ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S OPERACIJOM ŽUČNJKA

Brčić-Šušak, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:165389

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sadržaj

1. UVOD 1
1.1. Anatomija i fiziologija jetre 2
1.2. Anatomija i fiziologija žučnog mjehura 3
1.3. Kolelitijaza – žučni kamenci 4
1.3.1. Klinička slika i dijagnostika 5
1.3.2. Liječenje kolelitijaze 6
1.4. Koledokolitijaza 6
1.4.1. Klinička slika i dijagnostika 7
1.4.2. Liječenje koledokolitijaze 8
1.5. Akutni kolecistitis 9
1.5.1. Klinička slika i dijagnostika 9
1.5.2. Liječenje 9
1.6. Liječenje žučnih kamenaca 10
1.6.1. Pristup čekanjem 10
1.6.2. Kolecistektomija – kirurško uklanjanje žučnjaka 10
1.7. Prehrana bolesnika sa žučnim bolestima 12
2. CILJ RADA 14
3. RASPRAVA 15
3.1. Zdravstvena njega bolesnika 15
3.2. Prijem bolesnika na odjel 15
3.3. Prijeoperacijska priprema bolesnika 16
3.3.1. Psihološka priprema za operaciju 16
3.3.2. Fizička priprema za operaciju 17
3.3.3. Poučavanje bolesnika 18
3.4. Neposredna prijeoperacijska priprema 18
3.4.1. Priprema bolesnika dan prije operacije 18
3.4.2. Priprema bolesnika na dan operacije 19
3.4.3. Priprema operacijskoga polja 19
3.5. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika 20

3.6. Poslijeoperacijske poteškoće 20
3.6.1. Bol 21
3.6.2. Mučnina i povraćanje 22
3.6.3. Žeđ 22
3.6.4. Poteškoće s nadutosti i zastojem 23
3.6.5. Poteškoće s mokrenjem 23
3.7. Poslijeoperacijske komplikacije 24
3.7.1. Poslijeoperacijski šok 24
3.8. Kirurška rana 25
3.8.1. Previjanje kirurške rane 26
3.9. Drenaža 26
3.10. Prehrana bolesnika nakon operacije žučnjaka 27
3.11. Zdravstveni odgoj 27
3.12. Sestrinske dijagnoze 28
4. ZAKLJUČAK 30
5. SAŽETAK 31
6. SUMMARY 32
7. LITERATURA 33
8. ŽIVOTOPIS 35

1. UVOD

Žučni kamenci nalaze se u približno 10% osoba starijih od četrdeset godina od kojih su većina žene. Nastanak je povezan s mnogobrojnim činiteljima od kojih su samo neki poznati. Smatra se da najvažniju ulogu ima metabolizam tj. poremećen odnos kolesterola i žučnih soli te infekcija i zastoj žuči. Uočeno je da se žučni kamenci najčešće nalaze u pretilih žena koje su rodile. (1)

Razlikujemo tri tipa bilijarnih kamenaca: kolesterolski (10-20%), pigmentni (5-10%) i miješani (75-80%).

Uzroci nastanka nisu točno poznati, no čini se da su tri čimbenika važna u tome: velika koncentracija kolesterola, zastoj žuči i infekcija. (5)

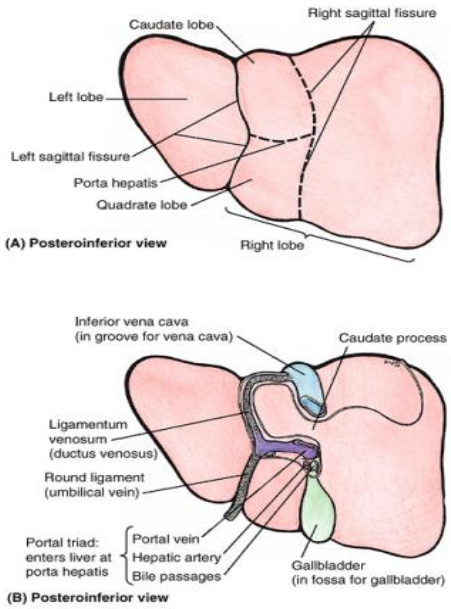
Postoji veći broj rizičnih čimbenika koji doprinose nastanku žučnih kamenaca:

