cm, zahvaćeni limfni čvorovi ingvinalni ili retroperitonealni
IV	Metastaze su udaljene, metastaze u jetri, izljev u pleuru, za potvrdu IV stadija potreban je pozitivan nalaz citologije

Tablica 2. Kirurško određivanje stadija karcinoma jajnika

Izvor: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and American Joint Committee on Cancer (AJCC), 1999., 2002.

Karcinom jajnika može se otkriti na redovnim ginekološkim pregledima gdje se radi ultrazvučni pregled. Također, kontrolom CA-125 posebno kod žena koje se nalaze u menopauzi i spadaju u visokorizičnu skupinu pacijentica, može se olakšati ishod eventualnog pronalaska istog.

5. LIJEČENJE KARCINOMA JAJNIKA

Liječenje benignih epitelnih karcinoma jajnika isključivo je kirurško. Opseg operacije ovisi o dobi i o reprodukcijskoj anamnezi. U mlađih žena (manje od 40 godina) koje još žele rađati, poželjan je konzervativni kirurški pristup, po mogućnosti laparoskopski. Tada se obično učini jednostrana adneksektomija (odstranjenje jajnika i jajovoda) ili cistektomija (odstranjenje tumora uz očuvanje preostalog zdravog jajničkog tkiva). Ovo vrijedi samo ako je intraoperacijska patohistološka pretraga isključila zloćudnu narav tumora. U starijih žena (više od 45 godina) odlučuje se za histerektomiju i obostarnu adneksektomiju, čak i ako je hitna patohistološka pretraga potvrdila dobroćudnost karcinoma.

Osim kirurške ekscizije, drugi prihvatljivi postupci liječenja karcinoma jajnika ostaju nejasni (1). Objavljene su brojne studije u kojima su nakon operativnog zahvata bolesnice liječene adjuvantnom terapijom (kemoterapija ili radijacija), ali bez rezultata u preživljenju u usporedbi s bolesnicama liječenima samo kirurški. Naprotiv, u nekim od tih studija više je bolesnica umrlo od komplikacija terapije nego od osnovne bolesti. Dodatno liječenje kemoterapijom dobro bi bilo poduzeti kada imamo invazivne peritonejske implantante. Kod recidivirajućih karcinoma treba učiniti sekundarnu kiruršku citoredukciju.

5.1. Klasični operativni zahvat u ginekologiji

5.1.1. Laparotomija

Kirurški je zahvat koji se odnosi na otvaranje abdominalne šupljine. U ginekologiji trbušna šupljina se najčešće otvara uzdužnim rezom (donja medijalna laparotomija, rez pupak-simfiza) koja se može prema potrebi proširiti kranijalno (rez ksifoid– pupak) ili donjim poprečnim rezom (laparotomija po Pfannenstielu) (7). Prikaz najčešćeg načina otvaranja abdominalne šupljine prikazan je na slici 5.1.1.



Slika 2. Prikaz laparotomije

Izvor:https://www.google.com/search?q=laparotomija&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj6vpu3rnuAhUlX4sKHY_4AT0Q_AUoAXoECAgQAw&biw=1920&bih=937#imgrc=ANZT6IHkOfo6IM 21.01.2021.

5.2. Endoskopski operativni zahvati u ginekologiji

Endoskopski zahvati u ginekologiji dijele se na zahvate u šupljini maternice (histeroskopija), te zahvate u abdominalnoj šupljini (laparoskopija) (7.) Danas je poznat veliki napredak endoskopske kirurgije, posebice u području ginekologije. Na taj se način danas rješavaju izvanmaterične trudnoće, benigni adneksalni tumori, sterilizacija, enukleacije mioma maternice, te endometrioze (8). Praktički se svi ginekološki zahvati mogu izvesti laparoskopskim putem.

- Biopsija endometrija
- Razvojne anomalije maternice, priraslice u materištu
- Poremećaj krvarenja, te sumnja na adenomiozu (7).

Indikacije za operativnu histeroskopiju su sljedeće:

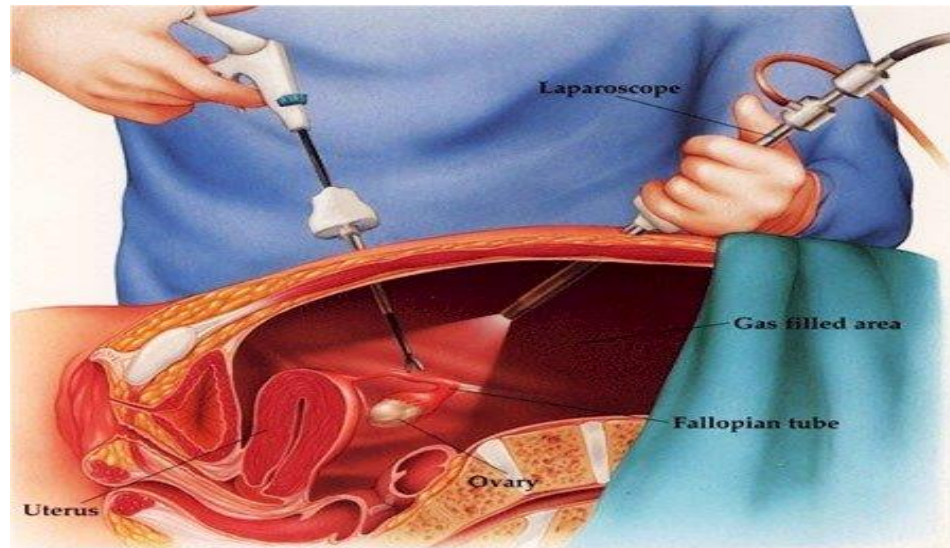
- Strano tijelo u materištu,
- Intrauterini miomi i polipi,
- Resekcija septuma maternice,
- Histeroskopska miomektomija,
- Histeroskopska adhezioliza
- Histeroskopska sterilizacija.

Komplikacije prilikom zahvata možemo podijeliti na:

- Intraoperativne komplikacije (puknuće maternice, mehanička ili termička lezija crijeva, mehanička ili termijska lezija velikih krvnih žila u abdomenu)
- Rane postoperacijske komplikacije (infekcija sluznice maternice, rano krvarenje)
- Kasne postoperacijske komplikacije (recidiv simptoma, nepotpuno izlječenje).

5.2.2. Laparoskopija (LPSC)

Laparoskopija (LPSC) je dijagnostički ili kirurški zahvat na organima u abdominalnoj šupljini, a prikaz se nalazi na slici 5.2.2.



Slika 4. Prikaz laparoskopije

Izvor: https://www.google.com/search?q=laparoskopija+jajnika&tbm=isch&ved=2ahUKewj58sWV6bnuAhWQuKQKHUwABYcQ2cCegQIABAA&oq=laparoskopija+&gs_lcp=CgNpbWcQARgBMgIIADICCAAyAggAMgQIABAEgQIABAEgQIABAEgQIABAEgQIABAEgQIABAYMgQIABAYUIYeWJAKYIkuaABwAHgAgAFciAHWBpIBAjEwmAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWfAAQE&sclient=img&ei=zygQYLnPA5DxkgXMgJS4CA&bih=937&biw=1920#imgrc=MAAqyHtWsoXSGM 26.01.2021.

Potreban je prostor za ulaz instrumenata u abdomen, a kako da bi bilo moguće raditi instrumentima potrebno je podignuti stijenku trbuha i upuhati ugljični dioksid (CO₂). Ugljični dioksid u trbuhu ne smije biti iznad 20 mm Hg, a normalan tlak za rad je između 12-16 mm Hg.

Indikacije za dijagnostičku laparoskopiju su slijedeće:

- Neplodnost
- Nejasna bol u abdomenu
- Procjena karcinoma u zdjelici, a može obuhvaćati miom ili cistu jajnika
- Prirođene anomalije reproduktivnog sustava
- Postavljanje dijagnoze cističnih jajnika

Indikacije za operativnu laparoskopiju uključuju slijedeće:

- Sterilizacija jajovoda
- Rješavanje priraslica na jajnicima i jajovodima
- Operativni zahvat uterosakralnih živaca kod bolova u zdjelici
- Ekscizija cista na jajniku i peritoneumu
- Enukleacija mioma
- Korekcijski operativni zahvati kod nekontroliranog mokrenja i poremećaja dna zdjelice
- Histerektomija ili laparoscopska vaginalna histerektomija
- Neplodnost, odnosno operativno korektivni zahvati na jajovodima
- Paraaortalna limfadenektomija, ali isto tako i zdjelična

Kontraindikacije za operativni laparoscopski zahvat su: kardiorespiratorna bolest, obilno intraabdomnalno krvarenje, akutni ileus, polipi crijeva u trbušnoj šupljini, veliki intraabdominalni tumori, maligna bolest, te visoka trudnoća.

Kao i u ostalim granama kirurgije, tako i u ginekološkoj kirurgiji, prednosti endoscopskog pristupa su:

- Manji operativni rez
- Brži oporavak pacijentica
- Brže vraćanje aktivnostima svakodnevnice

U razvijenim zemljama, te se operacije rade na načelu jednodnevne kirurgije, gdje se bolesnice otpuštaju iz bolnice isti - ili eventualno dan nakon operacije.

5.3. Prognoza liječenja

Preživljenje u prvih 5 godina, uz liječenje u prvom stadiju iznosi od 70 do 100%, u drugom stadiju 50 do 70%, u trećem stadiju 15 do 35%, i u četvrtom stadiju od 10 do 20%. Liječenje, a samim time i prognoza - je lošija kada je histološki stupanj tumora veći, ili kad se operativnim zahvatom ne može u potpunosti odstraniti vidljiva tvorba. U tom slučaju je najbolje kad se zahvaćena tvorba može smanjiti na manje od 1 cm promjera. U trećem i četvrtom stadiju stopa recidiva iznosi oko 70%. (9).

