МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Севідова Яна Олександрівна

МІОМА МАТКИ. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Освітня кваліфікаційна робота
на здобуття звання «Магістр»
за спеціальністю “Сестринська справа”

Науковий керівник:
д.мед.н., професор
Єрьоменко Г.В.

Харків - 2021

ЗМІСТ

		стор.
ВСТУП.....		4
Розділ 1	МІОМА МАТКИ - СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАННЯ. РОЛЬ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ……	6
1.1	Класифікація міом……	6
1.2	Клінічні прояви міоми……..	7
1.3.	Ускладнення міоми матки……..	9
1.4.	Хірургічне лікування міоми матки……..	10
Розділ 2	СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ…….	12
2.1.	Методи сестринського догляду за пацієнтками з міомою…..	12
2.2.	Визначення і етапи післяопераційного періоду гінекологічних пацієнток……	16
2.3.	Посадові обов'язки медичної сестри гінекологічного відділення……..	21
2.4.	Функціональні обов'язки медичної сестри гінекологічного відділення в післяопераційний період…….	24
2.5.	Характеристика післяопераційних ускладнень гінекологічних пацієнток…….	25
2.6.	Особливості сестринського догляду за гінекологічними пацієнтками в післяопераційному періоді……..	30
Розділ 3	ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ГІНЕКОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ…….	34
3.1	Загальна характеристика обстежених пацієнток з міомою матки……	34

3.2. Результати анкетування медичних сестер…….. 35
3.3 Результати анкетування пацієнтів в передопераційному і післяопераційному періодах…….. 38
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ……... 44
ВИСНОВКИ..... 54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 57

ВСТУП

Лейоміома матки доброякісна пухлина, що досить часто зустрічається. Лікування міоми може здійснюватися як консервативним, так і хірургічним шляхом. Хірургічне лікування міоми матки залишається головуючим, незважаючи на успіхи консервативного лікування. Оперативні втручання з приводу міоми матки складають 45% абдомінальних втручань в гінекології.

Післяопераційний період після будь-яких гінекологічних операцій і операцій взагалі для жінок - досить важке випробування на витривалість організму. Різноманітні ускладнення післяопераційного періоду істотно погіршують стан пацієнток, подовжують період госпіталізації і можуть стати причиною летальності.

Нині є тенденція до зниження числа радикальних оперативних втручань, при міомі матки і розширенню показань до органозберігаючих операцій. Збереження матки, окрім збереження репродуктивної і менструальної функцій, дозволяє запобігти порушенню діяльності органів малого тазу і сприяє профілактиці їх опущення.

Реабілітація жінок після хірургічного втручання є найскладніший процес лікувальній практиці. На перебіг післяопераційного періоду у жінки після втручань на статевих органах мають особливий вплив психоемоційний стрес самої такої операції і фаза менструального циклу на момент операції.

Все це відіграє у подальшому важливу роль у нормальному функціонуванні гормональної функції жіночого організму. Також найважливішим моментом нормального перебігу післяопераційного періоду у жінок після гінекологічних втручань є оптимістичний психологічний настрій. Від того наскільки професійно діє медсестра в післяопераційному періоді залежить не лише відновлення після самої операції, але і знижується ризик розвитку післяопераційних ускладнень.

Робота медичної сестри гінекологічного відділення, вимагає постійного, особового, професійного контакту з пацієнтками. Цей контакт, як і інші

професійні дії і маніпуляції має бути спрямований на, досягнення основної мети діяльності медичної сестри - полегшити стан пацієнток і її одужання. Все вище наведене обумовлює актуальність обраної теми.

Мета роботи: визначити роль сестринської діяльності в післяопераційному періоді у пацієнток з міомою матки.

Завдання дослідження :

- вивчити і проаналізувати дані літератури по організації сестринського процесу у післяопераційному періоді після гінекологічних втручань.
- визначити роль медичної сестри в до- та післяопераційному періоді в гінекологічному відділення.
- проаналізувати отримані дані дослідження щодо задоволеності пацієнток наданням медичної допомоги.

Об'єкт дослідження : пацієнтки з міомою в післяопераційному періоді, медсестри гінекологічного відділення.

Предмет дослідження: сестринський догляд в післяопераційному періоді за пацієнтками з міомою матки.

*Методи дослідження***:** загальноклінічні (збір анамнезу), проведення опитування хворих у післяопераційному періоді після гінекологічних втручань, опитування медсестер у гінекологічному відділенні щодо допомоги пацієнткам, що перебувають в гінекологічному відділенні.

Спосіб обчислювання дослідження

Створення електронної бази даних обстеження. Розрахунок отриманих даних в таблицях Excel. Обробка отриманих даних згідно формулам програм Microsoft Excel 2007, 2010.

Розділ 1

МІОМА МАТКИ - СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАННЯ. РОЛЬ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Міома матки (синоніми: фіброміома, фіброма) - це доброякісна пухлина, що розвивається з м'язової тканини матки, складається переважно з елементів сполучної тканини. Вузол міоми є клубком гладком'язових волокон округлої форми, що хаотично переплітаються

Частота виникнення міоми матки складає 15-17% у жінок старше 30 років і 30-35% у жінок, що досягли віку передменопаузального. Проте останніми роками спостерігається тенденція до «омолоджування» міоми матки — виникнення її у жінок до 30 років, що обумовлено як вдосконаленням діагностики, так і широким поширенням «агресивних» акушерських і гінекологічних втручань. Епідеміологічні дослідження виявили ряд чинників ризику розвитку цієї пухлини — етнічні, генетичні, паритет, шкідливі звички, живлення та ін. Незважаючи на доброякісну течію, міома матки є причиною значного зниження якості життя жінок. Клінічні прояви пухлини пов'язані з матковими кровотечами, болем, порушенням функції сусідніх органів, а також зниженням фертильності.

1.1. Класифікація міом

В ході численних досліджень було з'ясовано, що зачатки міоматозних вузлів з'являються ще в ембріональний період розвитку жіночого організму, проте пухлина ніколи не утворюється до періоду статевого дозрівання.

На сьогодні міоми матки прийнято класифікувати на прості і проліферуючі :

1. У простій міомі зони росту не досягають великих розмірів.
2. У проліферуючій міомі, через підвищену «клітинність», зони росту досягають значних розмірів. Як і будь-яке новоутворення, міома здатна рости і збільшуватися, досягаючи дуже значних розмірів. Вони можуть бути

поодинокими і множинними (множинні міоми в клінічній практиці зустрічаються набагато частіше). Маса пухлини може досягати 3-5 кг, рідше - 15-20 кг .

За локалізацією:

- Корпоральна міома (90%) - це найпоширеніша пухлина яка локалізується в тілі матки.
- Істмічна, або перешийкова міома (7%) - це новоутворення, що викликає болі в області сечового міхура.
- Цервікальна (шийкова) міома (3%) - це пухлина, що росте в піхві й провокує розвиток різних інфекційних ускладнень.
- Інтерстиціальна міома матки - така міома розташовується в середині м'язового шару матки.
- Субсерозна міома матки - вузол міоми розташований під поверхневим шаром матки і росте у бік черевної порожнини.
- Субмукозна (слизова підоболонка) міома матки - розташована під внутрішнім слизовим шаром матки і росте в просвіт матки.

Залежно від форми міоми матки клініка і тактика лікування відрізняються.

1.2. Клінічні прояви міоми

Зазвичай міома матки не має симптомів і є знахідкою під час профілактичного огляду у гінеколога.

Субмукозна міома. При цій формі захворювання міоматозні вузли локалізовані глибоко в матці, під слизовими оболонками її порожнини.

Росте така міома у бік внутрішнього шару матки - ендометрія.

Саме цей вид міоми дає дуже виражені симптоми:

- маткові кровотечі
- тривалі і щедрі менструації із згустками
- кров'яні виділення між менструаціями

- безпліддя

Значна крововтрата, при подібних проявах, може швидко привести до анемії.

Симптоми анемії :

- Шум у вухах
- Слабкість, розбитість
- Запаморочення, непритомність
- Порушення роботи серця - тахікардія, задишка

Субсерозна міома Росте із зовнішнього м'язового шару, розташовуючись зовні, а не усередині матки. Досягаючи певних розмірів, вростає в тазову порожнину. На менструальний цикл не впливає, проте може здавлювати навколишні тканини, заподіюючи жінці почуття дискомфорту.

Викликає наступні симптоми:

- закрепи
- порушення в роботі сечового міхура пов'язані з тиском міоми на сусідні внутрішні органи.
- можливі симптоми гострого живота.

Інтрамуральна міома . Бере свій початок з середнього м'язового шару, і у міру росту сильно збільшує матку в розмірах.

Викликає наступні симптоми:

- порушення менструального циклу
- сильне болісне відчуття стискання (у низу живота)
- при великих розмірах міоматозних вузлів - безпліддя.

Або буває так, що симптоми досить згладжені і часто сприймаються як варіант норми. Найбільш яскраві симптоми спостерігається при субмукозному розташуванні пухлини і при великих розмірах міоми будь-якого виду.

1.3. Ускладнення міоми матки

Таблиця 1.1

Можливі ускладнення міоми матки

	Клінічні прояви	Прогноз
Перекрут ніжки пухлини (характерно для субсерозних вузлів)	Синдром гострого живота: - нудота, - блювота - болі внизу живота Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр	Призводить до порушення живлення міоматозного вузла, у подальшому відмирання, перитоніт .
Ускладнення під час вагітності (характерно при великих розмірах міом)	Порушення кровопостачання в міомі, і, як наслідок, некроз міоматозного вузла. Вагітність, у поєднанні з такими проблемами, майже ніколи не вдається зберегти.	Не виношування вагітності. Безпліддя
Профузні маткові кровотечі, що призводять до анемії (субмукозна міома)	Блідість Запаморочення, непритомність Сухість у роті, сильна спрага	Великий об’єм крововтрати може призвести до летального результату
Безпліддя	Існує закономірність - чим далі розташована міома від порожнини матки, тим вище вірогідність завагітніти і навпаки.	

1.4. Хірургічне лікування міоми матки

Загальноприйняті показання до хірургічного лікування:

- сильні менструальні кровотечі,
- хронічний тазовий біль,
- порушення нормального функціонування сечового міхура, сечоводів, кишківника,
- розміри пухлини більше 12 не вагітності,
- швидке зростання пухлини (більш ніж на 4 тиж вагітності впродовж 1 року),
- зростання пухлини в постменопаузі,
- підслизове розташування вузла міоми,
- міжзв'язкове, шийкове і перешийкове розташування вузлів міоми,
- порушення репродуктивної функції.

Таблиця 1.2.

Переваги та недоліки оперативних втручань з приводу міоми

	Операції	
	Гістеректомія	Міомектомія абдомінальна
Описання	Розріз виконується в ділянці живота. Може бути вертикальним - таким, що йде по серединній лінії практично від пупка і до рівня лобка і горизонтальним - який проводиться по лінії бікіні.	Розріз виконується на животі з тим, щоб відкрити доступ до матки, інший розріз робиться на самій матці, з тим, щоб видалити пухлину
Наркоз	Загальний	Загальний
Перебування в стаціонарі	10-15 днів	9- 11 днів

Післяопераційний нагляд	У перший день після проведеної операції рекомендується постільний режим, пити рідину дозволяється тільки увечері, як і перевертатися і сідати в ліжку.	
Ускладнення	Ризик розвитку раку молочної залози та ішемічної хвороби серця, Неможливість мати більше дітей. Гормональний збій	Кровотечі . Утворення спайкових процесів в малому тазу. Інфікування післяопераційної рани.
Переваги	Абсолютна відсутність рецидиву пухлини	Можливість збереження матки за бажання пацієнтки. Збереження здатності до зачаття і народження дитини.
Недоліки	Неможливість завагітніти і виносити дитину. Припинення менструацій. Неможливість вести статеве життя. Емоційні розлади.	Тривалий післяопераційний період. Повне відновлення через 1,5-2 місяці

Розділ 2
СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

2.1. Методи сестринського догляду за пацієнтками з міомою

Особливе місце надається методам сестринського догляду за пацієнтками з міомою. Дуже велика роль медичних сестер у ранньому виявленні міоми матки, як при проведенні санітарно-освітньої роботи з населенням, так і завдяки особистим бесідам з відвідувачами лікувальних установ, звертаючи увагу жінок на типову симптоматику міоми матки і переконуючи їх своєчасно звертатися до лікаря-гінеколога. Якими б не були методи лікування міоми матки, пацієнтка повинна отримувати якісний сестринський догляд, спрямований на усунення скарг і повернення звичної якості життю і поліпшення дітородної функції.