- starija dob
- ženski spol
- debljina
- nagli gubitak tjelesne mase
- trudnoća i dojenje
- vrsta prehrane i životne navike (konzumacija rafiniranih šećera, smanjena tjelesna aktivnost)
- druge bolesti (šećerna bolest, Crohnova bolest završnog dijela tankog crijeva, ozljede kralježnice). (17)

Učestalost se razlikuje ovisno o rasi, mjestu življenja i prehrani. (8) Tako je učestalost kolelitijaze veća u bijelaca sjeverne Amerike i zapadne Europe, ljudi hispanskog podrijetla i američkih Indijanaca dok se manje nalazi u bijelaca u istočnoj Europi, Afroamerikanaca i Japanaca. Životna je dob najveći faktor rizika nastanka žučnih kamenaca. Kod djece su vrlo rijetki, osim u hemolitičkim bolestima. Spolni hormoni, oralni kontraceptivi i nadomjesna terapija estrogenima također su udruženi s većom učestalošću nastanka žučnih kamenaca. Genski faktori također imaju važnu ulogu u nastanku. Tako se kamenci javljaju dvostruko češće unutar obitelji u rođaka u prvom koljenu, osobito u žena. Debljina i naglo mršavljenje također su rizični faktori nastanka. (11)

1.1.Anatomija i fiziologija jetre

Jetra je najveća žlijezda probavnog sustava koja stvara i izlučuje žuč te prerađuje krv koja sadrži resorbirane tvari iz probavnog sustava. U odraslih težina jetre iznosi 1200-1500 gr. Sastoji se od dviju površina: gornje konveksne i donje konkavne površine. Obje površine na donjem rubu jetre prelaze jedna u drugu. Na sredini donje površine jetre nalazi se sustav brazdi koje oblikuju slovo H. Poprečni, spojni krak slova H jest hilus jetre koji se naziva *porta hepatis*. U *porti hepatis* u jetru ulaze jetrena arterija i portalna vena, a izlaze odvodni lijevi i desni žučni kanal. Žučni se vodovi na izlazu iz jetre udružuju u zajednički jetreni vod, *ductus hepaticus communis,* koji se s vodom žučnog mjehura, *ductus cysticus*, spaja u glavni žučovod, *ductus choledochus*, što se otvara u dvanaesnik. (3) Jetra ima četiri režnja. Na gornjoj površini vide se dva režnja i to desni i lijevi, a na donjoj prednji četvrtasti i stražnji u obliku srpa. (2)



Slika 1. Anatomija jetre

Preuzeto: http://perpetuum-lab.com.hr/wiki/plab_wiki/_/anatomija-covjeka-enciklopedija/jetra-r36

Crvenkastosmeđe je boje i smještena je većim dijelom na desnoj strani trbušne šupljine neposredno ispod ošita. Obavlja velik broj vrlo različitih funkcija, a među njima i izlučivanje žuči. (3)

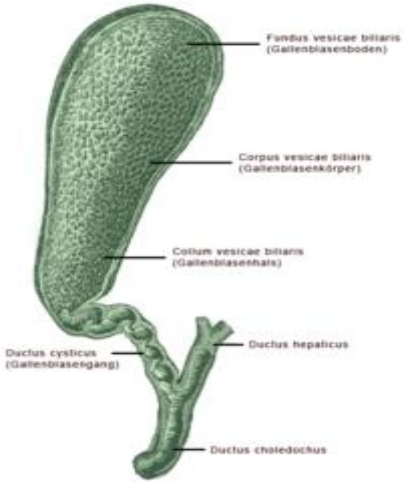
Tablica 1. Funkcije jetre

Pohranjivanje glukoze u obliku glikogena
Stvaranje bjelančevina plazme, kao što su albumini, globulini i faktori zgrušavanja krvi
Sinteza ureje, otpadnog produkta metabolizma bjelančevina
Sudjelovanje u metabolizmu masti
Stvaranje i izlučivanje žuči
Detoksikacija škodljivih tvari
Pohranjivanje mnogih vitamina i željeza
Skladištenje krvi
Uništavanje bakterija koje u jetru dolaze iz crijeva