6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD OPERACIJE PACIJENTICA S KARCINOMOM JAJNIKA

6.1. Priprema pacijentice dan prije operativnog zahvata

Prilikom pripreme za operacijski zahvat od neizmjerne važnosti je prepoznati znakove koji mogu poremetiti tijekom anestezije, ali i postoperativni oporavak pacijentica. Kirurški zahvat predstavlja tjelesnu, ali i psihičku traumu koja opterećuje organizam, ne samo u području kirurške rane već i u cijelosti. Stoga, značajnu ulogu u preoperativnom tijeku ima i psihološka priprema. Psihološka priprema važan je aspekt koji direktno utječe na ishod operativnog zahvata jer ako izostane može utjecati i na poremećaj u radu funkcija nekih vitalnih organa (srca, pluća, bubrega), te ozbiljno narušiti zdravstveno stanje pacijentice. Zadaća medicinske sestre je prepoznati znakove koji mogu utjecati na kirurški zahvat i njegov postoperativni tijek. Iz tog razloga medicinske sestre obuhvaćaju pacijentice sestrinskim dijagnozama. Sestrinske dijagnoze postavlja medicinska sestra ili tehničar sa završenim prvostupanjskim obrazovanjem, te na temelju toga piše planirane intervencije za rješavanje istih. Intervencije provodi medicinska sestra ili tehničar sa srednjim stupnjem obrazovanja.

Preoperacijsku pripremu pacijentice započinjemo uzimanjem podataka koji su nam važni za sestrinsku anamnezu. Podatke obično procijenjujemo prema 13 obrazaca M. Gordon. Oni obuhvaćaju procjenu stanja pacijentice, te utvrđivanje rizičnih čimbenika koji mogu dovesti do postoperativnih komplikacija.

Sestrinska anamneza prema M. Gordon započinje prikupljanjem:

- općim podacima o obrazovanju, bračnom statusu, radnom statusu, radnom mjestu, dobi, uvjetima rada
- podacima o životnim navikama (pacijenticama se postavljaju pitanja vezana uz anamnezu medicinske sestre o konzumaciji cigareta, alkohola, odnosima u obitelji, podacima o stanovanju)
- podaci o percepciji i održavanju zdravstvenog stanja - informirat će medicinsku sestru o stavu pacijentice o operaciji i prihvaćanju bolesti, stanju pacijentice kod prijema,

njezinom snalaženju na ginekološkom odjelu, kada je zadnji puta popila lijekove, te da li prihvaća i pridržava se preporuka zdravstvenih radnika vezano uz uzimanje terapije

- prehrana-metabolizam: uobičajeni načini prehrane, podaci o tjelesnoj masi, poteškoće kod uzimanja hrane, uzimanje tekućine, apetit i konzumacija hrane, dijetalne navike, uzimanje suplemenata, podaci o eliminaciji (defekacija i mokrenje)
- podaci o tjelesnoj aktivnosti (ovisnost pacijentice o pomaganju), bavljenje tjelovježbom
- podaci o spavanju: osjećaj odmorednosti i spremnost za dnevne aktivnosti, problem u vezi sa spavanjem, rano buđenje, lijekovi, noćne more, raspored spavanja te dnevnog odmora
- kognitivno-perceptivne funkcije: poteškoće sa zubima (pacijentičini zubi ili proteza), podaci pacijentice o problemima sa sluhom, podaci pacijentice o problemima sa vidom (nošenje naočala), podaci pacijentice vezani uz pamćenje, ima li navike čitanja knjiga, promjene u sjećanju
- samoperceptivni obrazac: kako se pacijentica osjeća, pretežno raspoloženje, što ju ljuti, tjeskoba, potištenost, kakvo mišljenje pacijentica ima o sebi, gubi li nadu, što joj pomaže
- obrazac uloga i odnosi s drugima: problemi na poslu, odnosi pacijentice sa obitelji, problemi u široj obitelji, kako obitelj reagira na hospitalizaciju i medicinsku dijagnozu, osjeća li se usamljeno, ima li prijatelje
- obrazac seksualne aktivnosti i reprodukcije: podaci pacijentice o menstruaciji, trudnoći, zadovoljstvo seksualnim odnosima, promjene, poteškoće, upotreba sredstava i postupaka za sprječavanje začeća
- stres-sučeljavanje i tolerancija: tko pomaže u teškim situacijama, značajni događaji, krize u posljednje vrijeme, je li stres sada prisutan, osjećaj napetosti, uobičajeno ponašanje kada ima velike probleme, uzimanje lijekova.

Medicinska sestra će dan prije operacije posložiti prikupljene nalaze prema važnosti, te ih uložiti u povijest bolesti, educirati pacijenticu o postupcima koji će se obaviti u svrhu preoperacijske pripreme, upoznati je sa eventualnim poteškoćama s kojima se može susresti poslije operacije. Kvalitetna edukacija dovodi do lakšeg prihvaćanja samog tijeka operacije, i bolje suradnje pacijentice u postoperativnom tijeku.

Nakon završetka uzimanja podataka za anamnezu, postavljamo sestrinske dijagnoze i ciljeve, te planiramo sestrinske intervencije koje su nam važne za zdravstvenu skrb.

Strah je najčešći psihički fenomen doživljaja s kojim se pacijentice susreću. Najčešći strahovi pacijentica koje moraju biti podvrgnute operativnom zahvatu su strahovi vezani za sam zahvat, strah od ishoda operacije, bolova, umiranja, te da se pacijentica neće probuditi iz opće anestezije. Popraćen je tjelesnim znakovima tahikardije, lupanja srca, bljedoće, suhim ustima, zujanjem u ušima, drhtanjem tijela i znojenjem. Zbog smanjenih svakodnevnih obaveza, pacijentice više vremena provode razmišljajući o nadolazećem operativnom zahvatu, opterećene su što će biti sa njihovom obitelji, ekonomskim problemima, poslovnim brigama, susret će se sa nepoznatim zdravstvenim radnicima za vrijeme boravka u bolnici, te će ih medicinska sestra poticati na razgovor vezan uz osjećaj straha. Medicinska sestra će pokušati umiriti pacijenticu, educirati ju o tome što je očekuje za vrijeme boravka u bolnici, i na taj način umanjiti njen strah.

Kod primitka na odjel, pozdravljamo pacijenticu toplo i prijateljski, predstavljamo se, pratimo je do sobe u kojoj će boraviti, upoznajemo je sa ostalim pacijenticama, te pokazujemo raspored soba i prostorija koje može koristiti. Uključujemo pacijenticu u provođenje i planiranje zdravstvene njege što pridonosi stjecanju povjerenja, te će doprinijeti i uspješnijoj pripremi za operativni zahvat. Prilikom obilaska, medicinska sestra će razgovorom s pacijenticom provesti edukaciju o operativnom zahvatu koji ju očekuje, a koja je u domeni medicinske sestre, te poticati pacijenticu na postavljanje pitanja, te tako smanjiti razinu straha i tjeskobu, te strpljivo odgovarati na sva pitanja. Također je potrebno provesti edukaciju o aktivnim vježbama ekstremiteta, i vježbama disanja, a s ciljem smanjenja postoperacijskih komplikacija.

Pacijentica na odjel dolazi s transfuzijskim nalazom krvne grupe, Rh-faktora i protrombinskim vremenom, RTG snimkom pluća, EKG-om, te pregledom anesteziologa iz anesteziološke ambulante, te je na ginekološkom odjelu potrebno izvaditi uzorak krvi za provjeru podudarnosti krvne grupe. Na odjelu transfuzije naručuje se krv u količini koju određuje liječnik, a koja je potrebna u slučaju komplikacija, te krvarenja za vrijeme operativnog zahvata.

Dan prije operacije pacijentica dobiva kompletan doručak - pacijentica smije jesti, ali ne previše. Za ručak smije pojesti samo juhu. Nakon toga više ne smije jesti, a tekućinu smije piti koliko hoće, sve do ponoći. Unos tekućine treba kontrolirati. Važno je da za vrućih dana pije dosta tekućine zbog moguće dehidracije. Od tekućine je potrebno piti vodu ili čaj, dok sokove i gazirana pića treba izbjegavati. Vrlo je važno da pacijentica razumije razloge zašto je važno ovako postupati.

Laksativnim sredstvima želimo potaknuti pražnjenje crijeva, a primjenjuju se per os. Svrha laksativa je potaknuti pražnjenje crijeva sve do anusa. Primjena laksativa u preoperativnoj pripremi je kasno prijepodne - oko 12 sati, te Portalak sirup s uputama medicinske sestre kako ga uzeti, ali i sa koliko tekućine ga treba popiti. Klizma je posupak za čišćenje i pražnjenje debelog crijeva, te se primjenjuje preoperativno ulijevanjem tekućine u završni dio crijeva. Tijekom popodneva će pacijentica dobiti prvu klizmu. Svrha klizme je očistiti i isprazniti debelo crijevo od fekalija. Sa nečistim crijevima punim stolice pacijentica ne može ići na operativni zahvat. Zrak u crijevima prilikom operativnog zahvata - koji se smjesti ispod ošita ometa tijekom operativnog zahvata, pa operater ima velikih problema. Drugi razlog je da se infekcija svede na najmanju moguću vjerojatnost. Do infekcije može doći perforacijom crijeva prilikom operativnog zahvata. Treći razlog je taj da - prilikom anestezije kada nastaje relaksacija sfinktera anusa, dolazi do izlaženja stolice za vrijeme operativnog zahvata. Prazna crijeva također smanjuju postoperativnu nadutost. Tijekom preoperativne pripreme dobro obavljenom klizmom za čišćenje crijeva, počinju se sprječavati postoperativne poteškoće.

Nakon primjenjene klizme potrebno je kupanje pacijentice sa dezinficijensom (kupanje u Plivaseptu pjenušavom) koji je sličan sredstvu kojim se pacijentica priprema u operacionoj sali. Uputa medicinske sestre pacijentici je da pažljivo opere pazušno područje, područje trbuha, područje prepona i genitalija, te ispod dojki.