Сестринський процес - це науковий метод організації і надання сестринської допомоги, систематичний шлях визначення ситуації, в якій знаходитися пацієнт і медична сестра, і проблем, що виникають в цій ситуації, в цілях виконання плану відходу, прийнятного для обох сторін. Мета цього процесу - забезпечення прийнятної якості життя в хворобі шляхом забезпечення максимально доступного для пацієнта фізичного, психосоціального і духовного комфорту з урахуванням його культури і духовних цінностей. Організаційна структура сестринського процесу складається з п'яти основних етапів: сестринське обстеження пацієнтки, діагностування її стану (визначення потреби і виявлення проблем), планування допомоги, спрямованої на задоволенні виявлених потреб (проблем), виконання плану необхідних сестринських втручань і оцінка отриманих результатів з їх корекцією у разі потреби.

Суть сестринського процесу полягає в конкретизації проблем пацієнта і подальшому здійсненні плану дій медичної сестри у зв'язку з виявленими проблемами і оцінці результатів сестринського втручання.

Післяопераційний період - цей час, що пройшов з моменту закінчення оперативного втручання до одужання пацієнта.

Основними завданнями цього періоду є: попередження можливих ускладнень; своєчасне їх розпізнавання і лікування що відноситься до етапу сестринського обстеження в післяопераційному періоді. Джерелами суб'єктивної інформації є: сам пацієнт, який викладає власні припущення про свій стан здоров'я; близькі і родичі пацієнта. Джерела об'єктивної інформації: фізичне дослідження пацієнта по органах і системах; знайомство з медичною історією хвороби. Для загальної оцінки стану пацієнта медична сестра повинна визначити наступні показники: загальний стан пацієнта; положення пацієнта в ліжку; стан свідомості пацієнта, антропометричні дані. Основними методами сестринської діагностики є спостереження і бесіда.

Медична сестра в післяопераційному періоді спостерігає за зовнішнім виглядом пацієнта: вираз обличчя (страждальне, спокійне, бадьоре); колір шкірних покривів (блідість, гіперемія, синюшність) і їх температура при обмацуванні. Медична сестра зобов'язана реєструвати основні функціональні показники: пульс, дихання, АТ, температуру, кількість введеної і виділеної (з сечею, потом, з плевральної або черевної порожнини) рідини; відходження газів, стільця. Про усі зміни в стані пацієнта вона негайно докладає лікареві.

Сестринський діагноз - це ті проблеми, які можуть бути виявлені або попереджені самостійно, не вимагаючи активного втручання лікаря. Усі проблеми можна підрозділити на медичні і проблеми, пов'язані із забезпеченням потреби пацієнтки.

Потреби людини - це певні дії кожного з нас. Ці основні потреби: дихати, їсти і пити, виводити з організму шлаки, одягатися і роздягатися, спати і відпочивати, підтримувати певну температуру тіла, підтримувати чистоту, доглядати за собою, уникати небезпек, спілкуватися з іншими, повідомляти про свої потреби, мати релігійні вірування, працювати, розважатися, пристосовуватися.

В ході спостереження виділяють сестринські проблеми, які діляться на:

- існуючі - проблеми, які турбують пацієнта зараз (наприклад, біль, задишка, набряки, блювота, кровотеча);
- потенційні - це проблеми, які доки не існують, але можуть з'явитися з часом (наприклад, ризик виникнення пролежнів у нерухомого пацієнта, ризик розвитку обезводнення при блюванні і частому рідкому випорожненні).

Встановивши обидва види проблем, сестра визначає чинники, що сприяючі або викликають розвиток цих проблем, виявляє також сильні сторони пацієнта, які він може протиставити проблемам.

Оскільки у пацієнта завжди буває декілька проблем, сестра повинна визначити систему пріоритетів, класифікувавши їх як первинні, вторинні і проміжні. Пріоритети - це послідовність першочергових найважливіших проблем пацієнта, що виділяються для встановлення черговості сестринських втручань, їх не повинно бути багато - не більше 2-3-х.

На третьому і четвертому етапі сестринського процесу вирішуються наступні основні завдання післяопераційного періоду: полегшення стану пацієнта; прискорення процесів регенерації в організмі; відновлення працездатності пацієнта. Після обстеження, встановлення діагнозу і визначення первинних проблем пацієнта сестра формулює мету нагляду, очікувані результати і терміни, а також методи, способи, прийоми, тобто сестринські дії, які потрібні для досягнення поставленої мети. Необхідно шляхом правильного догляду усунути усі умови, що ускладнюють хворобу, щоб вона прийняла свій природний перебіг.

Під час планування для кожної пріоритетної проблеми формулюється мета і план догляду. Розрізняють два види мети: короткострокова і довгострокова.

Короткострокова мета має бути досягнута за короткий час (зазвичай за 1-2 тижні).

Довгострокова мета досягається за триваліший період часу, спрямована на запобігання рецидивам захворювань, ускладнень, їх профілактику,

реабілітацію і соціальну адаптацію, набуття медичних знань.

Медична сестра здійснює догляд за порожниною рота, шкірою хворого, проводить гігієнічні процедури, годує пацієнта, виконує усі призначення лікаря.

Метою п'ятого етапу є оцінка реакції пацієнта на сестринський догляд, аналіз якості зробленої допомоги, оцінка отриманих результатів і підведення підсумків.

Джерелами і критеріями оцінки сестринського догляду служать наступні чинники:

- оцінка ступеня досягнення поставлених цілей сестринського догляду;
- оцінка реакції у відповідь пацієнта на сестринські втручання, на медперсонал, лікування, задоволеності фактом перебування в стаціонарі, побажань;
- оцінка ефективності впливу сестринської допомоги на стан пацієнта; активний пошук і оцінка нових проблем пацієнта.

Для досягнення оптимального результату після гінекологічного втручання (швидке відновлення в післяопераційному періоді, відсутність ускладнень під час і після операції) команда фахівців, що готує пацієнтку до операції, повинна вирішити два важливі завдання:

1) Адекватне обстеження пацієнтки з метою виявлення факторів, здатних вплинути на перебіг хірургічного втручання і післяопераційного періоду, зокрема загальний стан організму, фізичні та психологічні аспекти, що сприяють розвитку ускладнень.

2) Психологічна й фізіологічна підготовка пацієнтки для прийняття майбутньої хірургічної травми з метою зменшення негативних наслідків втручання і прискорення одужання

Таким чином можна узагальнити, що сестринський процес у післяопераційному періоді пацієнток, що перенесли втручання з приводу гінекологічних захворювань:

- визначає чіткі вимоги пацієнтки щодо догляду як упродовж усього

терміну, так і такі, що мають безпосереднє відношення до передопераційного, операційного і післяопераційного періодам;

- сприяє виокремленню пріоритетів по нагляду і очікуваних результатів.

Зокрема, щодо гінекологічного профілю, пріоритетними проблемами можуть стати питання безпеки (операційної, інфекційної, соціокультурної, психологічної); питання, що виникли через біль, тимчасове або стійке порушення функцій органів і систем; питання через операційну тривожність; питання, пов'язані зі збереженням гідності, оскільки ні в одній іншій області медицини пацієнт не виявляється таким беззахисним і уразливим, як під час гінекологічного огляду і операції.

- прогнозує наслідки догляду, визначаючи терміни, тактику і можливий ступінь відновлення після гінекологічної операції;

- визначає план дії медичної сестри, стратегію, спрямовану на задоволення потреб пацієнтки з урахуванням особливостей конкретної гінекологічної патології.

- з його допомогою оцінюється ефективність проведеною сестрою роботи, професіоналізм сестринського втручання;

- гарантує якість надання допомоги, яке можна контролювати. Саме у гінекології найбільш значиме застосування стандартів і алгоритмів сестринського втручання.

2.2. Визначення і етапи післяопераційного періоду гінекологічних пацієнток

Час з моменту закінчення операції до виписки хворого із стаціонару називається післяопераційним періодом. Стан пацієнтки в цей період обумовлений попередньою хворобою, оперативним втручанням і дією наркотичних препаратів під час операції.

Тривалість його буває різною і залежить від стану і віку пацієнтки до операції, об'єму і тривалості операції, техніки її виконання, величини

крововтрати і повноцінності її заповнення, характеру знеболення і багатьох інших чинників.

Основні стадії цього післяопераційного періоду :

- рання післяопераційна (3-5 днів);
- пізня післяопераційна (2-3 тижні);
- віддалена (реабілітаційна, від 3 тижнів до 3-6 місяців).

Ведення післяопераційного періоду здійснюється з урахуванням особливостей його перебігу за наступними етапами:

На першому етапі здійснюється переклад пацієнтки після операції у відділення інтенсивної терапії, де за нею здійснюється спостереження з постійним контролем за загальним станом і самопочуттям, кольором шкірних покривів, функціональним станом органів і систем.

Таблиця 1.3.

Проблеми	Сестринські втручання	Кратність оцінки. Поточна оцінка.
Рухова активність порушена із-за проведеної операції.	1. Допомога медичної сестри при пересуванні по палаті. 2. Забезпечення допоміжними засобами (поручні, тростина, ходунки). 3. Стеження за дотриманням умов режиму (напівпостільний)	1. Постійний контроль. 2. Постійно, до самостійного пересування. 3. Постійно, до призначення лікарем загального режиму.
Ризик інфікування післяопераційної рани	1. Про виявлення ознак інфікування терміново повідомити лікаря. 2. Стежити за станом пов'язки. 3. Своєчасна зміна натільної, постільної білизни. 4. Моніторинг стану пацієнтки, стежити за ЧДД, АТ, ЧСС.	1. Щодня. 2. Постійно, до зняття швів. 3. В міру необхідності 4. 2-3 рази на добу.

Біль в післяопераційній рані	1. Оцінка інтенсивності болю 2. Виконання призначення лікаря 3. Холод на ділянку рани.	
Утруднення сечовипускання	1. Катетеризація сечового міхура 2. Застосування прийомів рефлекторного спорожнення сечового міхура.	1. одноразово 2. одноразово
Недостатність знань щодо принципів дієтичного харчування	1. Бесіда з пацієнткою щодо принципів дієтичного харчування і можливі наслідки при недотриманні 2. Рекомендації пацієнтці по вивченню відповідної літератури.	Одноразово

Другий етап це лікування і профілактика післяопераційних порушень, де лікування проводитися тільки за призначенням лікаря

а) післяопераційні болі: анальгетики, седативні засоби.

б) нудота і блювота: інфузійна терапія, наркотичні анальгетики, седативні засоби, оксигенотерапія

в) синдром дихальної недостатності: продовжена ШВЛ (2-3 години після операції і більше); мозку: (осмодіуретики, гіпертонічні розчини глюкози та ін.)

г) затримка сечі: грілка на область проекції сечового міхура, шум води, що ллється, парентерально магнію сульфат (3-5 мл 25% розчину), при неефективності - катетеризація сечового міхура з подальшим промиванням його порожнини дезінфікуючими розчинами.

д) парез кишківника: активний метод ведення пацієнтів (вставання в першу добу після операції, ЛФК), газовідвідна трубка, клізми, гіпертонічний розчин натрію хлориду, фармакологічні засоби, стимулюючі функції кишківника (прозерин).

На третьому етапі проводять антибактеріальну терапію - для її призначення лікар з'ясовує свідчення, вибирає лікарські засоби і шляхи їх

введення, встановлює необхідність комбінованої терапії і її тривалість, оцінює її ефективність, передбачає можливість зміни антибіотиків, пам'ятає про побічні ефекти. Паралельно з антибактеріальною терапією призначаються протигрибкові засоби (ністатин) для профілактики кандидозу.

Четвертим етапом є нагляд за станом швів операційної рани з її щоденним оглядом і зміною пов'язки, При нормальному перебігу післяопераційного періоду шви знімаються на 7-8-у добу з черевної стінки і на 5-6-у добу з промежини. Виписуються хворі із стаціонару на 8-12-у добу.

На п'ятому етапі лікар разом з медичною сестрою приділяє увагу регуляції функції ендокринних органів : гормональна замісна терапія жіночими статевими гормонами після видалення обох яєчників (за типом циклічної: в 1-у фазу циклу - естроген, в 2-у - гестагени або з використанням синтетичних прогестинов - комбінованих естроген-гестагенних гормональних засобів), а також рослинних гормонально-активних засобів (климадинон, мастодинон та ін.).

Шостим етапом є харчування пацієнток - в перші дві доби призначається нульовий стіл, потім стіл № 2 з перехідом потягом 4-5 днів на загальний стіл за відсутності протипоказань. Основні умови для переходу на загальний стіл — відсутність парезу кишківника і наявність випорожнень після клізми (на 2-3-у добу після операції)

На сьомому етапі лікар призначає фізіотерапія, медична сестра стежить за виконанням фізиопроцедур. Фізиопроцедури призначаються вже з другої доби після операції у відділенні інтенсивної терапії, а потім в кабінеті фізиопроцедур, при цьому використовують:

- струми ультрависокої частоти

- електрофорез цинку

- низькочастотна магнітотерапія у вигляді пульсуючого струму в переривчастому режимі

- гіпербарична оксигенація курсами по 3-4 процедури - викликає нормалізуючий ефект в різних органах і системах, призводить до нормалізації

функції печінки і нирок, має бактеріостатичний ефект, служить потужним засобом профілактики і лікування парезів кишківника.