1.2. Anatomija i fiziologija žučnog mjehura

Žučni mjehur služi za pohranu žuči. To je vrećica kruškolikog oblika koja se nalazi na donjoj površini jetre. (2) Dug je oko 10 cm, a širok oko 4 cm te kapaciteta oko 50-60 ml. (7) Sastoji se od donjeg šireg dijela u kojem se najčešće stvaraju kamenci i jednog nešto užeg dijela koji se naziva »vrat žučnjaka« koji se toliko sužava da se dalje nastavlja u izvodni kanal žučnjaka. (6) U žučnom mjehuru prikuplja se i pohranjuje žuč. (4) Tijekom dana stvori se u prosjeku od 600 do 750 ml žuči. Njezin sastav mijenja se tijekom putovanja kroz odvodne putove. (12) Žuč se stvara u jetrenim stanicama i izlučuje u žučne kanaliće. Iz žučovoda žuč može otjecati izravno u crijevo ili se može pohraniti u žučnom mjehuru. Žučni mjehur ima zadaću i koncentriranja žuči. Oko 97% žuči čini voda. Ostali su sastojci žučne soli, žučne boje i druge otopljene tvari (kolesterol, masne kiseline, lecitin, elektroliti). (3) Žučni mjehur se steže, tj. kontrahira nakon dolaska hrane u dvanaesnik. Hrana naime podražuje živčane stanice u stijenci dvanaesnika koji zatim aktiviraju lučenje hormona koji dovode do stezanja žučnjaka i

istjecanja žučnog soka (žuči) koja putem žučnih vodova dospijeva u dvanaesnik. Na taj način žučni sok probavlja masne, ali i neke druge sastojke hrane u crijevu. (6)