Dan prije operativnog zahvata pacijenticu obilazi anesteziolog, upoznaje se s pacijentičnim zdravstvenim stanjem, terapijom koju uzima, obavlja pregled donjih ekstremiteta vezano uz nastanak tromboze, kronične bolesti, a sve u smislu ordiniranja premedikacije. Anesteziolog evidentira ordiniranu premedikaciju, lijekove vezane uz kronične bolesti koje pacijentica uzima (ako ima problema sa povišenim krvnim tlakom (antihipertenzivi), te antikoagulantna terapija - ako ima problema sa povišenim faktorima zgrušavanja krvi (niskomolekularni Heparin), kojima je cilj smanjiti rizik od embolijskih ugrušaka i na poslijetku - antibiotska profilaksa. Primjenom ordinirane premedikacije započinje sprječavanje postoperativnih komplikacija. Ordinirani lijekovi su prema vrsti i dozi lijeka, te vremenu prema kojemu ih medicinska sestra primjenjuje, a sama primjena počinje navečer dan prije operacije (10). Premedikacija predstavlja pripremu za operativni zahvat, i pripremu pacijentice za operativni zahvat. Davanjem odgovarajućih vrsta lijekova u premedikaciji, pruža se bolja kontrola vitalnih funkcija za vrijeme operativnog

zahvata, brži oporavak od anestezije, bolji postoperativni oporavak, ali i kontrola boli. Premedikacijski lijekovi usporavaju bazalni metabolizam i prag boli, te smanjuju nuspojave anestetika. Svaka premedikacija je prilagođena individualno - svakom pacijentu na svakom kirurškom odjelu, pa tako i za vrijeme ginekoloških operacija, kao što je operacija karcinoma jajnika. Ako dođe do kašnjenja prilikom primjene premedikacije medicinska sestra dužna je o tome obavijestiti anesteziologa. Točnost primjene medicinska sestra potvrđuje potpisom - da je premedikaciju dala u točno vrijeme. Medicinska sestra također kontrolira vitalne funkcije kao što su krvni tlak, temperatura, disanje i puls, ali evidentira i promjene u ponašanju pacijentice, na listi sestriinskog preoperativnog nadzora.

Prema uputi anesteziologa, a ordinirano na premedikacijskom listiću, večer prije samog operativnog zahvata također se primjenjuju sedativna sredstva da pacijentica može mirno prespavati noć, te se primjenjuje antikoagulantna terapija (niskomolekularni Heparin). Tijekom noćne smjene medicinska sestra je dužna obilaziti pacijenticu i kontrolirati spavanje.

6.2. Priprema pacijentice na dan operativnog zahvata

Priprema operativnog područja pacijentice počinje ujutro brijanjem abdomena i stidnice. Brijanje operativnog mjesta pokazalo je da bez obzira koliko to pažljivo izvedemo, nastaju mikro oštećenja kože koja predstavljaju pogodno mjesto za razvitak bakterija, čime se komplicira postoperativni tijek infekcijom na mjestu reza trbušne stijenke.

Posljednjom klizmom želi se odstraniti feces iz debelog crijeva koji je ostao nakon prve klizme, ili stolica, koja je stigla peristaltikom iz tankog crijeva kroz noć u debelo crijevo.

Kompletno kupanje tijela ili tuširanje, mora biti preporučenim dezinficijensom (Plivasept pjenušavi) ili prema protokolu ustanove. Pacijentica nakon kupanja ili tuširanja tijela, odijeva čistu spavaćicu i smješta se u presvučen krevet, koji je pripremila medicinska sestra.

Ukoliko ne postoje promjene kod pacijentice; npr. povišena tjelesna temperatura, šmrncanje, visok ili nizak arterijski krvni tlak, ili početak menstrualnog krvarenja, primjenit će se premedikacija. U slučaju da je nastupilo nešto od navedenog, potrebno je obavijestiti liječnika

koji će odlučiti o daljnjem tijeku operativnog zahvata. Prilikom primjene premedikacije pacijentica skida nakit, šminku, ukosnice za kosu, kontaktne leće ili naočale, lak za nokte, te vadi zubnu protezu. Medicinska sestra treba uputiti pacijenticu na obavljanje velike i male nužde, u smislu pražnjenja mokraćnog mjehura, te stolice. Prilikom primjene premedikacije, primjenjuje se i ostala vrsta terapije, pacijentici se na donje ekstremitete stavljaju elastične čarape ili elastični zavoji. Elastični zavoji se pravilno omotavaju do ingvinalne regije, i tada upozoravamo pacijenticu da ne smije više ustajati iz kreveta bez nadzora medicinske sestre. Na odjelu, prije odlaska u operacionu salu, potrebno je uspostaviti venski put pomoću intravenske kanile i primijeniti eventualno ordiniranu antibiotsku profilaksu, i ordiniranu parenteralnu nadoknadu tekućine.

Spolovilo je potrebno oprati prilikom svakog operativnog zahvata kojim se otvara abdominalna stijenka, bilo da se radi o abdominalnom ili vaginalnom operativnom zahvatu. Medicinska sestra će oprati spolovilo, te prema nalogu liječnika postaviti trajni urinarni kateter.

Trajni urinarni kateter (Folijev urinarni kateter) ima dvije svrhe postavljanja ili uvođenja. Prva svrha je kontrola diureze, a samim time i kontrola bubrežne funkcije, kojom vodimo evidenciju unijete i eliminirane tekućine. Druga funkcija je da se mokraćni mjehur održava praznim kako ne bi smetao operateru tijekom operativnog zahvata - pošto se mokraćni mjehur anatomski nalazi ispred maternice. Nakon toalete spolovila, medicinska sestra priprema pribor i sterilni set za kateterizaciju za sam postupak. Iz seta za kateterizaciju uzima sterilnu anatomsku pincetu, te postavlja po svim pravilima asepsa trajni Folijev kateter odgovarajuće veličine (i to najčešće veličine 16, 18, ili 20 ovisno o veličini same uretre). Nakon uvođenja trajnog katetera medicinska sestra će fiksirati balon u mokraćnom mjehuru pomoću 10 ml redestilirane Aquae kako urinarni kateter ne bi ispao van. Laganim povlačenjem urinarnog katetera provjerava da li je kateter u mokraćnom mjehuru, te da li kateter nije uveden preplitko. Urin iz mokraćnog mjehura ispušta se u urinsku vrećicu.

Nakon adekvatne pripreme pacijentica se odvozi u operacijsku salu na bolesničkom krevetu, sa adekvatnom dokumentacijom, u planirano vrijeme ili na poziv iz operacijske sale. Pacijentica se ne ostavlja bez nadzora, a medicinska sestra boravi uz pacijenticu do dolaska operacionog tima koji je dužan provjeriti pacijentinu identitet i medicinsku dokumentaciju. Pacijentica se premješta sa bolesničkog kreveta na operaciona kolica kojima se odvozi do

operacijskog stola. Zbrinjavanje pacijentice nakon operacije je u prostorima za nadzor i buđenje (recovery room). U recovery-u se kontroliraju vitalne funkcije kao što su puls, arterijski krvni tlak, disanje, oksigenacija, boja kože, znojenje, krvarenje, kontrola boje vidljivih sluznica, a po potrebi se vodi i trajni monitoring. Pacijentica se utopljava.

Procjena anesteziologa je - kada se pacijentica vraća na odjel ginekologije. Primopredaju operirane pacijentice medicinskoj sestri vrši anesteziološki tehničar, te daje ključne podatke o stanju pacijentice tijekom operativnog zahvata (npr. podaci o vrijednostima krvnog tlaka, podaci o akciji srca ili puls, podaci o primjeni transfuzije krvi ili plazme, podaci o krvarenju tijekom operativnog zahvata, podaci u pisanom obliku iz recovery-a, podaci što je pacijentica dobila od ostale terapije - npr. analgetika, te upute o primjeni daljnje terapije analgetika na odjelu ginekologije).

Sestrinska skrb pacijentice poslije operacije uključuje kontrolu vitalnih funkcija, te utopljavanje na odjelu ginekologije. Prilikom dolaska u sobu, medicinska sestra će vršiti trajni monitoring pacijentice (kontrolirati arterijski puls, krvni tlak, frekvenciju disanja, promatrati izgled pacijentice, boju kože i sluznica, oksigenaciju, te krvarenje). Nadzor vitalnih funkcija i ostalih parametara se obavlja svakih pola sata (ako nije drugačije ordinirano) po dolasku iz operacione sale. Ako su svi parametri u normalnoj aktivnosti, kontrole medicinske sestre bivaju rjeđe.

Uloga medicinske sestre na ginekološkom odjelu neposredno nakon operacije:

- Primjena parenteralne terapije – nadoknada ordinirane tekućine (infuzija) i lijekova od strane liječnika
- kontrola mogućeg pojačanog krvarenja iz operativne rane (klasična operacija, laparoskopska..)
- kontrola venskog puta, intravenske kanile (prohodnost, toaleta..)
- kontrola drenaže (redon dren, t-dren..)

Drenažom se omogućuje odstranjivanje sekreta, odstranjivanje krvi i odstranjivanje raspadnih produkata iz operativne rane. Uvođenjem drena omogućujemo izlaženje seruma i gnoja iz operativne rane, istjecanje krvi iz operativne rane, a postavlja se na najnižem dijelu koji se želi drenirati. Medicinska sestra je odgovorna u provjeravanju i kontroli same drenaže, a

svakako je potrebno kontrolirati i pritisak ili presavijenost drena, koji bi mogao ometati otjecanje sadržaja. Također, medicinska sestra provjerava urinarni kateter zbog mogućeg presavijanja što bi sprječavalo eliminaciju urina. Potrebno je provjeravati kateter – da li je dobro pričvršćen na urinarnu vrećicu, te voditi računa da je urinarna vrećica na držaču za urinske vrećice. Urinskom vrećicom kontroliramo količinu urina (diurezu), promatramo boju urina, te moguće primjese u urinskoj vrećici poput krvi, gnoja itd. Na operativnoj rani nalazi se sterilni tupferi, a medicinska sestra kontrolira gornju stranu zavoja koja mora biti suha, te bez prisutnosti veće količine krvi. O prisutnosti veće količine krvi na samom tupferu, ili u samom krevetu pacijentice hitno se obavještava liječnik. Kada se prilikom ginekoloških operacija abdominalnim putem osim jajnika odstranjuje i maternica, također se otvara i rodnica. Uz već postojeću ranu na abdomenu, imamo još jedan operativni rez koji je potrebno kontrolirati. S obzirom da je lokacija operativne rane nedostupna vizualnom pregledu, krvarenje je potrebno kontrolirati provjerom higijenskog uloška.