- імпульсна магнітотерапія має виражений протизапальний, аналгезуючий і активуючий метаболічні процеси ефект.

Восьмим етапом виділяють лікувальну фізичну культуру, що відіграє важливу роль в профілактиці деяких ускладнень (наприклад, тромбоемболічних); рання активізація пацієнтів сприяє сприятливішому протіканню післяопераційного періоду.

Особливості ведення післяопераційного періоду :

1) обов'язкове застосування кардіотонічних засобів, вазодилаторов, активаторів метаболічних процесів, імуномодуляторів

2) профілактика тромбоемболічних ускладнень

3) своєчасне регулювання функції видільних органів (сечові шляхи, ШКТ) в ранні терміни

4) активна тактика ведення і призначення ЛФК з перших днів післяопераційного періоду

5) педантичне дотримання гігієнічних процедур: обробка шкірних покривів, порожнини рота, зовнішніх статевих органів

6) зменшення доз лікарських засобів (до 50-75% від середньотерапевтичних) і інтенсивне моніторингове спостереження.

Особливості догляду за пацієнтами гінекологічного профілю пов'язані з тим, що функції органів і систем піддаються зміні не лише у зв'язку з самим вогнищем захворювання (травми), але і в результаті загального знеболення (наркозу), операції, наявності рани. Перед медсестрою стоїть важливе завдання — створення найкращих умов для одужання, попередження ускладнень, які можуть бути пов'язані як з захворюванням, так і з особливостями методів лікування.

2.3. Посадові обов'язки медичної сестри гінекологічного відділення

Медична сестра палатна зобов'язана:

1. Бути дисциплінованою, мати охайний вигляд, дбайливо і чуйно відноситися до пацієнтів, підтримувати і зміцнювати їх моральний стан.

2. Точно і чітко виконувати усі вказівки лікарів і доручені їй медичні маніпуляції (дозволені для виконання середньому медичному працівникові).

3. Здійснювати заходи по дотриманню санітарного режиму в приміщенні, правил асептики і антисептики, умов стерилізації інструментів і матеріалів, попередженню постінфекційних ускладнень, гепатиту, ВІЛ-інфекції.

4. Здійснювати усі етапи сестринського процесу по догляду за пацієнтами (первинну оцінку стану пацієнта, інтерпретацію отриманих даних, планування відходу спільне з пацієнтом, підсумкову оцінку досягнутого).

5. Своєчасно і якісно виконувати профілактичні і лікувально-діагностичні процедури, призначені лікарем.

6. Асистувати при проведенні лікарем лікувально-діагностичних маніпуляцій.

- ✓ спостерігати за станом пацієнта і правильно оцінювати його;
- ✓ накладати асептичні пов'язки на рани
- ✓ зупиняти зовнішні кровотечі;

Допомагати лікареві при проведенні лікарських маніпуляцій (обколювання, промивання ран, дренаж.)

- ✓ виконувати ін'єкції, трансфузії (включаючи переливання крові і кровозамінників) під спостереженням лікаря, аутогемотерапію;
- ✓ промивати шлунок;
- ✓ ставити клізми; вводити газовідвідні трубки;
- ✓ проводити катетеризацію; спринцювання піхви;
- ✓ готувати пацієнтку до рентгенографії, операцій, лабораторних досліджень;

✓ проводити дезінфекцію і готувати до стерилізації інструменти, устаткування, предмети відходу закріплених за постом;

✓ при необхідності виконувати обов'язки процедурну, перев'язувальну медичних сестер;

✓ здійснювати прийом пацієнтів, що знову поступили, у відділення;

✓ оглядати на наявність педикульозу, загальний гігієнічний стан пацієнта (проведення ванни, зміна білизни, стрижа нігтів і так далі);

✓ транспортувати або супроводжувати пацієнта в палату, забезпечувати відразу ж при вступі індивідуальними предметами відходу : склянкою, ложкою;

✓ знайомити з розташуванням приміщень відділення і правилами внутрішнього розпорядку і режиму дня, правилами особистої гігієни в стаціонарі;

✓ контролювати збір матеріалу від пацієнтів для лабораторних досліджень (сеча, кал, мокрота і так далі) і організовувати своєчасну відправку їх в лабораторію і отримання результатів дослідження і підклеювати їх в медичну карту стаціонарного пацієнта;

✓ готувати медичні карти стаціонарних пацієнтів, направляти пацієнтів за призначенням лікарів на клініко-діагностичні, функціональні дослідження, в операційні, перев'язувальні і у разі потреби їх транспортувати, спільно з молодшим медичним персоналом, контролювати повернення медичної карти стаціонарного пацієнта у відділення з результатами дослідження;

✓ вимірювати температуру тіла пацієнтам уранці і увечері, а за призначенням лікаря і в інший час, записувати температуру в температурний лист, рахунок пульсу і дихання, вимірювати добову кількість сечі, мокроти, вносити ці дані в медичну карту стаціонарного пацієнта;

✓ контролювати і організовувати догляд за лежачими пацієнтами і тяжкохворими, робити профілактику пролежнів;

✓ спостерігати за чистотою і порядком в палатах, особистою гігієною пацієнтів, за своєчасним прийомом ванн, зміною білизни - натільної і постільної;

✓ контролювати виконання пацієнтами встановленого лікарем режиму харчування, якість продуктів, принесених пацієнтові родичами, щодня контролювати санітарний стан тумбочок біля ліжка і холодильників;

✓ оформляти документи, укладати і передавати труп померлого для транспортування в патолого-анатомічне відділення, обслуговування пацієнтів в цей період доручати медичному персоналу іншого поста;

✓ безпосередньо брати участь в санітарно-просвітницькій роботі серед пацієнтів і відвідувачів на санітарно-гігієнічні теми, правила відходу за пацієнтами, профілактику захворювань, здорового способу життя і так далі;

✓ щодня, а також впродовж зміни подавати старшій медичній сестрі список потрібних на пост лікарських препаратів, предметів відходу за пацієнтами;

✓ працювати без права сну, при необхідності відлучитися з відділення інформувати старшу медичну сестру або завідувача відділенням, а в період їх відсутності - чергового лікаря;

✓ брати безпосередню участь в обході пацієнтів з лікарем-травматологом-ортопедом або черговим лікарем, інформувати їх про стан здоров'я пацієнтів, готувати рушник з дезінфікуючим засобом для дезінфекції рук лікаря;

✓ допомагати складати порційні вимоги на дієтичні столи старшій медичній сестрі, допомагати годувати пацієнтів;

✓ контролювати роботу молодшої медичної сестри по догляду за пацієнтами, обслуговуючої палати.

7. Повинна знати місце знаходження ключа від запасного виходу і послідовність евакуації пацієнтів і майна при пожежі.

8. Проходити медичні огляди згідно встановленого графіку.

2.4. Функціональні обов'язки медичної сестри гінекологічного відділення в післяопераційний період

Роботу палатної медичної сестри гінекологічного відділення керує старша медична сестра відділення, яка регулярно контролює якість їх роботи, учить і допомагає в скрутних ситуаціях. Медична сестра має бути уважною і ввічливою з пацієнтами, активною у виконанні медичних процедур. Вона ретельно стежить за дотриманням асептики і антисептики. Працювати у відділенні гінекології медична сестра повинна в спеціальному змінному одязі і взутті; у процедурній і перев'язувальній необхідно знаходитися в масці і шапочці. Взуття повинне легко піддаватися обробці дезінфікуючими розчинам. Медична сестра своїм видом, поведінкою і увагою підтримує віру пацієнта в одужання. Навіть прихід медичної сестри в палату повинен діяти на пацієнта заспокійливо. Медична сестра, знаходячись біля пацієнта тривалий час, зобов'язана зрозуміти причину занепокоєння пацієнта, усунути його сумніви, переконати в одужанні і поверненні до праці. Своєчасно і точно виконувати призначені лікарем ліки та процедури; у разі невиконання призначень, незалежно від причини, негайно докладати про це лікареві.

Вчасно чергування в нічний час деякі питання медичній сестрі доводиться вирішувати самостійно. Ряд хворобливих відчуттів, пов'язаних із захворюванням, усуває або зменшує, створивши пацієнтові зручне положення в ліжку, застосувавши тепло або холод, міняючи вчасно постільну і натільну білизну при щедрому потовиділенні и др. Медична сестра гінекологічного відділення організовує своєчасне обстеження пацієнтів в діагностичних кабінетах, у лікарів-консультантів в лабораторії.

За призначенням лікаря здійснює рахунок пульсу, дихання, вимірює добову кількість сечі, записує ці дані в історію хвороби. Негайно повідомляє лікаря, а в його відсутність завідувачеві відділенням або черговому лікареві про раптове погіршення стану пацієнта. Бесіду з пацієнтами і їх родичами

повинен проводити тільки лікар, який повідомляє відомості про проведене обстеження пацієнтки, характер захворювання, об'єм оперативного втручання і результати гістологічного дослідження, дає рекомендації відносно подальшого лікування. У присутності пацієнтів медичний персонал не повинен обговорювати історії хвороби, результати обстеження і лікування.

Стежить за санітарним змістом закріплених за нею палат, а також особистою гігієною хворих (догляд за шкірою, ротом, стрижкою волосся і нігтів), за своєчасним прийомом гігієнічних ванн, зміною натільної і постільної білизни, записує зміну білизни в історію хвороби. Підвищує свою професійну кваліфікацію шляхом відвідування науково-практичних конференцій для середнього медичного персоналу. Веде необхідну облікову документацію.

Несе відповідальність за нечітке або несвоєчасне виконання обов'язків, передбачених справжньою інструкцією і правилами внутрішнього трудового розпорядку лікарні.

2.5. Характеристика післяопераційних ускладнень гінекологічних пацієнток

Післяопераційні ускладнення - це патологічні стани, що не є продовженням основного захворювання і нехарактерні для нормальної течії післяопераційного періоду.

Класифікація:

1. По механізму розвитку виділяються:

а) пов'язані з хірургічними маніпуляціями або іншими методами лікування (странгуляційна спайкова непрохідність, синдром Мендельсона та ін.);

б) обумовлені загальними і місцевими порушеннями, викликаними основним захворюванням (евентрація внаслідок метаболічних розладів, які розвинулися перед операцією);

в) викликані важкими порушеннями функціонального стану життєво важливих органів і систем організму (набряк легень після операції при серцево-судинній недостатності, пневмонія на тлі хронічної легеневої патології та ін.);

г) ятрогенні гнійно-запальні ускладнення (внаслідок порушень асептики і антисептики - нагноєння операційної рани, перитоніт після чистих планових операцій та ін.);

д) пов'язані з неякісним технічним виконанням (кровотеча в черевній порожнині, залишене чужорідне тіло в малому тазу та ін.).

2. По термінах виникнення розрізняють ранні (впродовж першого годинника після операції) і пізні (на 2-8-у добу) післяопераційні ускладнення

3. По ступеню тяжкості : легені; середній мірі, важкі.

Відносність подібних розділень, особливо по ступеню тяжкості, витікає з таких ситуацій, коли післяопераційний постін'єкційний абсцес сідниці може привести до сепсису і летального результату, а евентрація після повторного оперативного втручання закінчується повним одужанням.

4. За тривалістю.

5. По результатах.

Ускладнення післяопераційного періоду можуть бути небезпечними для життя пацієнтів і вимагають негайної діагностики і адекватного своєчасного лікування

Малі гінекологічні операції практично не викликають виражені порушення загального стану пацієнта, призводять до ускладненої течії післяопераційного періоду. Найбільші труднощі при веденні післяопераційного періоду виникають після тривалих, травматичних порожнинних гінекологічних операцій.

У післяопераційному періоді у пацієнток після гінекологічних операцій можуть виникати ускладнення, про які медична сестра повинна знати, щоб вчасно їх помітити і повідомити лікаря, а в подальшому здійснювати кваліфікований догляд за цими пацієнтами. Ускладнення в післяопераційному

періоді можуть бути ранні (у перші години після операції) і пізні (впродовж перших 2-8 діб післяопераційного періоду).

У перші години після операції ускладнення нерідко пов'язані із застосуванням знеболюючих засобів. До них відноситься блювота. При блювоті голову пацієнтки слід повернути набік і поставити для блювотних мас лоток з серветкою. У зв'язку з можливістю аспірації блювотних мас і розвитком асфіксії таку хвору не можна залишати без спостереження. Щоб блювотні маси не скупчувалися в порожнині рота, необхідно своєчасно їх видаляти.

У деяких пацієнток в перші години після операції виникає кровотеча з пошкоджених посудин передньої черевної стінки, що недостатньо лігують.

Ще грізнішим раннім ускладненням є поява кров'яних виділень із статевих шляхів. У пацієнток після екстирпації матки причиною подібної кровотечі може бути недостатній гемостаз маткових посудин. У ряді випадків це ускладнення вимагає негайної лапаротомії.