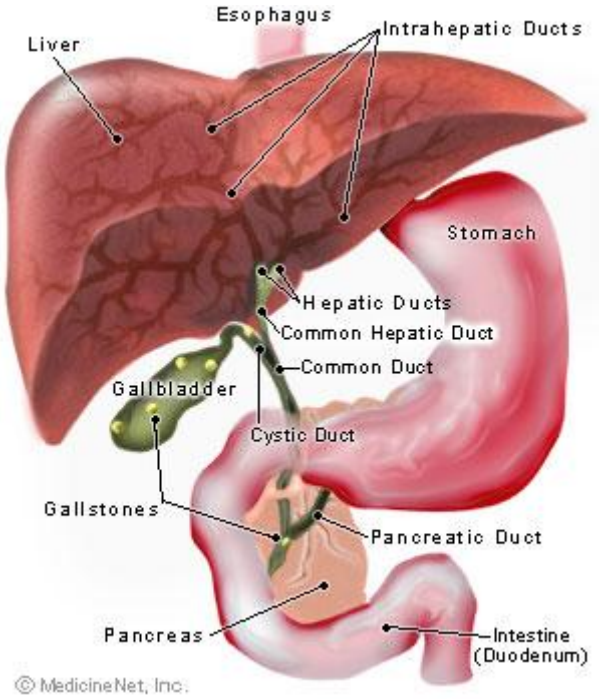
Slika 2. Žučni mjehur

Preuzeto: http://hr.wikipedia.org/wiki/%C5%BDu%C4%8Dnjak

1.3. Kolelitijaza – žučni kamenci

Kolelitijaza označava postojanje jednog ili više kamenaca u žučnom mjehuru. Žučni kamenci su najčešća bolest žučnih putova i predstavljaju relativno čest poremećaj u populaciji. Žučni kamenci mogu biti asimptomatski ili uzrokuju bilijarne kolike, ali ne uzrokuju simptome dispepsije. Druge uobičajene posljedice žučnih kamenaca su kolecistitis, opstrukcija bilijarnog sustava (često kao posljedica kamenaca u žučnom vodu), ponekad s infekcijom (kolangitis) te upala gušterače. (14) Prema izgledu i kemijskoj strukturi žučne kamence dijelimo u dvije osnovne skupine: kolesterolski (80%) i pigmentni kamenci (20%). Kolesterolske kamence opet dijelimo na: čiste kolesterolske kamence (obično jedan veći kamenac žuto bijele boje) i miješane kamence (obično više usitnjenih kamenaca). Pigmentni kamenci u našoj populaciji spadaju u tzv. zapadni tip pigmentnih kamenaca, a obično su malih dimenzija i crnog izgleda poput ugljena. Ovaj oblik kamenaca nalazimo kod bolesnika s kroničnim bolestima kao što su kronična hemoliza, alkoholna ciroza jetre i kronična infekcija žučnih putova. U 80%

slučajeva kamenci su posljedica taloženja kolesterola i zovu se kolesterolski kamenci. Za nastanak ovog tipa kamenaca najvažnija je prisutnost žuči prezasićene kolesterolom. Prehrana svakako igra važnu ulogu u stvaranju žučnih kamenaca, pogotovo prehrana bogata masnoćama i ugljikohidratima za kojom često posežemo u zimskim mjesecima. Također se smatra da je pretilost rizični faktor za pojavu kamenaca. Dokazano je da mršavost zaštićuje od pojave žučnih kamenaca. Važni su i povišeni trigliceridi putem kojih dolazi do povećane sekrecije kolesterola u žuči te je veća mogućnost stvaranja kamenaca. Važnu ulogu u stvaranju kamenaca ima i smanjeni rad i pokretljivost žučnog mjehura. (8)



Slika 3. Kamenci u žučnom mjehuru

Preuzeto: http://ultrazvuk-tarle.hr/dijagnostika/zagreb/zucni_kamenci_i_pijesak

1.3.1. Klinička slika i dijagnostika

Glavne kliničke slike kolelitijaze su: asimptomatska kolelitijaza, bilijarne kolike, akutni kolecistitis i kronični kolecistitis. Najvažniji simptom žučnih kamenaca je bilijarna

kolika. Radi se o bolovima pod desnim rebrenim lukom koji se šire pod desnu lopaticu. Do bolova dolazi kada se konkrementi u žučnjaku pokrenu prilikom kontrakcija provociranih obilnijim masnim obrokom te zaustave protok žuči na izlazu iz žučnjaka. Žuč koja ne cirkulira hranilište je za bakterije pa se u narednim satima zbog nastale infekcije razvija povišena tjelesna temperatura i povraćanje. (10) Bol počinje naglo u epigastriju i ispod desnog rebrenog luka, sa širenjem u desnu skapulu i rame. Jaka bol traje 1 – 3 sata, a nakon toga osjeća se kroz više sati mukla bol. Bolesnik je nemiran, znoji se, često ima mučninu, a rjeđe i povraća.

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze i kliničkog nalaza, a potvrđuje ultrazvukom ili rengenskim pregledom žučnog mjehura i žučnih vodova, te kompjutoriziranom tomografijom. (13)

1.3.2. Liječenje kolelitijaze

Kirurško liječenje je metoda izbora. Konzervativno liječenje u praksi se vrlo rijetko koristi jer je učinak privremen i ponovno dolazi do stvaranja kamenaca. (12)
Pravilna prehrana može utjecati na sprečavanje ili zaustavljanje stvaranja kamenaca u žučnom mjehuru. Ona obuhvaća ograničavanje kolesterola, smanjenje unosa kalorija, smanjenje unosa šećera, uvođenje ribe u prehranu, izbjegavanje rigoroznih dijeta te povećanje tjelesne aktivnosti. (13)