- kontrola vaginalnog krvarenja kod vaginalnih operacija
- kontrola epiduralnog katetera - ako je postavljen kod pacijentice
- kontrola i hranjenje nazogastričnom sondom - ako je postavljena kod pacijentice
- nadzor nad centralnim venskim kateterima (CVK -) ako ih pacijentica posjeduje (subklavija kateter, jugularni kateter..)

Na odjelu se rutinski uzimaju uzorci krvi za biokemijske pretrage (hemoglobin, hematokrit, kalij, natrij). Prema odredbi liječnika uzimaju se i ostali laboratorijski nalazi, kao što je glukoza u krvi, C-reaktivni protein, leukociti, sedimentacija eritrocita, protrombinsko vrijeme itd. Pripremljeni krvni laboratorijski nalazi trebaju biti dostupni za liječničku vizitu, ali ako su vrijednosti alarmantne, potrebno je odmah obavijestiti liječnika.

Prilikom primopredaje sestrinske službe iz popodneve smjene potrebno je informirati medicinsku sestru koja će biti u noćnoj smjeni. Ako je pacijentica u kritičnom stanju, podaci se ne prenose uz bolesnički krevet jer bi mogli dovesti do uznemirenosti. Prema pacijentici uvijek pristupamo sa povjerenjem i sigurnosti, u onome što radimo. Upute medicinskoj sestri u noćnoj smjeni također će biti usmjerene na kontrolu krvarenja na abdomenu, kontrolu krvarenja na ulošku, kontrolu venskog puta, te kontrolu primjenjene terapije, kontrolu urinarnog katetera i praćenje diureze. Prema potrebi treba zamijeniti urinarnu vrećicu, zabilježiti količinu urina u

temperaturnu listu, i dalje je potrebna kontrola drena i drenaže, te obratiti pozornost na prospavanu noć pacijentice. U primopredaji sestrinske službe ujutro, obavijestiti medicinsku sestru koja nastavlja jutarnju smjenu o podacima, i promjenama, te sve to evidentirali na temperaturnoj listi, i sestrinskoj listi.

6.3. Poteškoće nakon operativnog zahvata

Postoperativne poteškoće su događaji koji prate postoperativni tijek operirane pacijentice s karcinomom jajnika, a njihova pojavnost ovisi o psihološkoj pripremi pacijentice od strane medicinske sestre. Ukoliko se postoperativne poteškoće pojave, moguće ih je se suzbiti planiranom zdravstvenom njegom, pa isto tako i spriječiti komplikacije.

Poteškoće nakon operativnog zahvata su:

- mučnina i povraćanje
- štućanje
- bol
- žeđ
- poteškoće s nadutosti i vjetrovima
- poteškoće s mokrenjem

6.3.1. Mučnina i povraćanje

Ove dvije poteškoće su komplementarno povezane, i mogu se svrstati kao jedan simptomom - ali različitog intenziteta. Mučnina i povraćanje jedna su od najčešćih postoperativnih poteškoća, te se pojavljuju kod većine pacijenata. Mučnina započinje kao neugodan osjećaj u epigastriju, te ju prate smetnje CNS-a kao što su strah, nemoć, zbunjenost, glavobolja, blijeda koža, tahipnea, osjećaj vrućine, pojačana salivacija, znojenje, niski krvni tlak, usporen ili ubrzan puls. Jačina mučnine ovisi o osjetljivosti centra za povraćanje osobe (11).

Povraćanje je oralno izbacivanje sadržaja iz želuca. Mučnina i povraćanje najviše se pojavljuju nakon primjene endotrahealne anestezije, te su posljedica nakupljanja sadržaja u želucu, ili djelovanjem anestetika što dovodi do akutne dilatacije želuca. Postoperativno, povraćanje može izazvati uzimanje tekućine na usta prije nego što se uspostavila peristaltika. Mučnina i povraćanje loše utječu na opće stanje organizma gdje povraćanje često dovodi do dehidracije, prilikom čega se gube tekućina i elektroliti. U ustima nastaje neugodan osjećaj zbog povraćanja, prilikom čega dolazi do naprezanja trbušnih mišića, te posljedično i boli.

Medicinska sestra će promatrati boju kože pacijentice, koja je najčešće blijeda, oblivena hladnim znojem. Također medicinska sestra prati podrigivanje, promatra pojačanu salivaciju i provodi postupke koji će umanjiti mučninu. Medicinska sestra će ukloniti vanjske podražaje koji dovode do mučnine povezano sa mirisima iz bolesničke sobe, savjetovati disanje na usta, provjetravati bolesničku sobu, mijenjati položaj bolesnice u krevetu, a u kojem su mučnina i povraćanje najmanje izraženi, procijeniti u povraćenom sadržaju (količinu, miris i primjese, te boju), upisati opaženo u sestrinsku listu, a ukoliko medicinska sestra primjeti patološke primjese o tome obavijestiti liječnika. Prema pisanom nalogu liječnika primijeniti antiemetike, i parenteralnu nadoknadu tekućine i elektrolita.

Ukoliko pacijentica povraća, medicinska sestra će pacijenticu staviti u sjedeći ili bočni položaj, a ako leži okrenuti joj glavu u stranu, kako bi se spriječila aspiracija povraćenog sadržaja. Pacijentičino posteljno rublje treba zaštititi nepropusnim platnom, ispod glave staviti bubrežastu zdjelicu, te pomoći u smislu pridržavanja glave, ili kose tijekom povraćanja. Nakon povraćanja treba osigurati pacijentici čašu s vodom, kako bi isprala usta i pomoći joj obrisati usta papirnatim ručnikom, povraćeni sadržaj ukloniti iz bolesničke sobe da pacijenticu ne iritira miris, oprati zube četkicom za pranje zubi, obrisati usta papirnatim ručnikom, oprati lice, i po potrebi promijeniti posteljno rublje. Pacijenticu smijestiti u udoban položaj i prozračiti prostoriju. Potrebno je utvrditi okolnosti u kojima se povraćanje pojavilo, te procijeniti sadržaj, količinu, miris ali i boju povraćenog sadržaja. Povraćeni sadržaj često varira u samoj količini. Povraćeni sadržaj utvrđuje se vizualnim pregledom medicinske sestre, te uočava količinu slina, krvi ili sluzi. Povraćeni sadržaj može biti kašasti ili gusto kašasti, te tekući. Miris povraćenog sadržaja može široko varirati, ali je najčešće karakteristično kiseo ili ima miris truleži kod zaostajanja hrane u želucu ili pak može imati miris fecesa kod povraćanja sadržaja stolice, a kao takav se

zove miserere. Boja povraćenog sadržaja ovisi o sastavu, pa je žuta od žučnih boja, kod hematemeze je crvena zbog krvarenja najčešće u želucu, ili u dodiru sa kiselinom iz želuca postaje crna - zbog koagulacije eritrocita.

6.3.2. Štucanje

Štucanje je grčevito stezanje ošita koje je popraćeno naglim zatvaranjem epiglotisa, što izaziva karakteristične zvukove. Uzrok štucanja je najčešće napuhnutost crijeva i dilatacija želuca koji pritišće ošit, zbog čega posljedično dolazi do nadražaja želuca koji inerviraju dišni mišići i ošit. Za pacijenticu je to neugodan osjećaj, ponekad i bolan posebno u operiranih i iscrpljenih pacijentica. Kod proširenja želuca kao uzrok štucanju, pacijentici se po odredbi liječnika uvodi nazogastrična sonda i evakuira želučani sadržaj u urinsku vrećicu. Ako je uzrok nepoznat, ili se ne može ukloniti, pacijentici se na usta stavlja papirnata vrećica - kao maska, te tako pacijentica diše kroz pet minuta, a pritom uzima velike gutljaje vode ili zadrži dah. Kod pacijentica koje ne mogu uzimati tekućinu na usta, takav postupak nije moguće izvoditi.

6.3.3. Bol

Bol je uvijek prisutna postoperativna poteškoća koja se javlja kod svih operiranih pacijentica. Javlja se u području operacijske rane kada djelovanje anestezika prestaje, te je najviše prisutna kod klasičnog operativnog reza, ali i kod laparoskopske operacije karcinoma jajnika. Pacijentici je potrebno primjeniti analgetik, pratiti vitalne funkcije i ponuditi skalu za procjenu boli od 0-10, te također objasniti da 0 znači - ne boli ništa, a 10 - boli neizdrživo. Bol procjenjuje sama pacijentica koja ju i osjeća. Pacijentice posjeduju drugačiju toleranciju na bol, te medicinska sestra ne smije osuđivati osobu s niskom tolerancijom. Provjeriti svakako i ostale čimbenike: prečvrsto stisnut zavoj, edeme, hematome, neprirodan položaj tijela. Prednost laparoskopske operacije karcinoma jajnika je minimalna bol. Kod klasične operacije prisutna je bol većeg intenziteta zbog operativnog reza. Ukoliko bol ne slabi, a njezin se intenzitet pojačava, potrebno je obavijestiti liječnika.

6.3.4. Žeđ

Tijekom intraabdominalnih operativnih zahvata dolazi do velikog gubitka tekućine i krvi. Gubitak tekućine tijekom operacije - koji se ne vidi predstavlja najveću značajnost, kao što je krvarenje za vrijeme operativnog zahvata, i kao takvog ga je teško procijeniti. Gubitak preko rane i znojenje je nepoznato, naspram kontrole diureze i postavljenog drena koji se mogu izmjeriti. Svjesnu želju za pijenjem vode nazivamo žeđ. Žeđ može nastati prilikom dehidracije, prilikom zabrane pijenja tekućine nakon operacije, prilikom velikog gubitka krvi i tekućine za vrijeme operativnog zahvata, te prilikom premedikacije. Medicinska sestra može prevenirati osjećaj žeđi tako da pacijentici vlaži usnice mokrom gazom/tupferom, mora voditi brigu o njezi usne šupljine pošto pacijentica ništa ne uzima na usta, te primjeniti propisane infuzijske otopine. Unos tekućine ovisi o uputama liječnika, a ovisno o operativnom zahvatu, te vrsti anestezije.