У пацієнток після штучного переривання вагітності малих термінів іноді виникає кровотеча із статевих шляхів як наслідок неповного видалення частин плодового яйця або нерозпізнаного під час операції ушкодження стінок матки - її перфорації (прорив).

У ряді випадків ускладнення виникають не в перші години післяопераційного періоду, а впродовж перших 2-8 діб. До подібних ускладнень відноситься розвиток гнійно-септичних захворювань місцевої локалізації в області післяопераційної рани, а також у вигляді більше виражених і навіть генералізованих форм захворювання. До важких форм гнійно-септичних ускладнень у післяопераційних хворих відносяться перитоніт, сепсис, тромбоемболічні ускладнення. Клінічними проявами подібних ускладнень є підвищення температури тіла, виникнення болів в низу живота або по ходу вен нижніх кінцівок, ознобу, виділень із статевих шляхів та ін. Медична сестра повинна негайно повідомити про виниклі ускладнення лікареві, а після огляду ретельно виконувати його призначення.

Медична сестра стежить за температурою пацієнтки в у післяопераційному періоді. Температура тіла в перші 2-3 дні після операції часто підвищується до 38-38,5, але потім падає з 3-4-го дня. За відсутності ускладнень в післяопераційному періоді надалі підйому температури не буває. Підвищення температури в перші 2-3 дні післяопераційного періоду обумовлені всмоктуванням продуктів розпаду травмованих тканин, раневого секрету, швидкою втратою рідини з кров'яного русла. Чим травматичніше оперативне втручання, тим більше виражена гіпертермія. Якщо підвищена температура спостерігається триваліший період або уперше з'являється на 4-5-й день після операції, то це зазвичай вказує на ускладнення інфекційного характеру і слід з'ясувати причину підйому температури. Це може бути пов'язано з розвитком інфекції в області рани черевної стінки, в післяопераційних куксах (запальні інфільтрати, гнійні процеси) або ж з (пневмонія, пієлонефрит та ін.)

Ряд пацієнток після гінекологічних операцій в післяопераційному періоді зазнає утруднення при сечовипусканні або навіть не може його здійснити. Ці утруднення можуть бути пов'язані з тупою травмою пухиря при гінекологічних операціях (відшарування пухиря, тиск на нього дзеркала). Крім того, деякі хворі зазнають утруднення при необхідності сечовипускання в горизонтальному положенні, в присутності в палаті сторонніх осіб. За наявності у хворої постійного катетера необхідно систематично стежити, чи виділяється сеча, оскільки у разі закупорки катетера або його вислизання з сечового міхура останній може виявитися переповненим, а це призводить до ускладнень, особливо якщо була зроблена операція на сечовому міхурі.

Найбільш частим і пізнім ускладненням є нагноєння шкіри і підшкірної клітковини в області післяопераційної рани. Воно супроводжується болем в області рани, підвищенням температури тіла, намоканням пов'язки серозним або гнійним відокремлюваним. При виникненні вказаного ускладнення медична сестра повинна негайно викликати лікаря; пацієнтку перевозять в оглядову, знімають пов'язку і з дотриманням правил асептики і антисептики

оглядають післяопераційну рану. У ряді випадків в післяопераційному періоді розвивається таке серйозне ускладнення, як тромбофлебіт вен нижніх кінцівок. Зазвичай це ускладнення виникає у хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Проявом цього ускладнення є скарги на болі в нозі, набряк кінцівки, підвищення температури. Медична сестра повинна негайно укласти пацієнтку в ліжко, заборонити їй вставати і викликати лікаря.

Нерідким ускладненням післяопераційного періоду є запальний процес в легенях (пневмонія). У післяопераційному періоді існує багато чинників, які сприяють розвитку цього ускладнення : тривале вимушене положення хворої в ліжка, ослаблені дихальні екскурсії і погіршення вентиляції легенів із-за боязні викликати больові відчуття, посилення секреції бронхіального дерева після інгаляції наркотичних засобів під час наркозу.

Зниження артеріального тиску може залежати від недостатності заповнення втраченої при операції крові, післяопераційної кровотечі, больового шоку, сердечної слабкості. У кожному випадку необхідно з'ясувати причину гіпотензії і з урахуванням цього застосовувати терапевтичні заходи. Кожної пацієнтки при падінні у неї артеріального тиску повинне проводитися лікування, оскільки гіпотензія може викликати порушення діяльності багатьох найважливіших органів і систем. Недостатність кровообігу, до проявів якої відноситься і гіпотензія, призводить до циркуляторної гіпоксії з усіма шкідливими її наслідками. Гіпотензія є чинником, що привертає до розвитку тромбоемболії, пневмонії, зниження сечовиділення і ряду інших патологічних станів.

Інші ускладнення післяопераційного періоду (емболія судин головного мозку, легень, інфаркти, інфарктні пневмонії, кишкова непрохідність та ін.) розвиваються рідше, зазвичай у пацієнтів літнього і старечого віку.

2.6. Особливості сестринського догляду за гінекологічними пацієнтками в післяопераційному періоді

У сучасних умовах післяопераційний період пацієнти проводять або в палаті інтенсивної терапії відділення оперативної гінекології, або у відділенні реанімації і інтенсивної терапії. Госпіталізації або перекладу у відділення інтенсивної терапії підлягають пацієнти, яким потрібно проведення інфузійної терапії і парентеральне живлення, хворих з важкими супутніми захворюваннями, ускладненнями під час операції або під час анестезії, після масивних (1000 мл і більше) крововтрат. Під час післяопераційного ведення пацієнтів слід враховувати їх вік, соматичні захворювання, об'єм оперативного втручання, ускладнення під час операції. Критичними є перші 48-72 ч після операції.

Надзвичайно важливим для правильного перебігу післяопераційного періоду є догляд за пацієнтом, і тут основну роль грає медична сестра. Медична сестра в перші години після операції постійно знаходиться у ліжка пацієнтки, стежить за часом її пробудження від наркозу, забарвленням шкірних покривів і слизових оболонок, щогодини вимірює артеріальний тиск і підраховує пульс, контролює стан асептичної пов'язки на передній черевній стінці (можливість намокання кров'ю), характер і кількість виділень із статевих шляхів.

З операційного столу пацієнтку на каталці перевозять в палату інтенсивної терапії і перекладають на раніше підготовлене ліжко. Якщо палата інтенсивної терапії обладнана функціональними ліжками, то пацієнта відразу перекладають з операційного столу на функціональне ліжко. Висота функціонального ліжка відповідає висоті операційного столу, що полегшує процес перекладання хворої і покращує в подальшому умови для проведення інтенсивної терапії. Заздалегідь медична сестра зігріває ліжко грілками, прибирає подушку. Пацієнтка перший годинник після операції знаходиться в горизонтальному положенні без подушки. На область післяопераційної рани кладуть пузир з льодом і мішечок з медичної церати, наповнений піском (тяжкість). Холод і тяжкість призначають впродовж 2-3 ч після операції. При цьому медична сестра завчасно готує пузир з льодом. Необхідно переконатися

в тому, що кришка в пухирі щільно пригвинчена і вода не витікатиме з пухиря в ліжко хворої. Через 5-6 годин після операції пацієнтки дозволяється обертатися в ліжку. В наступні дні активність пацієнток після гінекологічних операцій багато в чому залежить від їх віку, стану здоров'я до операції, течії післяопераційного періоду. Так, у кінці 1-ої доби пацієнтка проводить дихальну гімнастику, сидить.

Чергова медична сестра повинна постійно знаходитися у ліжка пацієнтки після операції, щоб вчасно помітити ускладнення. Медична сестра стежить за загальним станом пацієнтки забарвленням шкірних покривів і слизових оболонок, кожні 30 мін вимірює артеріальний тиск і підраховує пульс. Якщо пов'язка на передній черевній стінці промокла кров'ю, медична сестра повинна негайно повідомити про це лікареві. Разом з лікарем на каталці хвору відвозять в перев'язувальну і оглядають рану на передній черевній стінці.

Для вирішення утруднень при сечовипусканні, медична сестра повинна вжити заходи для стимуляції спонтанного сечовипускання у пацієнтки: попросити вийти з палати сторонніх осіб і ходячих пацієнтів, відкрити кран з водою для збудження рефлексу до сечовипускання, підігріти подкладное судно. Якщо вказані заходи не дають належного ефекту, прибігають до медикаментозної стимуляції сечовипускання До відновлення спонтанного сечовипускання прибігають до катетеризації сечового міхура кожні 3-4 ч.

У післяопераційному періоді потрібне спостереження за станом швів. При подовжніх розрізах черевної стінки, особливо у пацієнтів виснажених, ослаблених крововтратою, інфекцією або інтоксикацією, а також у жінок літнього віку передню черевну стінку в області операційної рани необхідно підкріплювати за допомогою спеціальної пов'язки - бандажа або широкого рушника, обернутого навколо спини і живота.

При вагінальних операціях і наявності швів на промежині в післяопераційному періоді роблять не менше 2 разів туалет зовнішніх статевих органів шляхом обмивання їх дезінфікуючим розчином; потім область швів

обсушують («промокають») марлевими кульками. Дуже добре область швів припудрити дерматолом, ксероформом або порошком білого стрептоциду; деякі ж вважають за краще змащувати область швів настоянкою йоду.

Догляд за післяопераційною раною після гінекологічного череворозтину має бути особливо ретельним. Якщо пов'язка, накладена на рану відразу після операції, залишається сухою, то її міняє тільки на 3-ій доба післяопераційного періоду в умовах дотримання правил асептики і антисептики. При цьому ретельно оглядають шви, переконуються у відсутності набряку, гіперемії і інфільтрації шкіри в області післяопераційної рани. Після цього обробляють шви перекис водню 3% і рану знову закривають стерильною пов'язкою (наклейкою). При первинному загоєнні рани на передній черевній стінці шви знімають на 7-8-у добу післяопераційного періоду. Шкіру в області рани обробляють перекис водню 3%, пінцетом і ножицями з гострими кінцями послідовно знімають шви. Потім знову накладають асептичну пов'язку.

Для усунення ускладнення нагноєння шкіри і підшкірної клітковини в області післяопераційної рани шви в місцях нагноєння знімають, рану промивають водню пероксидом і вводять турунду з гіпертонічним розчином (10% розчин хлориду натрію) для поліпшення відтоку запального ексудату. Після цього на область рани накладають асептичну пов'язку, пацієнтку переводять у відділення консервативних методів лікування, в палату, де знаходяться пацієнти із запальними захворюваннями статевих органів.. Пацієнтку виписують після повного загоєння рани вторинним натягненням.

При виникненні такого ускладнення, як пневмонія, медична сестра повинна неухильно виконувати призначення лікаря, спрямовані на профілактику розвитку пневмонії, стежити за тим, щоб пацієнтка займалася дихальною гімнастикою з 1-2-ої доби післяопераційного періоду, спонукати її до активної поведінки в ліжку і раннього вставання (якщо це санкціоновано лікарем), проводити інгаляцію лікарських засобів (трипсину, хімотрипсину) з метою поліпшення евакуації мокроти з верхніх дихальних шляхів, уміти поставити кругові банки пацієнтові в післяопераційному періоді.

Медичний персонал в жодному разі не повинен у присутності пацієнтки обговорювати характер її захворювання і результат операції. Пояснення з приводу операції пацієнт дає тільки лікар. Дбайливий догляд за пацієнткою, чітке виконання усіх призначень створюють у пацієнтки упевненість в успіху лікування і сприяють сприятливій течії післяопераційного періоду.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що післяопераційний період охоплює час від закінчення операції до одужання пацієнтки. Перші години і добу після операції медична сестра спостерігає за оперованою, оскільки ускладнення можуть виникнути після операції або абсолютно несподівано у будь-який день після неї. Тому ретельне спостереження за оперованою хворою набуває первинного значення, а так само догляд сприяє швидкому відновленню пацієнтки.

Розділ 3

ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ПАЦІЄНТОК В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ГІНЕКОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

3.1. Загальна характеристика обстежених пацієнток з міомою матки

Нами було проведено дослідження на базі гінекологічного відділення «Військового медичного клінічного центру Північного регіону» м. Харків.

Було обстежено 35 жінок. Середній вік пацієнток дорівнював 31,6 ± 0,47 років. Найбільше за все жінок знаходилося у віковій групі від 30 до 40 років, що пояснюється найвищою частотою захворюваності міомою матки у жінок цього віку.

Встановлено, що в 28 (80%) випадків вузли пухлини були множинними. У 26 (74,3%) жінок були скарги при госпіталізації на гіперполіменорею, у 4 (11,4%) - болі внизу живота, закрепи, часте сечовипускання, у 6 (17,1%) - поєднання вищезгаданих скарг.

Гінекологічний статус показав наявність у 25 (71,4%) ектопії шийки матки, у 3 (8,5%) - кондиломи піхви, шийки матки, кольпіт; у всіх пацієнток діагностовано збільшення матки в розмірах.