1.4. Koledokolitijaza

Koledokolitijaza je stanje kad se u žučnim vodovima stvaraju ili već postoje kamenci. Kamenci mogu izazvati bilijarne kolike, bilijarnu opstrukciju, bilijarni pankreatitis ili infekciju žučnih vodova (kolangitis). (14) U većine bolesnika potječu iz žučnjaka, a rjeđe nastaju spontano u koledokusu. Oko 15% bolesnika s kolelitijazom ima i koledokolitijazu. (9) Mogu biti bez simptoma, ali su češće uzrok bilijarnih kolika, mehaničkog ikterusa i upale žučnih vodova. Kad kamenci mehanički začepe žučne vodove govorimo o mehaničkom ikterusu. Upala žučnih vodova može biti vrlo ozbiljna

komplikacija s teškim tijekom bolesti, ako su vodovi uvelike upalno promijenjeni i ispunjeni gnojnim sadržajem. (3)

1.4.1. Klinička slika i dijagnostika

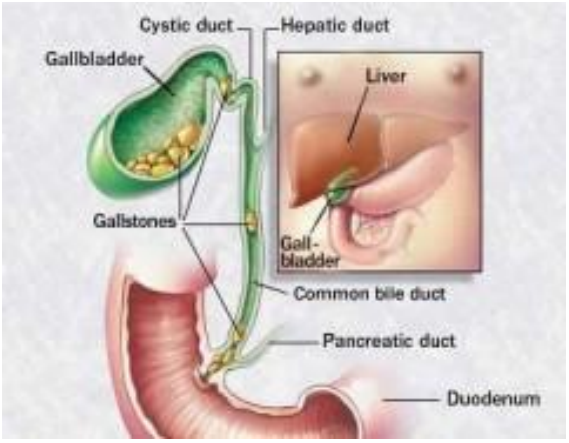
Većina simptoma koledokolitijaze nastaje kao posljedica povišenog tlaka u žučnim kanalima koji je uzrokovan zaglavljenim kamencem. To dovodi do smanjenog protoka žuči, tako da je glavni simptom pojava žutice (žute bjeloočnice i koža) uz tamniju mokraću dok je stolica aholična. Uz to se javljaju jaki bolovi pod desnim rebrenim lukom i u »žličici«, a ukoliko stanje potraje više sati velika je mogućnost nastanka infekcije. Infekcija žučnih kanala (kolangitis) očituje se porastom tjelesne temperature (>38 0C), zimice i tresavice uz već prethodno spomenute bolove i žutilo kože. (17)

Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike. Laboratorijski nalazimo bilirubinuriju, povišeni bilirubin i alkalnu fosfatazu u serumu te produženo protrombinsko vrijeme.

Od pretraga se još rade ehosonografija, kompjutorizirana tomografija i scintigrafija jetre, te transhepatičnaperkutana kolangiografija kao metoda izbora za prikaz žučnih vodova i intravenska biligrafija. (5)

Koledokolitijaza se može dokazati samo kolangiografijom. Indikacije za kolangiografiju su:

- za vrijeme operacije palpabilna koledokolitijaza
- dilatacija koledokusa
- povišenje vrijednosti jetrenih proba
- anamnestički podatak o nedavnom kolangitisu, žutici ili pankreatitisu (19)



Slika 4. Kamenci u koledokusu

Preuzeto: http://ultrazvuk-tarle.hr/dijagnostika/zagreb/zucni_kamenci_i_pijesak

1.4.2. Liječenje koledokolitijaze

Koledokotomija ili otvaranje glavnog žučnog voda radi se kad se kamenci otkriju za vrijeme kolecistektomije.

Poslije odstranjenja kamenaca postavlja se T dren kroz koji se napravi intraoperacijska kolangiografija kojom se mogu:

- vidjeti intra i ekstrahepatalni žučni vodovi,
- procijeniti postoje li defekti punjenja kontrasta,
- vidjeti kako kontrast prolazi kroz papilu Vateri u duodenum

Kamenci iz žučovoda mogu biti odstranjeni i endoskopski. (19)

U posljednje vrijeme radi se otapanje kamenca medikamentima.