6.3.5. Poteškoće s nadutosti i vjetrovima

Poteškoće s nadutosti (meteorizmom) pojavljuju se prilikom neaktivnosti probavnog sustava zbog djelovanja lijekova, zbog neaktivnosti pacijentice, zbog promjena prilikom uzimanja tekućine i hrane, ali i zbog anestetika. Nakon buđenja pacijentice, a uslijed operativnog zahvata, peristaltika se usporava ili potpuno izostaje, dolazi do nakupljanja tekućine i plinova u probavnom traktu što uzrokuje proširenje želuca i crijeva. Nadutost abdomena pojava je nakon svakog kirurškog zahvata, a posebno nakon laparoskopskih operativnih zahvata. Bolesnica je naduta, ima osjećaj punoće, često mučninu i povraćanje. Zadaće medicinske sestre kod nadutosti su mijenjati položaj bolesnice koliko je moguće i dozvoljeno, ako se smije i može kretati, poticati je na kretanje, prema odredbi liječnika ne davati tekućinu i hranu do uspostave peristaltike koja se obično uspostavi za 24 - 48 sati, uvesti nazogastričnu sondu prema potrebi, kada je dopušteno poticati bolesnicu na postupno uzimanje tekućine i hrane. Probleme sa vjetrovima evakuirati iz debelog crijeva rektalnom sondom koja se uvodi u rektum u dužini od 10 cm.

6.3.6. Poteškoće s mokrenjem

Postoperativno pacijentica ne mokri između 6-8 sati, što dovodi do smanjene diureze. Količina unešene i izlučene tekućine izregulira se u prvih 48 sati od operativnog zahvata. Poteškoće vezane uz mokrenje povezane su uz : operacije abdomena, spinalnu anesteziju, smanjeno stvaranje urina kao simptom oligurije koja je posljedica dehidracije, te fizičke i psihičke poteškoće. Pacijentica ima postavljen urinarni kateter do prvog postoperativnog dana, te ako nema zapreka u stvaranju i otjecanju urina, urinarni kateter se tada vadi van iz mokraćnog mjehura. Spontano mokrenje mora biti uspostavljeno najkasnije do osam sati nakon vađenja urinarnog katetera. Zadaća medicinske sestre provodi se u smislu poticanja pacijentice na mokrenje, na primjer puštanjem vode iz slavine u kupaoni - koja provocira mokrenje, te uzimanje većih količina tekućine na usta ako pacijentica nema mučninu i povraćanje. Pacijentica uspostavi mokrenje obično 1-2 sata nakon vađenja urinarnog katetera, te nam u tom slučaju količina izmokrenog urina nije važna, nego je važna uspostava spontanog mokrenje.

Kod pokretne pacijentice, medicinska sestra će pomoći pacijentici ustati iz kreveta i posjesti je na wc školjku, zatvaranjem vrata osigurati privatnost, otvoriti slavinu sa vodom da teče, savjetovati pacijentici da se opusti, ili otuširati pacijenticu toplim tušem kako bi joj voda tekla po nogama, te se potaknulo spontano mokrenje. Nepokretnoj pacijentici mokrenje treba osigurati u krevetu, na noćnoj posudi. Pacijentica se iz ležećeg položaja stavi na bok, iza gluteusa se stavi noćna posuda, te se pacijentica smjesti na noćnu posudu. Privatnost se osigura pomoću paravana, nakon mokrenja se ispere noćna posuda, te se noćna posuda dezinficira prema protokolu ustanove.

Ako se spontano mokrenje nije uspostavilo ni nakon 5-6 sati, medicinska sestra mora obavijestiti liječnika koji će ordinirati ponovnu kateterizaciju mokraćnog mjehura.

6.4. Postoperativne komplikacije

Postoperativne komplikacije predstavljaju opasnost za sve operirane pacijente, pa tako i operirane pacijentice sa karcinomom jajnika. U slučaju nastanka postoperativnih komplikacija produžit će se liječenje i oporavak pacijentice u zdravstvenoj ustanovi. Stoga, sestriinsku skrb usmjeravamo na sprječavanje i prepoznavanje postoperativnih komplikacija, te provedbu intervencija iz kompetencija rada medicinske sestre promatranjem pacijentice, mjerenjem i kontrolom vitalnih funkcija (disanje, krvni tlak, puls, tjelesna temperatura, saturacija), također obuhvaća mjerenje i bilježenje izlučenog urina (diureze) i mjerenje i kontrolu drenaže.

6.4.1. Krvarenje (primarno, sekundarno)

Krvarenje predstavlja najopasniju postoperativnu komplikaciju operiranih pacijenata. Može se očitovati kao vanjsko krvarenje iz operativnog reza, ali i kao komplikacija unutarnjeg krvarenja. Medicinska sestra promatranjem bolesnice mora uočiti stanje iskrvarjenja, točnije hipovolemijskog šoka. Hipovolemijski šok je stanje poremećene kardiovaskularne cirkulacije koji se očituje smetnjama prokrvljenosti tkiva, nedostatkom kisika i acidozom. Jedna je od najozbiljnijih komplikacija što dovodi do teškog poremećaja funkcije stanica i rada organa. Nastaje velikim gubitkom krvi tijekom i nakon operacije, drenažom i jakim krvarenjem kroz operativnu ranu. Stanje šoka započinje osjećajem opće slabosti i hladnoće, bljedilom kože i sluznica, vrtoglavicom, mučninom i osjećajem žeđi, bolesnica osjeća strah i nemir, i ima subjektivan osjećaj bliske smrti, krvni tlak je nizak ili nemjerljiv, javlja se oligurija, a može doći i do anurije. Zadaća medicinske sestre kod dolaska pacijentice iz operacijske sale je osim vizualnog promatranja stanja pacijentice, promatranje i kontrola operativnog reza, ali i posteljnog rublja ispod pokrivača.

6.4.2. Infekcija operacijske rane

Nastanak infekcije nakon kirurškog zahvata je najčešća postoperativna komplikacija, a koja se značajno može smanjiti pravilnom zdravstvenom njegom prije samog zahvata (12).

Zadaća medicinske sestre u sprječavanju nastanka postoperativne infekcije od velikog je značenja za postoperacijski tijek bolesti jer pravilnom pripremom pacijentice u preoperativnom tijeku, možemo smanjiti učestalost nastanka infekcije na najmanju moguću mjeru. Infekcija nakon kirurškog zahvata nastaje u 2 - 5% slučajeva, te je po učestalosti infekcija na trećem mjestu nakon urinarne infekcije i sepse (13). Infekcije nakon operativnog zahvata povezane su s dužim boravkom pacijentice u bolnici, te se povećava i rizik za ponovnim hospitalizacijama kod pacijentica kod kojih je došlo do infekcije. Infekcije nastale nakon operativnog zahvata mogu se izbjeći u 40 - 60% slučajeva pravilnom preoperativnom prevencijom.

6.4.3. Dehiscencija operacijske rane

Dehiscenciju operativne rane uzrokuje posljedica popuštanja šavova nakon operativnog zahvata, postoperativna infekcija, te abdominalna distenzija ili jaki kašalj. Vezano uz dehiscenciju operativne rane - ona najčešće nastaje kod klasične metode operacije, te najmanje kod laparoskopskih operacija. Postoperativna infekcija najčešće dovodi do razdvajanja rubova operativne rane, pa tada govorimo o cijeljenju operativne rane "per secundam", a kada rana cijeli uredno govorimo o cijeljenju rane "per primam". Razdvajanje rubova rane također može nastati vezano uz popuštanje šavova uslijed jakog naprezanja ili naprimjer jakog kašlja. Medicinska sestra nakon operacije treba educirati pacijenticu da suzdržava kašalj koliko god je moguće, tako i pritiskom ruke na operativni rez - ako se kašalj drugačije ne može smiriti, a sve zbog opasnosti popuštanja šavova.

6.4.4. Duboka venska tromboza

Duboka venska tromboza najznačajnija je postoperativna komplikacija, te adekvatna preoperacijska priprema pacijentice pridonosi smanjenju njezinog nastanka. Uzrok venske tromboze nastaje zbog usporenog venskog protoka, ozljede stijenke krvnih žila, te pojačane koagulacije krvi. Najopasniju komplikaciju duboke venske tromboze predstavlja plućna embolija. Plućna embolija nastaje otkidanjem tromba u dubokim venama potkoljenica, tromb dolazi kroz donju šuplju venu do desne predkljetke, pa u desnu kljetku, te putuje kroz plućne vene, kada naposljetku stane u plućima i time se zaustavi veliki plućni optok. U slučaju nastanka plućne emblije pacijent iznenada postane miran, blijed, obliven hladnim znojem, također se manifestira padom krvnog tlaka, te tahikardijom. U tom trenutku reakcija medicinske sestre mora biti hitna i stručna, te treba hitno pozvati liječnika. Medicinska sestra dobrom edukacijom treba napomenuti pacijentici da - ukoliko ima duboku vensku trombozu sve aktivnosti treba provoditi u krevetu (kupanje u krevetu, eliminacija otpadnih tvari u krevetu, zabrana hodanja, te provođenja aktivnih i pasivnih vježbi ekstremiteta.)