Вивчення менструального і репродуктивного анамнезу показало, що усі жінки мали регулярний менструальний цикл, менархе припало на вік 12,1±1,1 років.

Аналіз перенесених гінекологічних захворювань вказав, що усі жінки неодноразово лікувалися з приводу запальних процесів геніталій, у тому числі мали ерозію шийки матки, у 13 (37,1%) був діагностований аденоміоз, у 4 (11,4%) - поліпи ендометрія, залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, у 8 (22,9%)- апоплексія яєчника.

Відзначимо, що у 26 (74,3%) жінок перед операцією була проведена гістероскопія, роздільно-діагностичне вишкрібання матки. Було підраховано, що в 15 (42,9%) випадках пацієнткам була проведена надпіхвова ампутація

матки без придатків, в 14 (40,0%) - лапароскопія в обсязі екстирпації матки з придатками, в 6 (17,1%) - лапаротомія з консервативною міомектомією (Рис.3.1.)



Рис. 3.1. Розподіл оперативних втручань у обстежених пацієнток

Було складено анкети для двох груп респондентів:

1. Медичних сестер, що працюють у гінекологічному відділенні.

2. Анкетування при виписці пацієнток, прооперованих з приводу міоми матки.

3.2 Результати анкетування медичних сестер

Проведено анкетування серед медичних сестер 12 медичних сестер у віці від 26 до 52 років. Стаж роботи у відділенні варіював від 5 до 35 років.

На питання: «Чи проводити Ви бесіди з пацієнтками»? 11 (91,7%) опитуваних медсестер відповіли позитивно і лише 8,3% відповіли негативно. (Рис.3.2.)

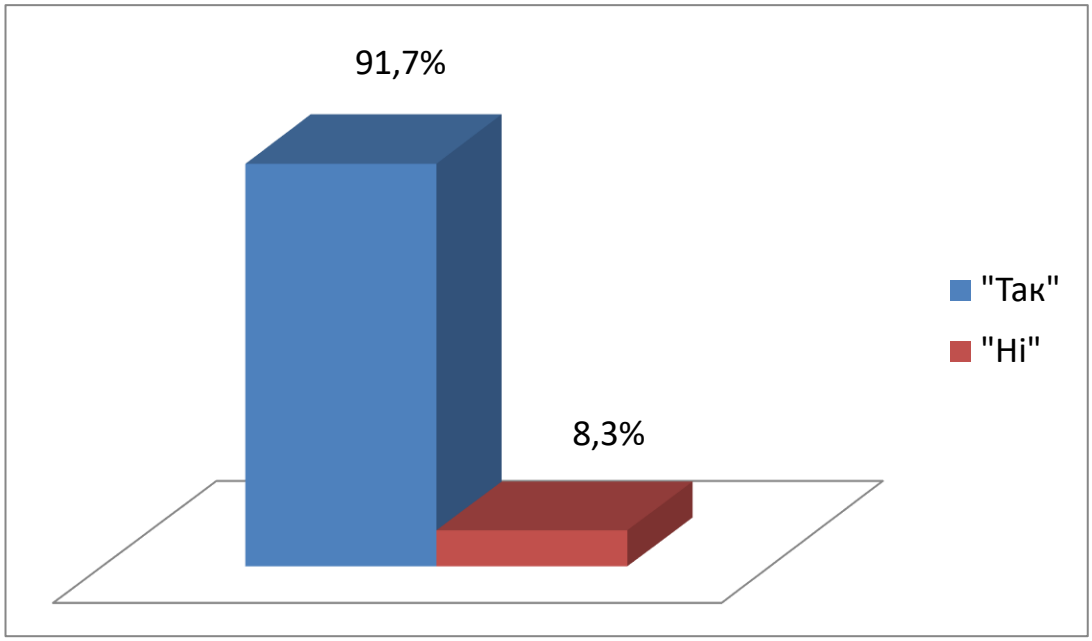


Рис. 3.2 Проведення медичною сестрою бесіди з пацієнтом.

З цих даних можна зробити висновок про те, що абсолютна більшість медсестер відповідально відносяться до виконуваної роботи, і тільки не великий відсоток не проводять бесіду, оскільки пацієнти вже обізнані або знаходяться в ранньому післяопераційному періоді.

На наступне питання, задане медичним сестрам: «Чи пояснюєте ви пацієнтам подробиці щодо підготовки перед аналізами?» були отримані наступні відповіді: 9 (75%) отримали інформацію про підготовку і здачу аналізів від медичної сестри, але 3(25%) не потребували цієї інформації, тому що були обізнані раніше, оскільки такі аналізи здавали не один раз. Таким чином усі 100% пацієнток були обізнані про процедури підготовки і здачі аналізів (рис.3.3).

Наступне питання було з метою з'ясувати: чи контролює медсестра прийом лікарських засобів пацієнтом. 8 (66,7%) відповіло, що пацієнт приймає ліки у присутності медсестри, 4 (33,3%) залишають прийом препаратів під контроль присутніх рядом родичів. У разі відсутності контролю лікування може вважатися малоефективним, оскільки пацієнт може не виконувати призначення лікаря і медичним сестрам слід звернути на цю увагу (рис.3.4).

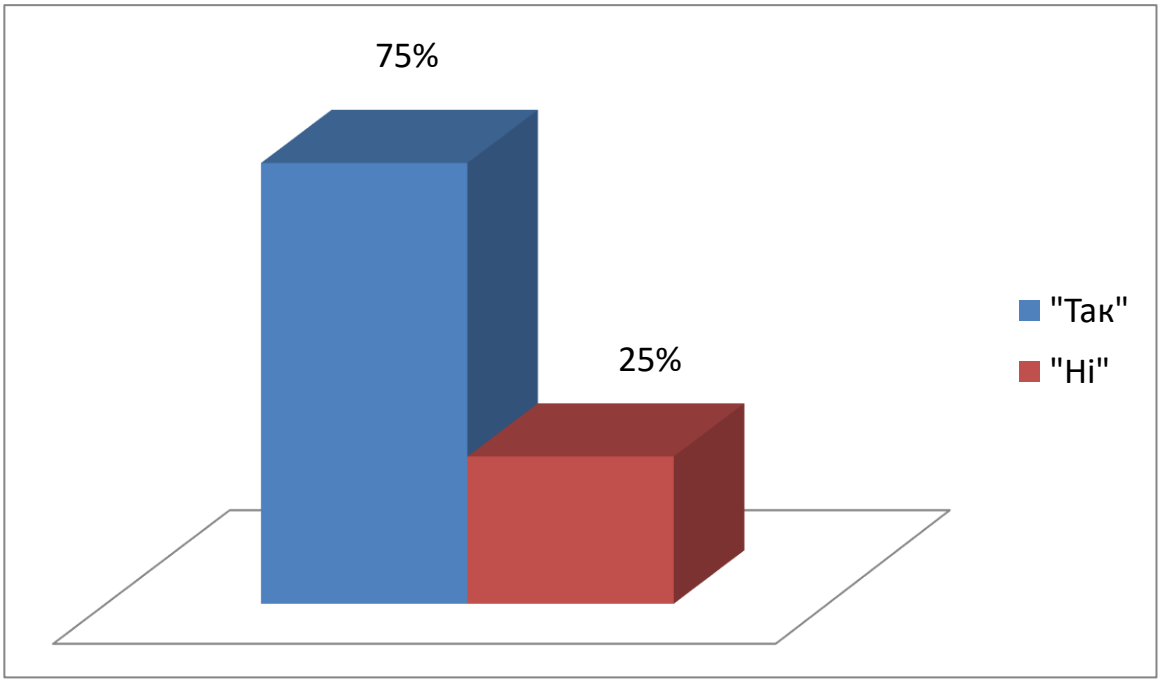


Рис. 3.3. Підготовка медичною сестрою пацієнтів до здачі аналізів.

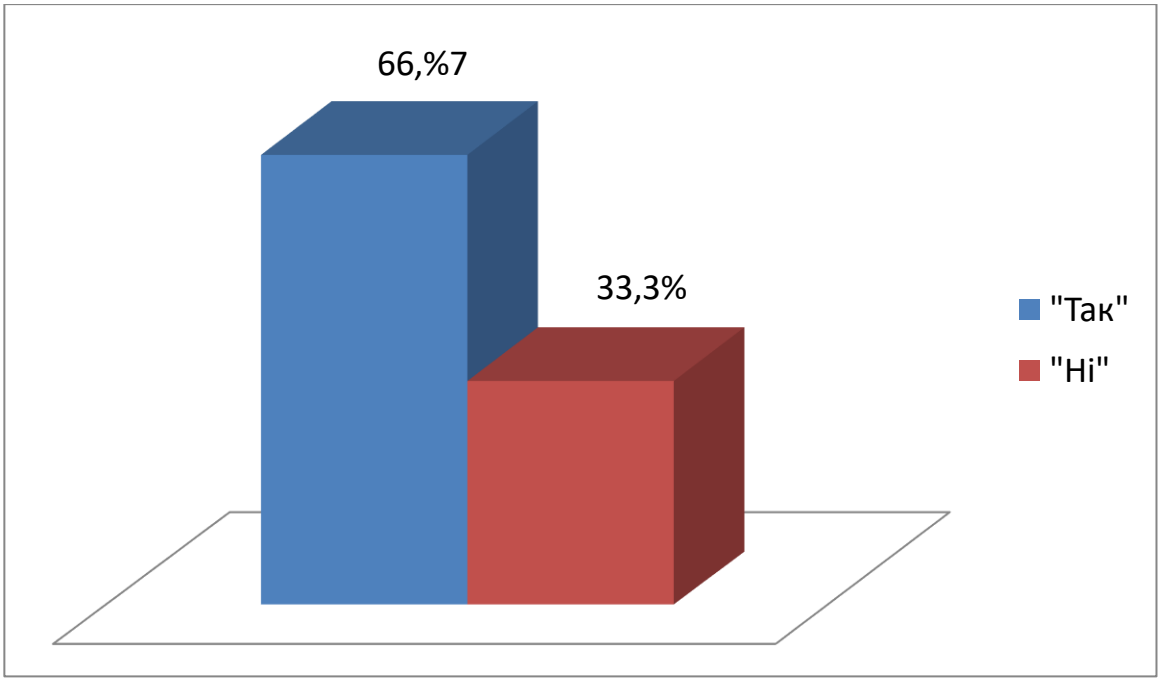


Рис. 3.4. Контроль медичною сестрою прийом лікарських засобів пацієнтом.

Далі було поставлено питання: «Чи берете ви участь у гігієнічному догляді за пацієнтами»? 91,7% медсестер відповіли та беруть участь і

допомагають в проведенні гігієнічному догляді, 8,3% відповіли, ні, оскільки пацієнт сам може проводити гігієнічний догляд і допомогу медичної сестри йому не потрібна. Можна зробити висновок, що медична сестра завжди готова допомогти пацієнтові в проведенні гігієнічного догляду (Рис.3.5).

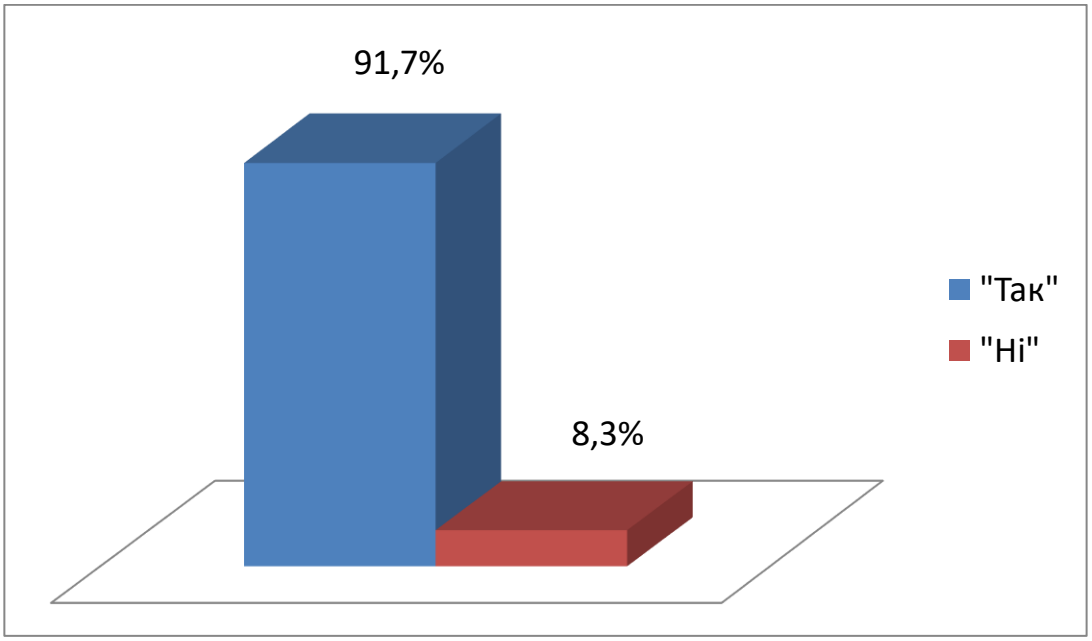


Рис. 3.5. Участь медичної сестри в гігієнічному догляді за пацієнтом.