Danas je posebno »popularna« metoda litotripsije, odnosno razbijanja kamenaca valovima. (18)

1.5. Akutni kolecistitis

Akutni kolecistitis je često oboljenje u kirurgiji i skoro uvijek se javlja kao posljedica opstrukcije cističnog kanala žučnim kamencem ili njegovom opstrukcijom zbog pojave edema, te je otežano pražnjenje žuči koje se potpunom opstrukcijom prekida, te se javlja bilijarna kolika, a pojavom zastojne žuči javlja se infekcija. (15) Nastaje iznenada, često rano ujutro, osobito nakon obilne i masne večere. (1)

1.5.1. Klinička slika i dijagnostika

Najvažniji simptom je bol ispod desnog rebrenog luka koja se pojačava kretanjem i pri disanju, a širi se u desnu skapulu i rame. Bolovi mogu imati značaj grčeva, žučne kolike, a kasnije prelaze u osjećaj pritiska. Mučnina i povraćanje javljaju se nakon pojave boli. Tjelesna temperatura je povišena iznad 38°C, a puls ubrzan. Bolesnik izgleda teško bolestan. Laboratorijski nalazi pokazuju leukocitozu, sedimentacija je povišena, a u urinu je povišen urobilinogen. (1) 30-40% bolesnika ima blago povišenje alkalne fosfataze i bilirubina. Palpacijom je jetra bolno osjetljiva.

1.5.2. Liječenje

Potrebno je strogo mirovanje u krevetu, topli oblog ili termofor ili pak hladni oblog ako bolesnik ne podnosi toplinu, analgetici i antibioici. Prva dva dana preporučuje se crpljenje želučanog sadržaja i tada bolesnik ne dobija ništa na usta. Intravenozno se daje 10%-glukoza, 0,9%-tni NaCl i Ringerova otopina za nadoknadu tekućine i elektrolita. Kad se stanje smiri bolesnik prelazi na tekuću djetu. Par dana kasnije prelazi na kašastu te polagano na normalnu prehranu ali bez sadržaja masti. Osam do deset tjedana nakon smirenja upale načini se temeljit pregled bolesika i kolecistektomija.

Može se učiniti hitna kolecistektomija prvih 24-48 sati od početka bolesti, ako se ultrazvukom potvrdi kolelitijaza. (1)

1.6. Liječenje žučnih kamenaca

Postoji nekoliko načina liječenja žučnih kamenaca.

1.6.1. Pristup čekanjem

Američki stručnjaci navode da ne treba žuriti s liječenjem ako osoba nema nikakve simptome. Za takve bolesnike stručnjaci sugeriraju pristup čekaj i vidi, te su ga nazvali pristup čekanjem. Izuzeci su osobe s velikim rizikom od raka žučnjaka, podgrupe s velikim rizikom od komplikacija žučnih kamenaca, oni kod kojih su kamenci veći od tri centimetra i osobe koje imaju polipe na žučnjaku. (22)

1.6.2. Kolecistektomija – kirurško uklanjanje žučnjaka

Kandidati za kirurško liječenje su bolesnici koji su imali jedan vrlo jak ili nekoliko manje jakih napadaja žučnih kamenaca, ili imaju upalu žučnog mjehura ili gušterače. Kolecistektomija se može provesti nekoliko dana nakon primitka u bolnicu zbog akutnog napada. To je jedan od najčešćih kirurških zahvata koji se provodi na ženama i može se čak provesti na trudnicama s malim rizikom za dijete ili majku.
Kao i kod svake veće operacije postoje komplikacije. Prije laparoskopije, standardno kirurško liječenje žučnih kamenaca bila je otvorena kolecistektomija (kirurško uklanjanje žučnjaka), koja zahtijeva široki rez i ostavlja veći operacijski ožiljak. Bolesnik obično treba ostati u bolnici pet do sedam dana i možda se neće moći vratiti na posao mjesec dana. Rizik ovog postupka povećava se uz druge faktore, kao što su dob pacijenta ili ako je istovremeno s kolecistektomijom potrebna eksploracija glavnog žučovoda radi kamenaca. Kao i kod laparoskopske kolecistektomije, ozljeda žučovoda je moguća komplikacija koja zahtijeva dodatne i teške operacije. Sada je laparoskopska kolecistektomija kod koje se koriste mali rezovi najčešći kirurški pristup. Pokazuje se čak sigurnom i kod trudnica koje zahtijevaju kolecistektomiju. (22)

Laparoskopska je kirurgija minimalno invazivna tehnika izvođenja operativnih zahvata koja danas sve više zamjenjuje klasične kirurške zahvate i garantira puni terapijski uspjeh.