6.4.5. Respiratorne komplikacije

Respiratorne komplikacije svrstavaju se u komplikacije dugotrajnog ležanja. Komplikacije dugotrajnog ležanja su također i dekubitus, duboka venska tromboza, te kontrakture. Najčešće respiratorne komplikacije su: bronhitis, bronhopneumonija, te pleuritis. Nastanak respiratornih komplikacija veže se uz smanjenu ventilaciju pluća kako prije operacije, tako i nakon operativnog zahvata. Sestrinska skrb u prevenciji nastanka respiratornih komplikacija veže se uz edukaciju pacijentice u provođenju aktivnih vježbi disanja prije operativnog zahvata, kako bi ih mogla provoditi samostalno nakon operativnog zahvata. Kod pacijentica koje ne mogu provoditi aktivne vježbe disanja, planira se provođenje pasivnih vježbi disanja, te je potrebno u skrb uključiti fizioterapeuta. U slučaju pacijentica koje su bez svijesti, treba planirati čišćenje sekreta iz dišnih puteva pomoću aspiratora i aspiracijskog katetera.

6.4.6. Spolna disfunkcija

Spolna disfunkcija obično se pojavljuje kod pacijentica nakon zahvata u ginekologiji, te nastaje kao postoperativna komplikacija o kojoj također treba voditi računa. Ako je spolna disfunkcija postojala i prije operativnog zahvata, može se nakon njega pogoršati, zbog toga je edukacija medicinske sestre od iznimne važnosti, također i ostalih članova tima u smanjenju spolne disfunkcije. Spolnoj disfunkciji se pristupa multidisciplinarno, te uključuje i ostale medicinske struke kao na primjer endokrinologa, ginekologa, psihologa, a prema potrebi i psihijatra. Nakon operativnih zahvata u ginekologiji, pogotovo koji uključuju odstranjenje jajnika, nakon operacije pojavljuje se pad razine spolnih hormona, koji dovode do spolne disfunkcije, pa je potrebna adekvatna terapija. Savjetovanje je definitivno glavna uloga medicinske sestre u ovakvoj situaciji, kao i podučavanje o načinu uzimanja terapije, i njegove lokalne primjene, a što ovisi o preporuci ginekologa. Ako pacijentica primijeti nuspojave ili probleme nakon primjene terapije obavezno o tome obavijestiti nadležnog ginekologa (14).

7. SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD OPERIRANIH PACIJENTICA SA KARCINOMOM JAJNIKA

Sestrinske dijagnoze pacijentica prikazat će se prije samog operativnog zahvata, te nakon operativnog zahvata kod karcinoma jajnika.

7.1. Preoperativne sestrinske dijagnoze kod pacijentica sa karcinomom jajnika

1. Strah u/s neizvjesnog ishoda operativnog zahvata

Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti (15).

Ciljevi:

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije prepoznati što uzrokuje pojavu straha
- Pacijentica će znati suočiti se sa osjećajem straha
- Pacijentica će osjećati strah u smanjenom obujmu
- Pacijentica neće osjećati strah

Intervencije medicinske sestre:

- Stvoriti empatijski odnos sa pacijenticom
- Identificirati pojavu straha
- Uputiti pacijenticu da razgovara o pojavi straha
- Razgovarati sa pacijenticom u smislu stvaranja osjećaja povjerenja
- Prepoznati prisutne znakove koji upućuju na pojavu straha
- Reagirati primjereno na pacijenticino ponašanje vezano za pojavu straha
- Predstaviti aktivnosti odjela, osoblje, okolinu i ostale specifičnosti ginekološkog odjela
- Predstaviti pacijentici planirane postupke tijekom boravka u bolnici
- S pacijenticom dogovoriti informacije o kojima se smije razgovarati
- Koristiti razumljivu terminologiju kod podučavanja pacijentice

- Objasniti intervencije tijekom boravka u bolnici koje će se provesti kod pacijentice
- Iracionalne zahtjeve pacijentice svesti na minimum
- Osigurati smirujuću okolinu prilikom boravka pacijentice u bolnici
- Omogućiti sudjelovanje pacijentice kod donošenja odluka
- Prihvatiti pacijenticine razlike i individualnost kod provođenja zdravstvene njege
- Uputiti pacijenticu da verbalizira svoje osjećaje
- Ostaviti vremena za razgovor s pacijenticom u vezi verbalizacije straha
- Usmjeravati pacijenticu u smislu pozitivnog razmišljanja prilikom boravka u bolnici
- Spriječiti izoliranost kod pacijentice tijekom boravka u bolnici
- Poticati obitelj u uključivanje kod aktivnosti koje potiču pacijenticino zadovoljstvo
- Educirati pacijenticu o metodama relaksacije i distrakcije
- Osigurati interdisciplinarni rad s pacijenticom prilikom boravka u bolnici

2. Neupućenost u/s specifičnih znanja o karcinomu jajnika

Nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu (15).

Ciljevi:

- Pacijentica će verbalizirati vještine naučene o karcinomu jajnika
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije demonstrirati vještine naučene o karcinomu jajnika
- Obitelj će sudjelovati oko skrbi pacijentice

Intervencije medicinske sestre:

- Poticati tijekom hospitalizacije na usvajanje novih znanja i vještina vezano uz karcinom jajnika
- Učenje prilagoditi sposobnostima pacijentice s karcinomom jajnika
- Pacijenticu podučavati specifičnom znanju o bolesti za vrijeme boravka na ginekološkom odjelu
- Objasniti pacijentici specifične vještine vezane uz karcinom jajnika

- Osigurati tijekom edukacije edukativne materijale vezane uz karcinom jajnika (brošure, letke.)
- Poticati pacijenticu da tijekom boravka u bolnici postavlja pitanja
- Poticati pacijenticu da tijekom boravka u bolnici govori o svojim osjećajima
- Ostaviti dovoljno vremena za provjeru naučenog znanja vezano uz karcinom jajnika
- Omogućiti pacijentici tijekom hospitalizacije demonstraciju specifičnog znanja
- Pohvaliti pacijenticu tijekom hospitalizacije za zalaganje vezano uz karcinom jajnika

3. Anksioznost u/s operativnog zahvata

Nejasan osjećaj neugode ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti (16).

Ciljevi:

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije prepoznati znakove anksioznosti
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije pozitivno reagirati na anksioznost
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije opisivati smanjenu razinu osjećaja anksioznosti
- Pacijentica se neće ozlijediti tijekom boravka u bolnici i neće ozlijediti drugu osobu

Intervencije medicinske sestre:

- Stvoriti tijekom hospitalizacije profesionalan odnos sa pacijenticom temeljen na empatiji
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Zabilježiti neverbalne znakove anksioznosti (smanjena razina komunikacije, razdražljivost, agresija.)
- Razviti osjećaj povjerenja u radu s pacijenticom
- Upoznati pacijenticu s ostalim pacijenticama, okolinom, aktivnostima, osobljem
- Informirati redovito pacijenticu o planiranim postupcima za vrijeme boravka na ginekološkom odjelu
- Dogovoriti s pacijenticom podatke koji se mogu podijeliti sa članovima obitelji

- Podučavati pacijenticu o postupcima koji se planiraju provoditi tijekom boravka u bolnici
- Koristiti razumljivu terminologiju kod poučavanja i informiranja pacijentice
- Omogućiti predvidljivost i red u planiranim aktivnostima tijekom boravka u bolnici
- Osigurati tihu i mirnu okolinu za vrijeme boravka u bolnici (primjena tihe glazbe, smanjenje buke itd.)
- Omogućiti pacijentici da tijekom boravka u bolnici donosi odluke vezane uz planirane postupke
- Prihvatiti razlike pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba tijekom boravka u bolnici
- Potaknuti pacijenticu da zatraži pomoć prilikom napada anksioznosti od strane medicinske sestre
- Potaknuti pacijenticu da tijekom hospitalizacije prepozna znakove koji mogu poticati anksioznost
- Potaknuti pacijenticu tijekom hospitalizacije na izražavanje osjećaja
- Izbjegavati površno tješiti pacijenticu i pokazivati žaljenje kod prisutne anksioznosti
- Podučiti pacijenticu vođenju dokumentacije o smanjivanju anksioznosti:
 - voditi i zabilježiti ugodne trenutke tijekom dana
 - provoditi vježbe disanja i mišićnog opuštanja prilikom hospitalizacije
 - provoditi okupacionu terapiju (likovna terapija, glazboterapija)
 - poticati dobro raspoloženje pacijentice (humor, ugodni trenuci)
- Objasniti pacijentici pravilno uzimanje terapije (anksiolitika)
- Nadzirati i kontrolirati uzimanje terapije
- Predložiti psihijatrijsku procjenu ukoliko postoji prisutnost simptoma anksioznosti
- Omogućiti sigurnu okolinu tijekom boravka u bolnici (ukloniti oštre predmete kojima bi se pacijentica mogla ozlijediti)

7.2. Postoperativne sestrinske dijagnoze kod pacijentica sa karcinomom jajnika

1. Smanjena mogućnost brige za sebe - odijevanje, eliminacija, osobna higijena, hranjenje u/s operativnog zahvata 2° karcinom jajnika

Kod pacijentice prevladava smanjena sposobnost ili nemogućnost izvođenja odijevanja i brige o svom izgledu, eliminaciji otpadnih tvari (stolice i urina), osobne higijene tijela, te hranjenja.