3.3. Результати анкетування пацієнток в передопераційному і післяопераційному періодах

Аналізуючи дані пацієнток за віком, ми дійшли висновку, що при виконанні своїх посадових обов'язків медична сестра повинна організовувати індивідуальний підхід у виконанні процедур, враховуючи фізичні, психологічні особливості усіх вікових груп.

На запитання пацієнткам: «Чи супроводжує медична сестра вас на процедури?» 19 (54,3%) відповіли, що не тільки супроводжує, але й пояснює. 12 (34,3%) пацієнток медсестри супроводжували, але не пояснювали, оскільки пацієнтки самі знали що робити, і решту - 4 (11,4%) пацієнтів не супроводжували. Пацієнтки самі знали, де проводяться процедури і може пересуватися самостійно. Таким чином можна дійти висновку, що медична

сестра супроводжує пацієнтів, коли це потрібно і лише невеликий відсоток має можливість пересуватися самостійно (рис.3.6).

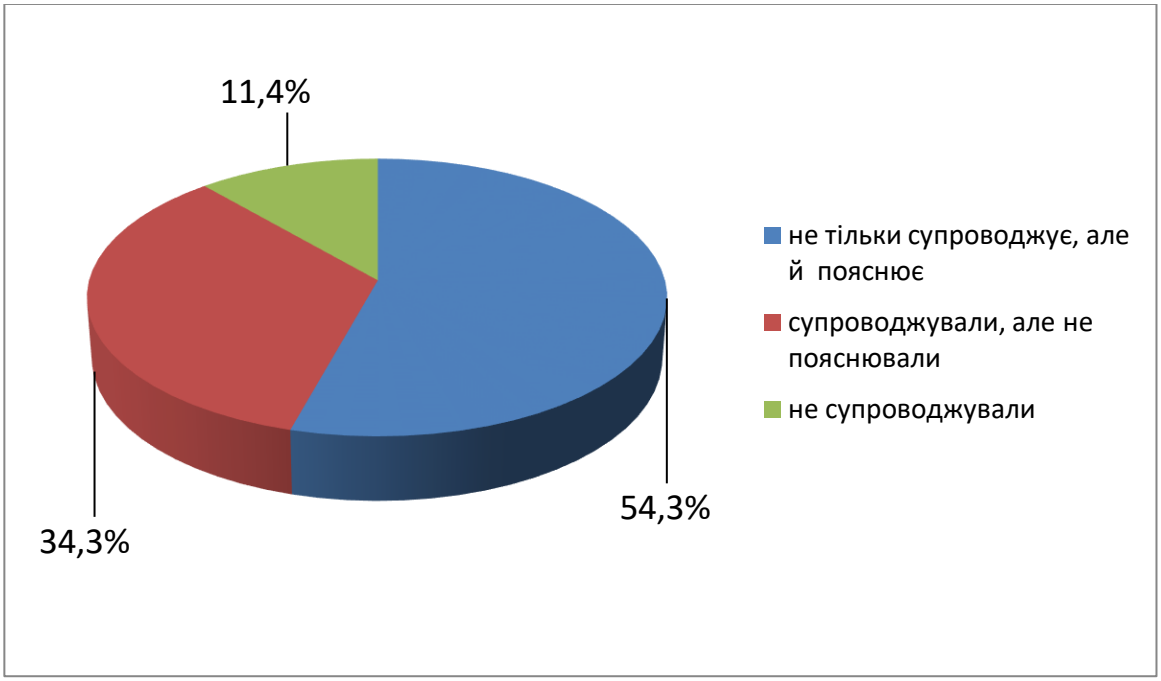


Рис.3.6. Супровід пацієнтів на процедури.

На запитання «Чи проводить медсестра з вами бесіди щодо причин, факторів ризику і можливості розвитку ускладнень в післяопераційному періоді?» 28 (80%) опитуваних пацієнтів відповіли «так» і 7 (20%) відповіло - «ні». Відсутність бесід та спілкування з пацієнтками може призвести до відсутності інформованості медичної сестри щодо проблем пацієнток і, відповідно, не буде можливості вчасно попередити появу можливих ускладнень (рис.3.7).

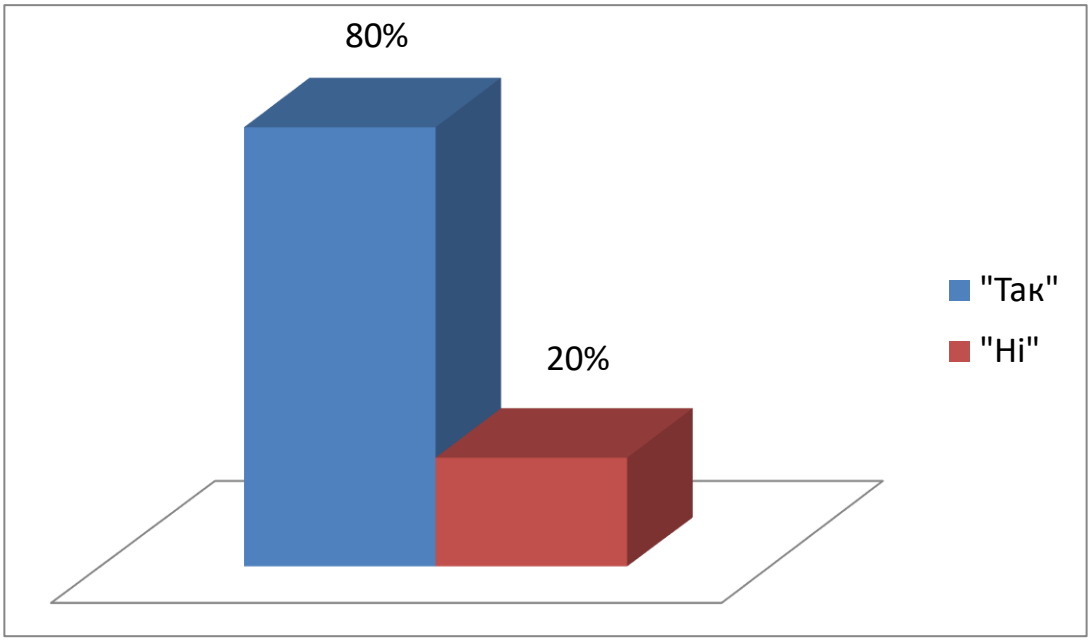


Рис. 3.7. Проведення медсестрою бесід щодо причин, факторів ризику і можливості розвитку ускладнень в післяопераційному періоді.

Наступним було поставлено питання: «Чи достатньо вам знань про те, як підготуватися до здачі аналізів?». На нього 29 (82,9%) пацієнток відповіло «Так, достатньо, ми досконало володіємо усією інформацією», 6 (17,1%) відповіли, що знання є, але існують деякі питання. Відсутність інформації у пацієнтів щодо підготовки і здачу аналізів може пролонгувати процес лікування і це також позначиться на стані пацієнта (Рис.3.8).

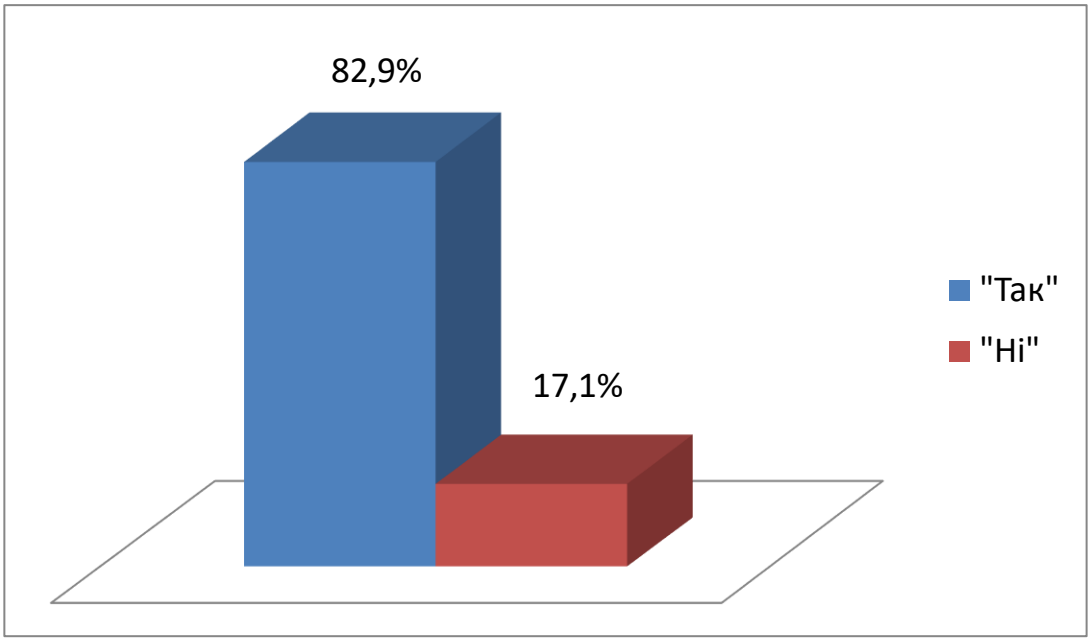


Рис.3.8. Повнота знань щодо підготовки пацієнток до здачі аналізів.

Наступне питання, що задавали пацієнткам, мало на меті визначення відношення медичного персоналу до хворих в гінекологічному відділенні. За даними анкетування, вдалося встановити, що 24 (68,6%) відмічають доброзичливе відношення медперсоналу до пацієнтів і 11 (31,4%) задовільне відношення. Це констатує, що якість медичного обслуговування в гінекологічному відділенні виконується в достатньому обсязі (рис.3.9).

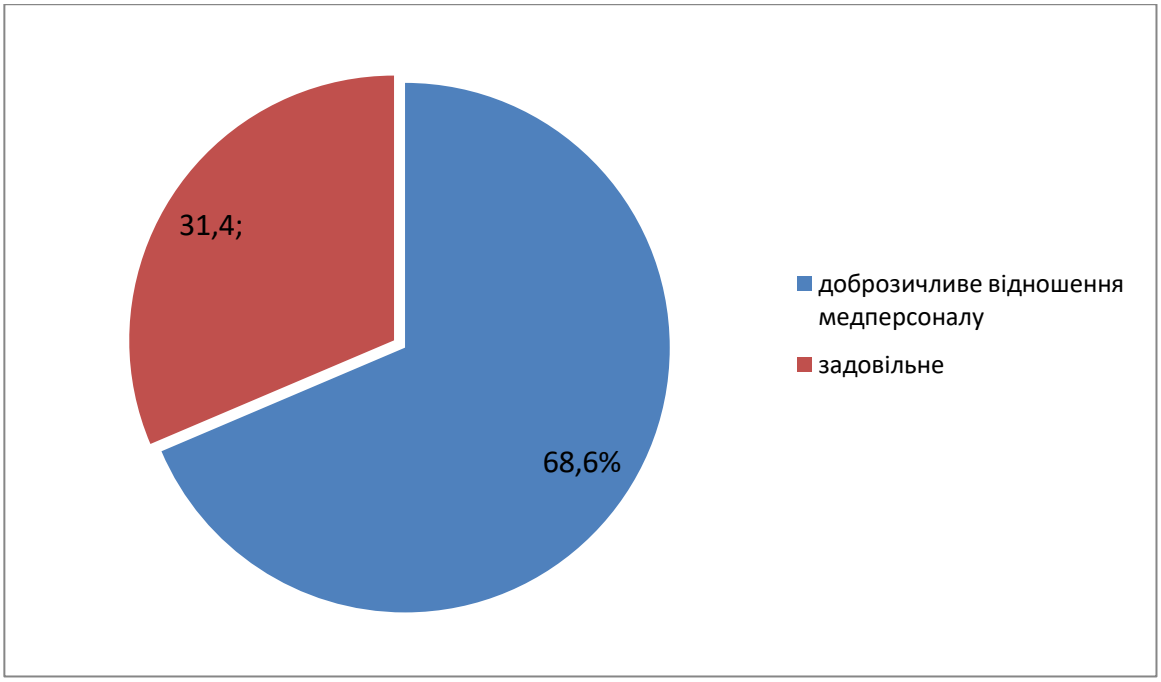


Рис.3.9. Відношення медичного персоналу до пацієнтів.

Таким чином, можна зробити висновок: в гінекологічному відділенні на лікуванні знаходяться пацієнти різного віку, і медична сестра організовує індивідуальний підхід до кожного. З пацієнтами проводяться бесіди, медична сестра супроводжує на процедури, пояснює, як підготуватися до здачі аналізів. Своєчасна увага медичної сестри до виконання пацієнтом необхідних елементів лікування і самообслуговування, стає першим кроком до одужання.