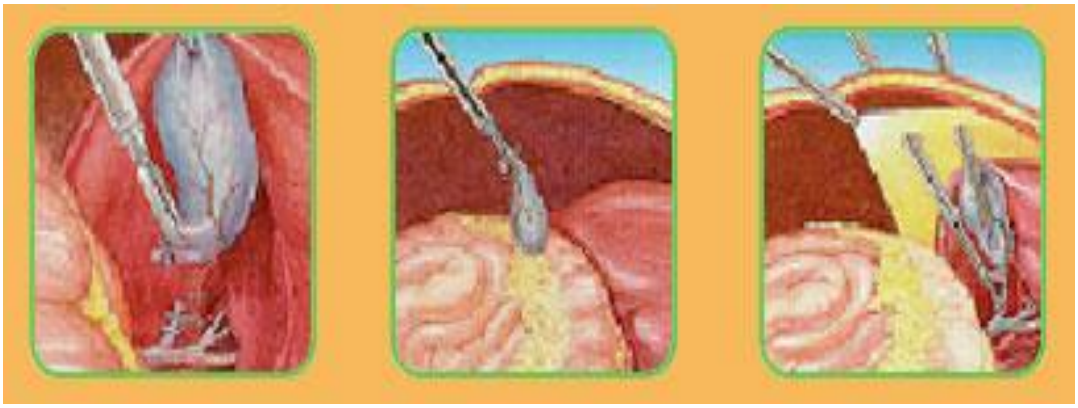
Takve operacije omogućuju brz oporavak pacijenta, uz malobrojne poslijeoperacijske komplikacije. (21)

Četiri mala reza na trbuhu omogućuju kirurgu da umeće instrumente i laparoskop, tanki teleskop koji šalje sliku područja na video monitor. Kirurg odvaja žučnjak od jetre i drugih površina i uklanja ga kroz jedan od rezova. Laparoskopska kolecistektomija zahtijeva opću anesteziju, ali pacijenti ipak mogu napustiti bolnicu ranije nego nakon otvorene operacije. Rez je mali i manje je postoperativne boli i nesposobnosti za rad nego nakon otvorenoga postupka.

Najozbiljnija komplikacija laparoskopije je ozljeda žučovoda, koja može uzrokovati ozbiljno oštećenje jetre. Postoji i rizik od infekcije, ali je vrlo mali.



Slika 5.: Klasična kolecistektomija
Preuzeto: http://ultrazvuk-tarle.hr/



Slika 6.: Laparoskopska kolecistektomija

Preuzeto: http://www.poliklinika-medicus2000.com/zuc.html

1.7. Prehrana bolesnika sa žučnim bolestima

Kod oboljenja žučne vrećice mora se zaštititi bolesni organ i zato se zabranjuju sve namirnice koje uzrokuju grčenje žučne vrećice.

Obroci hrane moraju biti česti, maleni, 5 do 6 obroka dnevno. Hrana ne smije biti previše topla ni hladna. Količina masnoća mora biti što manja, ne viša od 30% po kalorijskom unosu. Upotrebljava se samo maslac ili ulje. Preporučuju se topli čajevi u većim količinama. Hrana mora biti sastavljena uglavnom od ugljikohidrata (brašna, meda, kruha) i mliječnih bjelančevina (mlijeko, svježi kravlji sir). Bjelančevine životinjskoga podrijetla mogu se uzimati u normalnim količinama (meso, ribe). Preporučuju se voćni sokovi, ali ne smiju biti hladni.

U akutnom stanju bolova daje se samo blagi čaj i zaslađena voda. Piće mora biti mlako, ne previše zaslađeno, a može se davati svaka 2 sata.