Ciljevi:

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije biti primjereno obučena, imat će stolicu svaki dan ili svaki drugi, samostalno će okupati dio tijela koji može, a uz pomoć medicinske sestre onaj dio koji ne može, uzimat će hranu uz pomoć medicinske sestre
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije tražiti pomoć medicinske sestre vezano uz osobnu higijenu, hranjenje, odijevanje ili eliminaciju otpadnih tvari
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije povećati stupanj vlastite samostalnosti
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije znati koristiti prilagođeno pomagalo za oblačenje čarapa, trapez prilikom osobne higijene, pomoćni pribor prilikom hranjenja
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije pokazati interes za uređivanjem (preskidanje odjeće, odabir odjeće)
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije prepoznati uzroke koji su doveli do novonastalih problema u smislu eliminacije, osobne higijene, oblačenja i hranjenja
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije zatražiti pomoć zdravstvenog osoblja

Intervencije medicinske sestre:

- Definirati probleme kada pacijentica treba pomoć
- Poticati pacijenticu da koristi propisana pomagala: leće, naočale, produženi pribor za hranjenje ili oblačenje, slušni aparat
- Pomoći pacijentici prilikom boravka u bolnici koristiti navedena pomagala

- Ostaviti dovoljno vremena za preskidanje osobnog rublja, kupanja u krevetu ili tuširanja, obavljanja velike i male nužde u krevetu na noćnoj posudi, te ostaviti vremena prilikom uzimanja hrane u krevetu
- Napraviti plan prilikom boravka u bolnici o izvođenju aktivnosti
- Potrebnu odjeću i pomagala staviti na dohvata ruke pacijentice
- Odabrati najbolja pomagala i omogućiti korištenje : kod oblačenja koristiti drukere umjesto gumbića, koristiti žlicu za cipele, odjevne predmete na čičak umjesto vezica
- Odabrati najprikladniju odjeću : odabrati široku odjeću, ali opet ne preširoku da pacijentica ne padne preko nje, jednostavnog kopčanja, elastičnu
- Pomoći pacijentici tijekom boravka u bolnici odjenuti prikladnu odjeću
- Poticati pacijenticu da prilikom boravka u bolnici sudjeluje u aktivnostima primjereno njezinim sposobnostima
- Primijeniti lijek protiv bolova ukoliko pacijentica ima bolove prije samog oblačenja odjeće
- Osigurati privatnost kod odijevanja, obavljanja osobne higijene, eliminacije otpadnih tvari - paravanom
- Osigurati tijekom boravka u bolnici sigurnu okolinu: zidne držače, suhe podove, osvijetljenu prostoriju, obuću koja se ne kliže
- Osigurati adekvatne uvjete na ginekološkom odjelu (temperatura bolesničke sobe, vlažnost zraka, provjetravati bolesničku sobu)
- Poticati pacijenticu tijekom boravka u bolnici pozitivnom stavu

2. Visok rizik za infekciju u/s operativnog reza, postavljenog urinarnog katetera, postavljene nazogastrične sonde, mjesta uboda intravenske kanile, postavljenog aspiratora

Stanje u kojem je pacijentica izložena riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora (16).

Ciljevi:

- Tijekom hospitalizacije pacijentica neće imati znakove infekcije:
 - pacijentica će imati normalnu tjelesnu temperaturu između 36,1 – 37,1 stupanj Celzijus
 - upalni parametri iz krvi će biti unutar normalnih vrijednosti
 - pacijentica će imati prohodne dišne puteve, sekret iz dišnih puteva će biti proziran i bez mirisa
 - urin će biti svjetložute-jantarne boje, proziran, bez primjesa gnoja i krvi
 - mjesta primjene intravenskih kanila će biti bez znakova upale (crvenilo, temperatura, oteklina, bol)
 - operativna rana će biti čista, bez znakova crvenila i pojačane sekrecije
 - prikupljeni uzorci za analizu će biti sterilni
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije shvatiti prijenos i postupke prevencije infekcije, te primjeniti ispravno pranje ruku
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije uočiti simptome i znakove prisutne infekcije

Intervencije medicinske sestre:

- Mjeriti tjelesnu temperaturu pacijenticama, po potrebi više puta dnevno, te obavijestiti liječnika o porastu tjelesne temperature iznad 37 stupnjava Celzijusa
- Na vrijeme uočiti vrijednosti laboratorijskih nalaza i obavijestiti liječnika o njima
- Uočavati promjene u izlučevinama (urin, sekret iz dišnih puteva, sekret iz operativne rane)

- Poslati sekret iz dišnih puteva na mikrobiološku analizu
- Uzeti urin za mikrobiološku pretragu prije postavljanja Folijeveg urinarnog katetera
- Poslati urin na mikrobiološku analizu iz urinarne vrećice nakon postavljanja trajnog urinarnog katetera
- Poslati na mikrobiološku analizu uzorak katetera nakon zamjene
- Učiniti tijekom hospitalizacije briseve za mikrobiološku analizu:
 - operativne rane
 - vrh intravenske kanile
 - bris na mjestima postavljanja kanila ili katetera
- Osigurati higijenu ruku prema važećem standardu ustanove
- Koristiti zaštitne rukavice prema standardu ustanove
- Koristiti izolaciju pacijentice kada je ona neophodna i razumljiva
- Koristiti zaštitnu odjeću prema standardiziranim protokolima ustanove:
 - zaštitna kapa
 - zaštitna maska
 - zaštitni ogrtač
 - zaštitne kaljače za obuću
 - zaštine naočale
- Educirati obitelj o pranju ruku prije doticaja s pacijenticom
- Educirati posjete pacijentici u vezi ponašanja kod mjera izolacije
- Održavati prostor prema standardima ustanove
- Spriječiti širenje mikroorganizama u okolinu (trešenje rublja, održavanje klimatizacijskih uređaja, prašina)
- Poslati mikrobiološke uzorke na analizu (krv, urin, iskašljaj, drenažni sadržaj, brisevi), evidentirati nalaze
- Educirati pacijenticu važnosti održavanja pravilne higijene ruku
- Pomoći tijekom boravka u bolnici oprati ruke pacijentici
- Održavati higijenu analne regije prema standardu nakon eliminacije stolice
- Provoditi njegu oboljele usne šupljine prema standardiziranim postupcima ustanove
- Aspirati dišni put tijekom boravka u bolnici prema standardu ustanove

- Uvesti i održavati intravenske kanile prema važećem standardu ustanove
- Omogućiti normalnu drenažu prema važećem standardu ustanove, te uočavati promjene
- Provoditi previjanje operativne rane i intravenske kanile prema svim pravilima asepse
- Sigurno skladištiti infektivni i oštri pribor prema važećem standardu ustanove
- Uočiti prve znakove i simptome infekcije
- Provoditi zdravstvenu njegu intravenskih i arterijskih kanila, urinarnog katetera, endotrahealnih tubusa, kanila traheostoma, nazogastričnih sonda prema standardiziranim postupcima u zdravstvenoj njezi
- Provoditi postupke za sprječavanje respiratornih komplikacija:
 - provoditi vježbe disanja
 - provoditi vježbe iskašljavanja
 - provoditi vježbe ekstremiteta
 - primijeniti drenažne položaje tijela kod pacijentice
- Održavati mikroklimatske uvjete u bolesničkoj sobi
- Primijeniti terapiju antibioticima prema odredbi liječnika
- Educirati pacijenticu i obitelj:
 - o riziku za nastanak infekcije
 - o načinu prijenosa infekcije u bolnici
 - o prevenciji infekcije
 - o simptomima i znakovima infekcije
 - o zbrinjavanju infektivnog otpada

3. Mučnina i povraćanje u/s primjenjene opće anestezije

Osjećaj nelagode u gornjim dijelovima probavnog sustava koji može dovesti do povraćanja (15).

Ciljevi:

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije prepoznati razinu mučnine
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije primijeniti aktivnosti u smislu smanjenja mučnine

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije prepoznati situacije koje dovode do mučnine
- Pacijentica tijekom hospitalizacije neće imati mučninu

Intervencije medicinske sestre:

- Informirati pacijenticu o situacijama koje dovode do mučnine
- Osigurati tijekom boravka u bolnici umirujuću okolinu
- Omogućiti pacijentici udoban položaj koji smanjuje nastajanje mučnine
- Osigurati pacijentici povoljne mikroklimatske uvjete u bolesničkoj sobi
- Savjetovati pacijentici duboko disanje za vrijeme pojave mučnine, olabaviti usku odjeću
- Savjetovati pacijentici da ne konzumira hranu prilikom pojave mučnine
- Prozračiti bolesničku sobu prije uzimanja hrane
- Osigurati pacijentici adekvatnu posudu i ubrus prilikom pojave mučnine
- Osigurati tijekom pojave mučnine privatnost pomoću paravana
- Pružati podršku pacijentici za vrijeme pojave mučnine i povraćanja
- Educirati pacijenticu da uzima manje obroke, te da dobro prožvaće zalogaje hrane
- Educirati pacijenticu da jede s obzirom na temperaturu hladniju hranu, te izbjegava masniju hranu
- Educirati pacijenticu da konzumira čaj od kamilice ili čaj koji joj smanjuje mučninu
- Educirati pacijenticu da ne pije previše vode prije obroka
- Educirati pacijenticu da uzima manje gutljaje vode
- Educirati pacijenticu da sat vremena nakon jela izbjegava fizički napor
- Savjetovati pacijentici da izbjegava premještanje u krevetu
- Primijeniti antiemetike prilikom pojave mučnine
- Dokumentirati učinjene postupke u sestrinsku dokumentaciju

4. Bol u/s operativnim zahvatom 2° karcinom jajnika

Neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva s predvidljivim završetkom (15).

Ciljevi:

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije osjećati bol u manjoj mjeri
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije iskazati bol u manjoj mjeri od početne
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije prepoznati što dovodi do pojave boli
- Pacijentica će znati načine kako smanjiti razinu boli

Intervencije medicinske sestre:

- Prepoznati znakove boli, te prepoznati prisutne neverbalne znakove boli
- Izmjeriti prilikom pojave boli tlak, puls, disanje, tjelesnu temperaturu
- Ublažavati bol tijekom boravka u bolnici kako je pacijentica naučila
- Istražiti tijekom boravka u bolnici metode kontrole boli s pacijenticom
- Eliminirati tijekom boravka u bolnici uzročnike koji pojačavaju bol
- Primijeniti prvo nefarmakološke postupke smanjenja boli (promjena položaja, otpustiti zavoje nakon operacije itd.)
- Objasniti pacijentici da zauzme udoban položaj prilikom pojave boli, te da zauzme položaj u kojem je bol najmanjeg intenziteta
- Postaviti nepokretnu pacijenticu u odgovarajući položaj u kojem neće razviti komplikacije dugotrajnog ležanja (kontrakture)
- Primijeniti metode u kojem će pritisak i napetost bolnog područja biti u najmanjoj mjeri
- Educirati pacijenticu tehnikama relaksacije
- Izvjestiti liječnika o nastanku bolova kod pacijentice
- Primijeniti lijekove prema uputi liječnika, ukoliko su se nefarmakološki postupci pokazali neučinkoviti
- Poticati pacijenticu za vrijeme boravka u bolnici na razgovor o pojavi boli
- Uključiti pacijenticu u planiranje aktivnosti u smislu smanjenja razine boli
- Odvrćati pažnju pacijentice kod pojave boli

- Ponovno procjeniti pojavu boli tijekom boravka u bolnici
- Dokumentirati pacijenticinu procjenu na skali za bol

5. Poremećaj seksualne funkcije u/s novonastalim medicinskim stanjem 2° karcinom jajnika

Stanje promijenjenog obrasca seksualnog funkcioniranja (17).