Практично усі опитані відмітили комфортність перебування у відділенні. Більше половини пацієнток хотіли б отримати інформацію про заходи профілактики захворювання щоб уникнути його рецидиву. Майже усі повністю задоволені сестринською допомогою в післяопераційному періоді. 1/5 опитаних не проінформовані про особливості течії післяопераційного періоду.

Резюме

Післяопераційний період починається з моменту закінчення операції і триває до виписки пацієнта з відділення. Неякісний проведений післяопераційний період, особливо перші дні після операції, може призвести до несприятливого результату і подовжити післяопераційний період. Медичний персонал зобов'язаний запобігти будь-яким ускладненням, а якщо вони виникнуть, повинен додати усіх зусиль до їх усунення.

Основна тяжкість ведення післяопераційного періоду лягає на медичну сестру, яка не лише своєчасно вводить пацієнтові ліків, але і доглядає за ним, бере участь в годуванні, стежить за гігієнічним станом шкіри і ротової порожнини. Крім того, сестра майже постійно знаходиться біля пацієнта, тому частіше за інших і першою помічає погіршення стану пацієнта і буває вимушена іноді самостійно надати першу допомогу (дача кисню, видалення блювотних мас з носоглотки, зупинка кровотечі притисненням і т. д.). На медичній сестрі лежить обов'язок навчити правилам відходу за пацієнтами молодший медичний персонал.

Кваліфікований догляд за пацієнтами, ретельний контроль за їх станом,

неухильне виконання усіх призначень лікаря, дотримання норм деонтології, правил асептики і антисептики є запорукою правильного перебігу післяопераційного періоду і повного одужання.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Лейоміома матки доброякісна пухлина, що досить часто зустрічається. Лікування міоми може здійснюватися як консервативним, так і хірургічним шляхом. Хірургічне лікування міоми матки залишається головуючим, незважаючи на успіхи консервативного лікування. Оперативні втручання з приводу міоми матки складають 45% абдомінальних втручань в гінекології.

Післяопераційний період після будь-яких гінекологічних операцій і операцій взагалі для жінок - досить важке випробування на витривалість організму. Різноманітні ускладнення післяопераційного періоду істотно погіршують стан пацієнток, подовжують період госпіталізації і можуть стати причиною летальності.

Робота медичної сестри гінекологічного відділення, вимагає постійного, особового, професійного контакту з пацієнтками. Цей контакт, як і інші професійні дії і маніпуляції має бути спрямований на, досягнення основної мети діяльності медичної сестри - полегшити стан пацієнток і її одужання. Все вище наведене обумовлює актуальність обраної теми.

Мета роботи: визначити роль сестринської діяльності в післяопераційному періоді у пацієнток з міомою матки.

Завдання дослідження :

- вивчити і проаналізувати дані літератури по організації сестринського процесу у післяопераційному періоді після гінекологічних втручань.
- визначити роль медичної сестри в до- та післяопераційному періоді в гінекологічному відділення.
- проаналізувати отримані дані дослідження щодо задоволеності пацієнток наданням медичної допомоги.

Об'єкт дослідження : пацієнтки з міомою в післяопераційному періоді, медсестри гінекологічного відділення..

Предмет дослідження: сестринський догляд в післяопераційному періоді за пацієнтками з міомою матки.

*Методи дослідження***:** загальноклінічні (збір анамнезу), проведення опитування хворих у післяопераційному періоді після гінекологічних втручань, опитування медсестер у гінекологічному відділенні щодо допомоги пацієнткам, що перебувають в гінекологічному відділенні.

Міома матки (синоніми: фіброміома, фіброма) - це доброякісна пухлина, що розвивається з м'язової тканини матки, складається переважно з елементів сполучної тканини. Вузол міоми є клубком гладком'язових волокон округлої форми, що хаотично переплітаються

Частота виникнення міоми матки складає 15-17% у жінок старше 30 років і 30-35% у жінок, що досягли віку передменопаузального. Проте останніми роками спостерігається тенденція до «омолоджування» міоми матки — виникнення її у жінок до 30 років, що обумовлено як вдосконаленням діагностики, так і широким поширенням «агресивних» акушерських і гінекологічних втручань. Епідеміологічні дослідження виявили ряд чинників ризику розвитку цієї пухлини — етнічні, генетичні, паритет, шкідливі звички, живлення та ін. Незважаючи на доброякісну течію, міома матки є причиною значного зниження якості життя жінок. Клінічні прояви пухлини пов'язані з матковими кровотечами, болем, порушенням функції сусідніх органів, а також зниженням фертильності.

Особливе місце надається методам сестринського догляду за пацієнтками з міомою. Дуже велика роль медичних сестер у ранньому виявленні міоми матки, як при проведенні санітарно-освітньої роботи з населенням, так і завдяки особистим бесідам з відвідувачами лікувальних установ, звертаючи увагу жінок на типову симптоматику міоми матки і переконуючи їх своєчасно звертатися до лікаря-гінеколога. Якими б не були методи лікування міоми матки, пацієнтка повинна отримувати якісний

сестринський догляд, спрямований на усунення скарг і повернення звичної якості життю і поліпшення дітородної функції.

Сестринський процес - це науковий метод організації і надання сестринської допомоги, систематичний шлях визначення ситуації, в якій знаходитися пацієнт і медична сестра, і проблем, що виникають в цій ситуації, в цілях виконання плану відходу, прийнятного для обох сторін. Мета цього процесу - забезпечення прийнятної якості життя в хворобі шляхом забезпечення максимально доступного для пацієнта фізичного, психосоціального і духовного комфорту з урахуванням його культури і духовних цінностей. Організаційна структура сестринського процесу складається з п'яти основних етапів: сестринське обстеження пацієнтки, діагностування її стану (визначення потреби і виявлення проблем), планування допомоги, спрямованої на задоволенні виявлених потреб (проблем), виконання плану необхідних сестринських втручань і оцінка отриманих результатів з їх корекцією у разі потреби.

Основними завданнями післяопераційного періоду є: попередження можливих ускладнень; своєчасне їх розпізнавання і лікування що відноситься до етапу сестринського обстеження в післяопераційному періоді. Джерелами суб'єктивної інформації є: сам пацієнт, який викладає власні припущення про свій стан здоров'я; близькі і родичі пацієнта. Джерела об'єктивної інформації: фізичне дослідження пацієнта по органах і системах; знайомство з медичною історією хвороби. Для загальної оцінки стану пацієнта медична сестра повинна визначити наступні показники: загальний стан пацієнта; положення пацієнта в ліжку; стан свідомості пацієнта, антропометричні дані. Основними методами сестринської діагностики є спостереження і бесіда.

В ході спостереження виділяють сестринські проблеми, які діляться на:

- існуючі - проблеми, які турбують пацієнта зараз (наприклад, біль, задишка, набряки, блювота, кровотеча);
- потенційні - це проблеми, які доки не існують, але можуть з'явитися з часом (наприклад, ризик виникнення пролежнів у нерухомого пацієнта,

ризик розвитку обезводнення при блювоті і частому рідкому випорожненні).

Джерелами і критеріями оцінки сестринського догляду служать наступні чинники:

- оцінка ступеня досягнення поставлених цілей сестринського догляду;
- оцінка реакції у відповідь пацієнта на сестринські втручання, на медперсонал, лікування, задоволеності фактом перебування в стаціонарі, побажань;
- оцінка ефективності впливу сестринської допомоги на стан пацієнта; активний пошук і оцінка нових проблем пацієнта.

Зокрема, щодо гінекологічного профілю, пріоритетними проблемами можуть стати питання безпеки (операційної, інфекційної, соціокультурної, психологічної); питання, що виникли через біль, тимчасове або стійке порушення функцій органів і систем; питання через операційну тривожність; питання, пов'язані зі збереженням гідності, оскільки ні в одній іншій області медицини пацієнт не виявляється таким беззахисним і уразливим, як під час гінекологічного огляду і операції.

- прогнозує наслідки догляду, визначаючи терміни, тактику і можливий ступінь відновлення після гінекологічної операції;

- визначає план дії медичної сестри, стратегію, спрямовану на задоволення потреб пацієнтки з урахуванням особливостей конкретної гінекологічної патології.

- з його допомогою оцінюється ефективність проведеною сестрою роботи, професіоналізм сестринського втручання;

- гарантує якість надання допомоги, яке можна контролювати. Саме у гінекології найбільш значиме застосування стандартів і алгоритмів сестринського втручання.

Особливості догляду за пацієнтами гінекологічного профілю пов'язані з тим, що функції органів і систем піддаються зміні не лише у зв'язку з самим вогнищем захворювання (травми), але і в результаті загального знеболення

(наркозу), операції, наявності рани. Перед медсестрою стоїть важливе завдання — створення найкращих умов для одужання, попередження ускладнень, які можуть бути пов'язані і з самим захворюванням, і з особливостями методів лікування.

Післяопераційні ускладнення - це патологічні стани, що не є продовженням основного захворювання і нехарактерні для нормальної течії післяопераційного періоду.

Малі гінекологічні операції практично не викликають виражені порушення загального стану пацієнта, призводять до ускладненої течії післяопераційного періоду. Найбільші труднощі при веденні післяопераційного періоду виникають після тривалих, травматичних порожнинних гінекологічних операцій.

У післяопераційному періоді у пацієнток після гінекологічних операцій можуть виникати ускладнення, про які медична сестра повинна знати, щоб вчасно їх помітити і повідомити лікаря, а в подальшому здійснювати кваліфікований догляд за цими пацієнтами. Ускладнення в післяопераційному періоді можуть бути ранні (у перші години після операції) і пізні (впродовж перших 2-8 діб післяопераційного періоду).

У деяких пацієнток в перші години після операції виникає кровотеча з пошкоджених посудин передньої черевної стінки при недостатньому лігуванні.

Ще грізнішим раннім ускладненням є поява кров'яних виділень із статевих шляхів. У пацієнток після екстирпації матки причиною подібної кровотечі може бути недостатній гемостаз маткових посудин. У ряді випадків це ускладнення вимагає негайної лапаротомії.

У ряді випадків ускладнення виникають не в перші години післяопераційного періоду, а впродовж перших 2-8 діб. До подібних ускладнень відноситься розвиток гнійно-септичних захворювань місцевої локалізації в області післяопераційної рани, а також у вигляді більше виражених і навіть генералізованих форм захворювання. До важких форм

гнійно-септичних ускладнень у післяопераційних хворих відносяться перитоніт, сепсис, тромбоемболічні ускладнення. Клінічними проявами подібних ускладнень є підвищення температури тіла, виникнення болів в низу живота або по ходу вен нижніх кінцівок, ознобу, виділень із статевих шляхів та ін. Медична сестра повинна негайно повідомити про виниклі ускладнення лікареві, а після огляду ретельно виконувати його призначення.

Надзвичайно важливим для правильного перебігу післяопераційного періоду є догляд за пацієнтом, і тут основну роль грає медична сестра. Медична сестра в перші години після операції постійно знаходиться у ліжка пацієнтки, стежить за часом її пробудження від наркозу, забарвленням шкірних покривів і слизових оболонок, щогодини вимірює артеріальний тиск і підраховує пульс, контролює стан асептичної пов'язки на передній черевній стінці (можливість намокання кров'ю), характер і кількість виділень із статевих шляхів.

У післяопераційному періоді потрібне спостереження за станом швів. При подовжніх розрізах черевної стінки, особливо у пацієнтів виснажених, ослаблених крововтратою, інфекцією або інтоксикацією, а також у жінок літнього віку передню черевну стінку в області операційної рани необхідно підкріплювати за допомогою спеціальної пов'язки - бандажа або широкого рушника, обгорнутого навколо спини і живота.

При вагінальних операціях і наявності швів на промежині в післяопераційному періоді роблять не менше 2 разів туалет зовнішніх статевих органів шляхом обмивання їх дезінфікуючим розчином; потім область швів обсушують («промокають») марлевими кульками. Рекомендовано область швів припудрити дерматолом, ксероформом або порошком білого стрептоциду; деякі ж вважають за краще змащувати область швів настоянкою йоду.

Медичний персонал в жодному разі не повинен у присутності пацієнтки обговорювати характер її захворювання і результат операції. Пояснення з приводу операції пацієнт дає тільки лікар. Дбайливий догляд за пацієнткою,

чітке виконання усіх призначень створюють у пацієнтки упевненість в успіху лікування і сприяють сприятливій течії післяопераційного періоду.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що післяопераційний період охоплює час від закінчення операції до одужання пацієнтки. Перший годинник і добу після операції медична сестра спостерігає за оперованою, оскільки ускладнення можуть виникнути після операції або абсолютно несподівано у будь-який день після неї. Тому ретельне спостереження за оперованою хворою набуває первинного значення, а так само догляд сприяє швидкому відновленню пацієнтки.

Нами було проведено дослідження на базі гінекологічного відділення «Обласної клінічної лікарні» м. Харкова.

Було обстежено 35 жінок. Середній вік пацієнток дорівнював 31,6 ± 0,47 років. Найбільше за все жінок знаходилося у віковій групі від 30 до 40 років, що пояснюється найвищою частотою захворюваності міомою матки у жінок цього віку.

Встановлено, що в 28 (80%) випадків вузли пухлини були множинними. У 26 (74,3%) жінок були скарги при госпіталізації на гіперполіменорею, у 4 (11,4%) - болі внизу живота, закрепи, часте сечовипускання, у 6 (17,1%) - поєднання вищезгаданих скарг.

У 26 (74,3%) жінок перед операцією була проведена гістероскопія, роздільно-діагностичне вишкрібання матки. Було підраховано, що в 15 (42,9%) випадках пацієнткам була проведена надпіхвова ампутація матки без придатків, в 14 (40,0%) - лапароскопія в обсязі екстирпації матки з придатками, в 6 (17,1%) - лапаротомія з консервативною міомектомією

Ми провели анкетування серед медичних сестер 12 медичних сестер у віці від 26 до 52 років. Стаж роботи у відділенні варіював від 5 до 35 років.

Абсолютна більшість медсестер відповідально відносяться до виконуваної роботи, і тільки не великий відсоток не проводять бесіду, оскільки пацієнти вже обізнані або знаходяться в ранньому післяопераційному періоді.

На наступне питання, задане медичним сестрам: «Чи пояснюєте ви пацієнтам подробиці щодо підготовки перед аналізами?» були отримані наступні відповіді: 9 (75%) отримали інформацію про підготовку і здачу аналізів від медичної сестри, але 3(25%) не потребували цієї інформації, тому що були обізнані раніше, оскільки такі аналізи здавали не один раз. Таким чином усі 100% пацієнток були обізнані про процедури підготовки і здачі аналізів.

Наступне питання було з метою з'ясувати: чи контролює медсестра прийом лікарських засобів пацієнтом. 8 (66,7%) відповіло, що пацієнт приймає ліки у присутності медсестри, 4 (33,3%) залишають прийом препаратів під контроль присутніх рядом родичів. У разі відсутності контролю лікування може вважатися малоефективним, оскільки пацієнт може не виконувати призначення лікаря і медичним сестрам слід звернути на це увагу.

Далі було поставлено питання: «Чи берете ви участь у гігієнічному догляді за пацієнтами»? 91,7% медсестер відповіли та беруть участь і допомагають в проведенні гігієнічному відході, 8,3% відповіли, ні, оскільки пацієнт сам може проводити гігієнічний догляд і допомогу медичної сестри йому не потрібна. Можна зробити висновок, що медична сестра завжди готова допомогти пацієнтові в проведенні гігієнічного догляду.

Аналізуючи дані пацієнток за віком, ми дійшли висновку, що при виконанні своїх посадових обов'язків медична сестра повинна організовувати індивідуальний підхід у виконанні процедур, враховуючи фізичні, психологічні особливості усіх вікових груп.

На запитання пацієнткам: «Чи супроводжує медична сестра вас на процедури?» 19 (54,3%) відповіли, що не тільки супроводжує, але й пояснює. 12 (34,3%) пацієнток медсестри супроводжували, але не пояснювали, оскільки пацієнтки самі знали що робити, і решту - 4 (11,4%) пацієнтів не супроводжували. Пацієнтки самі знали, де проводяться процедури і може пересуватися самостійно. Таким чином можна дійти висновку, що медична

сестра супроводжує пацієнтів, коли це потрібно і лише невеликий відсоток має можливість пересуватися самостійно.

На запитання «Чи проводить медсестра з вами бесіди щодо причин, факторів ризику і можливості розвитку ускладнень в післяопераційному періоді?» 28 (80%) опитуваних пацієнтів відповіли «так» і 7 (20%) відповіло - «ні». Відсутність бесід та спілкування з пацієнтками може призвести до відсутності інформованості медичної сестри щодо проблем пацієнток і, відповідно, не буде можливості вчасно попередити появу можливих ускладнень.

На питання: «Чи достатньо вам знань про те, як підготуватися до здачі аналізів?». На нього 29 (82,9%) пацієнток відповіло «Так, достатньо, ми досконало володіємо усією інформацією», 6 (17,1%) відповіли, що знання є, але існують деякі питання. Відсутність інформації у пацієнтів щодо підготовки і здачу аналізів може пролонгувати процес лікування і це також позначиться на стані пацієнта.

При визначення відношення медичного персоналу до хворих в гінекологічному відділенні. За даними анкетування, вдалося встановити, що 24 (68,6%) відмічають доброзичливе відношення медперсоналу до пацієнтів і 11 (31,4%) задовільне відношення. Це констатує, що якість медичного обслуговування в гінекологічному відділенні виконується в достатньому обсязі.

Таким чином, можна зробити висновок: в гінекологічному відділенні на лікуванні знаходяться пацієнти різного віку, і медична сестра організовує індивідуальний підхід до кожного. З пацієнтами проводяться бесіди, медична сестра супроводжує на процедури, пояснює, як підготуватися до здачі аналізів. Своєчасна увага медичної сестри до виконання пацієнтом необхідних елементів лікування і самообслуговування, стає першим кроком до одужання.

Практично усі опитані відмітили комфортність перебування у відділенні. Більше половини пацієнток хотіли б отримати інформацію про заходи профілактики захворювання щоб уникнути його рецидиву. Майже усі повністю задоволені сестринською допомогою в післяопераційному періоді. 1/5 опитаних не проінформовані про особливості течії післяопераційного періоду.

Своєчасне пояснення медсестрами питань післяопераційних процедур, факторів ризику та можливості розвитку ускладнень у післяопераційному періоді, повноцінної підготовки перед аналізами пацієнткам гінекологічного відділення сприяє одужанню та прискорює відновлення стану жінок.

ВИСНОВКИ

1. Надзвичайно важливим для правильного перебігу післяопераційного періоду є догляд за пацієнтом, і тут основну роль грає медична сестра. післяопераційний період охоплює час від закінчення операції до одужання пацієнтки. Перші години і добу після операції медична сестра спостерігає за оперованою, оскільки ускладнення можуть виникнути після операції або абсолютно несподівано у будь-який день після неї. Тому ретельне спостереження за оперованою хворою набуває первинного значення, а так само догляд сприяє швидкому відновленню пацієнтки.
2. 91,7% опитуваних медсестер проводили бесіди з пацієнтками. Завдяки поясненню подробиць щодо підготовки перед аналізами, 75% пацієнток були правильно інформовані, що сприяло достовірності результатів аналізів. В 66,7% випадків медсестра контролює прийом ліків пацієнтом; 91,7% медсестер беруть участь і допомагають в проведенні гігієнічному догляді. Своєчасне пояснення медсестрами питань післяопераційних процедур, факторів ризику та можливості розвитку ускладнень у післяопераційному періоді, повноцінної підготовки перед аналізами пацієнткам гінекологічного відділення сприяє одужанню та прискорює відновлення стану жінок.

- 19 (54,3%) пацієнток медсестри не тільки супроводжують на процедури, але й пояснюють принцип процедур, що свідчить про те, що медична сестра супроводжує пацієнтів, коли це потрібно і лише невеликий відсоток має можливість пересуватися самостійно. З 80% опитуваних пацієнтів медсестри проводила бесіди щодо причин, факторів ризику і можливості розвитку ускладнень в післяопераційному періоді. Відсутність комплаєнсу між медсестрою та пацієнтками може призвести до недостатньої інформованості щодо скарг та особливостей

хворих і, відповідно, до несвоєчасного попередження ускладнень. (68,6%) відмічають доброзичливе відношення медперсоналу до пацієнтів і 11 (31,4%) задовільне відношення. Це констатує, що якість медичного обслуговування в гінекологічному відділенні виконується в достатньому обсязі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация (клинические рекомендации по ведению больных). – М, 2015. – 99 с.
2. Байцим А. Ю., Тугаров Д. Р., Криницька І. Я. Роль середнього медичного персоналу в системі охорони здоров'я на сучасному етапі. *Медсестринство.* 2015. № 4. С.11-14.
3. Безкоровайна У.Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 15. С. 88–91.
4. Бурковская Ю.В., Камынина Н. Н. Руководители сестринского персонала -о стандартизации в области сестринского дела. *Медицинская сестра*. 2016. №. 2. С. 45-48.
5. Бурковская Ю.В., Камынина Н.Н. Практический опыт разработки профессионального стандарта деятельности медицинской сестры структурного подразделения (на примере отделения физиотерапии). *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2015. №. 11-12. С.24-28.
6. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
7. Галапац Н.Б. Стандартизація діяльності медсестринської служби Львівської області. *Медсестринство*. 2015. № 4. С.58-62.
8. Галапац Н.Б. Управління якістю роботи медсестринської служби Львівської області. *Медсестринство*. 2014. № 4. С.35-39.
9. Етичний кодекс медичної сестри України. URL:
10. Заболотнов В.А. Атипическая лейомиома матки / В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка, О.П. Миклин [и др.] // Здоровье женщины. – 2014. – № 2 (88). – С. 55.
11. Зезюлина Г.И. Новые технологии ухода за пациентами в работе сестринского персонала гинекологического отделения больницы // Главная медицинская сестра. – 2008; 9: 23–36.

12. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
13. Кулаков В.И., Манухина И.Б. и др. Гинекология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медия, – 2011. – 1200 с.
14. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии; под общей ред. В.В. Морозова. Ростов н/Д: Феникс, 2015. – стр.138-162.
15. Лихачев В.К. Практическая гинекология: руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 664с.
16. Малик С.С., Петряшев І.О. Упровадження алгоритмізації в медсестринську освіту як елемент стандартизації медичної допомоги. *Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні*. 2019. С.141-142.
17. Мельник Е.Г. Стандарты медицинской помощи в деятельности медицинской сестры. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2016. № 114. С. 723-724. URL: https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10659 (дата обращения: 11.12.2019.
18. Мельник Е.Г., Якименко А.В. Миома матки и особенности сестринского ухода в современных условиях Международный студенческий научный вестник. 2016. № 2. С. 50.
19. Надюк З., Безкоровайна У., Неділько Р. Аналіз інформаційної складової взаємодії громадських організацій середнього медичного персоналу з органами державної влади. Науковий вісник. «Демократичне врядування». 2018. Вип. 21.
20. Некоторые аспекты стандартизации сестринской деятельности и отношение к ней специалистов со средним медицинским образованием / Корнияшева Л.П., Чернышев В.М., Потеряева Е.Л. и др. Медицина и образование Сибири. 2012. №2.

21. Обуховец Т.П., Чернова О.В. Основы сестринского дела; под редакцией Кабарухина Б.В. – Изд. 22-е – Ростов н/Д: Феникс, 2015 г.
22. Памфамиров Ю.К. Органосберегающий подход в лечении миомы матки / Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, О.В. Карапетян [и др.] // Здоровье женщины. – 2013. – № 1 (77). – С. 162.
23. Папук Е.М. Стандартизация в сестринском деле. Сестринское дело. 2011. N 3. С.36-39.
24. Петрущак О.М., Криницька І.Я. Роль медичної сестри на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я. Медсестринство. 2017. №4. С.48-50.
25. Попова Н.М., Молчанова Л.Ф., Якимова Н.В., Данилова К.А. Современные подходы к оценке качества сестринской помощи. Трансформации здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование-взгляд в будущее. 2016. С. 110-115.
26. Рис М, Хоуп С., Охлер М.К. и др. Диагностика и лечение в гинекологии Проблемный подход./ пер. сангл. Под ред. В.Н. Прилепской – М.: ГЭОТАРМедия, - 2010.-320с.
27. Салимова М. Р., Мирзалиева Ш.А.К. Зарубежный опыт этических принципов сестринского дела и этического воспитания. Интернаука. 2017. Т. 7, №. 11 Часть 1. С. 23-25.
28. Селиванова Э.Н., Пучкина Г.А. Миома матки. значение сестринского процесса. Дневник науки. 2018. № 10 (22). С. 6.
29. Филенко А.Б., Кивацкова О.Н. Уход за пациентками, прооперированными по поводу миомы матки. Медицинская сестра. 2012. № 2. С. 19-22.
30. Фролов О.Г., Николаева Е.И. и др. Организация первичной акушерскогинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения. // Акуш.и гинекол.-2007. - №3. – С.59-60.
31. Global Coalition on Circulatory Health. URL:
32. http://bezref.in.ua/kodeks-medichnoyi-sestri-ukrayini-etichnij-kodeks-medichnoyi-s.html.

33. Iashvili T.I. Clinico-morpho-ulrasonographical characteristics of large uterine leiomyoma in females during late reproductive and premenopausal period // Georgian. Med. News. – 2006 – Vol. 139. – P. 40-43.
34. International Council of Nurses. URL: https://www.icn.ch/
35. Zarad Khan, Elizabeth A., Stewart.Bening Uterine Diseases.Yen α Jaffe,s Reproductive Endocrinology (Seventh Edition). – 2014. – P. 586-603.