Ciljevi:

- Pacijentica će tijekom hospitalizacije moći identificirati stresore koji dovode do poremećaja seksualnog funkcioniranja
- Pacijentici će se nakon hospitalizacije vratiti želja za seksualnosti
- Pacijentica će tijekom hospitalizacije izraziti želju za ponovnu seksualnu aktivnost

Intervencije medicinske sestre:

- Osigurati privatnost prilikom razgovora s pacijenticom
- Osigurati prostor na ginekološkom odjelu za razgovor o seksualnosti
- Educirati pacijenticu o učincima lijekova, bolesti, te stanjima koja mogu utjecati na seksualnu aktivnost
- Educirati pacijenticu o ograničenjima vezanima uz samu bolest, i o ograničenjima vezanim uz operativni zahvat
- Identificirati stres koji utječe na seksualnu aktivnost u razgovoru sa pacijenticom
- Poticati na bavljenje fizičke aktivnosti - vezano uz opće stanje pacijentice
- Prepoznati probleme koji utječu na zadovoljavajuću seksualnu aktivnost (postoperativna bol, nedostatak zraka, nuspojave lijekova)
- Uključiti pacijenticu i partnera, ukoliko ima potrebe, u grupnu terapiju sa sličnim problemima
- Educirati pacijenticu da kod kardiovaskularnih bolesti izbjegava seksualne aktivnosti, pogotovo kod ekstremnih temperatura, odmah nakon jela, te kod pretjeranog umora
- Poticati na razgovor o intimnosti, te zajedničkom seksualnom odnosu

- Educirati pacijenticu o djelovanju pojedinih vrsta lijekova na seksualnu aktivnost (lijekovi za liječenje depresije, lijekovi koji imaju sedativno djelovanje itd.)
- Educirati pacijenticu o sigurnim načinima seksualnog odnosa nakon operativnog zahvata vezano uz karcinom jajnika

8. ZAKLJUČAK

Karcinom jajnika je velik javnozdravstveni problem čije liječenje uključuje osim ostalih metoda liječenja, i sam operativni zahvat. Pristup liječenju karcinoma jajnika se mijenjao kroz vrijeme, što je svakako utjecalo na tehnike operativnih zahvata, pa tako i na pristup pacijentici u preoperativnom i postoperativnom razdoblju.

Razvojem minimalno invazivnih tehnika operacija, kao što su laparoskopki operativni zahvati, ubrzao se postoperativni oporavak pacijentica. Upravo zahvaljujući laparoskopkim zahvatima intenzitet boli se smanjio, mobilizacija pacijentica nakon operacije je znatno brža, te je smanjen broj postoperativnih komplikacija. Zahvaljujući tome zabilježena je i manja pojavnost komplikacija dugotrajnog ležanja.

Pacijentica predstavlja centar skrbi, te je uključena u sve faze liječenja, počevši od dijagnostike, pa do sestrinske skrbi zbrinjavanja u postoperativnom tijeku. U današnje vrijeme imamo mogućnost korištenja brze dijagnostike, izbor najbolje opcije operativnog zahvata, te potrebu za liječenjem možemo započeti čim prije. Isto tako, pred medicinske sestre bez obzira na stupanj obrazovanja, postavljen je dugotrajan i velik izazov na koji se može odgovoriti samo ustrajnim radom i edukacijom.

Iz prethodnog se može zaključiti, da izazov koji donosi ubrzano liječenje, i ubrzani oporavak pacijentica, stavlja pred medicinske sestre, jednako kao i pred sve druge sudionike tima koji skrbe o pacijentici sa karcinomom jajnika, velike i teške zadatke. Medicinska sestra kao ravnopravni član multidisciplinarnog tima uključena je u proces liječenja i postupanja prema pacijentici s obzirom na svoje kompetencije.

Boravak pacijentice u bolnici trebao bi biti kratkotrajan, a to zahtijeva dobro planiran proces zdravstvene njege, kako bi pacijentica u što kraćem vremenu postala samostalna, i provodila osnovne fiziološke funkcije što samostalnije i kvalitetnije.

9. LITERATURA

1. Babić, D., Ćorušić, A., Šamija, M., Šobat, H. Ginekološka onkologija. Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
2. Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin DM. Globocan: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancerbase NO.5. Version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004.
3. Lynch, HT., Bewtra, C., Lynch JF. Familial ovarian carcinoma. AM J Med 81:1073, (1986).
4. Marić, J., Klarić, M., Bačić B. Karcinom jajnika- probir i dijagnoza. Acta Med Croatica, 68, 273-281. (2014).
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Stope incidencije raka na 100.000 stanovnika prema spolu, dobi, te primarnom sijelu – RH 2010.
6. Gilks, CB. Subclassification of ovarian surface epithelial tumors based on correlation of histologic and molecular pathologic data. Int J Gynecol Pathol 23:200-5, (2004).
7. A. Kurjak: Ginekologija i perinatologija, Tonimir, Varaždinske Toplice, 2003.
8. Nesek Adam, V., i suradnici. Anestezija u laparoskopskoj kirurgiji. Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
9. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and American Joint Committee on Cancer (AJCC), 1999., 2002.
10. Šimunić V., i suradnici. Ginekologija, Zagreb, 2001.
11. Prlić, N. Zdravstvena njega, Zagreb, 2000.
12. Jaiyeoba, O. Postoperative infections in obstetrics and gynecology, Clinical Obstetrics and Gynecology, 55(4), 904-913, (2012).
13. The Society for Hospital Epidemiology of America; The Association for Practitioners in Infection Control; The Centers for Disease Control: The Surgical Infection Society: Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections, Infection Control and Hospital Epidemiology, 13(10), 599, (1992).
14. Leenhouts, G.H., Kylstra, W.A., Everaerd W. Sexual outcomes following treatment for early-stage gynecological cancer: a prospective and cross-sectional multi-center study, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, (23), 123-130 (2002)

15. Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.
16. Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
17. Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb, 2015.
18. Šamija, M., Nemet, D., i suradnici. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada, Zagreb, 2010.
19. Jukić, S., i suradnici. Patologija ženskog spolnog sustava. AGM, Zagreb, 1999.
20. Prpić, I., i suradnici. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga, Zagreb, 2002.
21. Grubišić, G., Harni, V., Babić. Kolposkopski atlas. Medicinska naklada, Zagreb, 2019.

Slike:

Slika 1. Anatomija jajnika

Izvor: <https://banjaluka.net/sve-sto-niste-znali-o-cistama-na-jajnicima> 18.01.2021.

Slika 2. Prikaz laparotomije

Izvor: https://www.google.com/search?q=laparotomija&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKewj6vpu3rnuAhUlX4sKHY_4AT0Q_AUoAXoEAgQAaw&biw=1920&bih=937#imgrc=ANZT6lHkOfo6IM 21.01.2021.

Slika 3. Prikaz histeroskopije

Izvor: https://www.google.com/search?q=histeroskopija&tbn=isch&ved=2ahUKewjq4oG_3rnuAhVStKQKHx69CwkQ2cCegQIABAA&oq=histeroskopija&gs_lcp=CgNpbWcQAzICCAAYBAgAEB4yBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBg6BggAEAUQHlChki5YjMIuYJjJLmgAcAB4AoABpQGIAaARkgEEMjIuM5gBAKABAaoBC2d3cy13aXotaW1nsAEawAEB&scient=img&ei=nR0QYKqgDtLokgXq5I&bih=937&biw=1920#imgrc=85bH4pQCNheXYM 22.01.2021.

Slika 4. Prikaz laparoskopije

Izvor: [https://www.google.com/search?q=laparoskopija+jajnika&tbn=isch&ved=2ahUKewj58sWV6bnuAhWQuKQKHUwABYcQ2cCegQIABAA&oq=laparoskopija+&gs_lcp=CgNpbWcQARgBMgIIADICCAAYAggAMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAYMgQIABAYUIYeWJAKYIkuaABwAHgAgAFciAHWBpIbAjEwmAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWfAAQe&scient=img&ei=zygQYLnPA5DxkgXMgJS4CA&bih=937&biw=1920#imgrc=MAAqyHtWsoXSGM](https://www.google.com/search?q=laparoskopija+jajnika&tbn=isch&ved=2ahUKewj58sWV6bnuAhWQuKQKHUwABYcQ2cCegQIABAA&oq=laparoskopija+&gs_lcp=CgNpbWcQARgBMgIIADICCAAYAggAMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAeMgQIABAYMgQIABAYUIYeWJAKYIkuaABwAHgAgAFciAHWBpIbAjEwmAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWfAAQe&scient=img&ei=zygQYLnPA5DxkgXMgJS4CA&bih=937&biw=1920#imgrc=MAAqyHtWsoXSGM) 26.01.2021.

Tablice:

Tablica 1. Podjela epitelnih karcinoma jajnika s obzirom na patogenezu

Izvor: Marić, J., Klarić, M., Bačić B. Karcinom jajnika-probir i dijagnoza. Acta Med Croatica, 68, 273-281. (2014)

Tablica 2. Kirurško određivanje stadija karcinoma jajnika

Izvor: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and American Joint Committee on Cancer (AJCC), 1999., 2002.



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Romana Skrbinišek (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Operativak pacijentica nakon (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

operacije karcinoma jajnika

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Romana Skrbinišek
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Romana Skrbinišek (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Operativak pacijentica nakon (upisati naslov) čiji sam autor/ica. operacije karcinoma jajnika

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Romana Skrbinišek
(vlastoručni potpis)