Kada se stanje poboljša dozvoljeni su svježi voćni sokovi i pasirano kuhano voće, zatim pasirano kuhano povrće (špinat, cvijet cvjetače, koraba), pšenična krupica (griz) i riža na razrijeđenom mlijeku. Poslije dva do tri dana daje se nemasna mesna juha u koju se

ukuha riža, griz, tjestenina bez jaja, razrijeđeno mlijeko i nemasni keksi. Postepeno se dodaju namirnice koje su dozvoljene kod kroničnih oboljenja žučnog mjehura.

2. CILJ RADA

Poznato je da se žučni kamenci sve više pojavljuju u osoba iznad četrdeset godina, osobito kod žena. Zauzimaju vrlo visoko mjesto na ljestvici pobola i veliki su javnozdravstveni problem kod nas i u svijetu.

Kroz ovaj rad željela sam prikazati kliničku sliku, dijagnostiku te liječenje kolelitijaze. Također sam željela prikazati prednosti i nedostatke laparoskopske kirurgije. Htjela sam naglasiti važnost medicinske sestre pri prijemu bolesnika na odjel, u pripremi bolesnika za operativni zahvat kako prije operacije tako i poslije operacije. Pokušala sam objasniti zadaću sestre u postupku s kirurškom ranom i drenažom, njezinu ulogu u edukaciji bolesnika o prehrani i zdravstvenom odgoju nakon operacije i otpusta.

3. RASPRAVA

Medicinska sestra je samostalni zdravstveni djelatnik čija je osnovna djelatnost zdravstvena njega. Zdravstvena njega širi je pojam od njege bolesnika. Najbolju definiciju zdravstvene njege dala je Virginia Henderson čime je ujedno i definirala ulogu medicinske sestre.

»Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti.« (28)

3.1. Zdravstvena njega bolesnika

Rad medicinske sestre na kirurškom odjelu općenito se dijeli na:

- opću prijeoperacijsku pripremu
- neposrednu prijeoperacijsku pripremu
- opću poslijeoperacijsku pripremu

3.2. Prijem bolesnika na odjel

Bolesnika kojemu je potrebno kirurško liječenje primamo na kirurški odjel. Uobičajeno, bolesnika se prima na odjel jedan do dva dana prije operacije, prema predviđenom planu da bi ga se moglo pripremiti za operaciju.

Prvostupnica sestrinstva prigodom prijema bolesnika na kirurški odjel, uz opće podatke o bolesniku, uzima sestrinsku anamnezu, pregledava bolesnika, postavlja sestrinske dijagnoze, plan i program zdravstvene njege te sestrinsku dokumentaciju.

Bolesnikova obitelj također treba i očekuje razumijevanje i pomoć, pogotovo u hitnim stanjima. Dobro obaviještena obitelj lakše svladava nastalu situaciju. Također, obitelj sestri može dati potrebne podatke, posebno u djece, starijih osoba ili osoba s poremećajem svijesti.

3.3. Prijeoperacijska priprema bolesnika

Svrha priprave bolesnika za operaciju je osigurati mu najbolju moguću fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat.

Prije operacije u bolesnika su prisutni različiti osjećaji, prije svega strah od anestezije, strah od buđenja tijekom operacije i njenoga ishoda, te uspješnost daljnjega liječenja. Stoga skrb za bolesnika uključuje i skrb tijekom operacijskoga zahvata što je posebno važno za operacije koje se izvode u spinalnoj anesteziji.

Planovi zdravstvene njege izvode se za svakog bolesnika posebno na osnovi utvrđenih potreba.

3.3.1. Psihološka priprema za operaciju

Svrha je psihološke pripreme osigurati bolesniku najbolju moguću psihološku spremnost za kirurški zahvat.

Psihološku pripremu započinje liječnik kirurg koji je postavio indikaciju za kirurško liječenje. On će bolesniku i njegovoj obitelji objasniti važnost i potrebu kirurškog liječenja bolesti. Također u pripremi sudjeluje i obiteljski liječnik koji bolesnika upućuje na bolničko liječenje.

Kod samog prijema na odjel medicinska sestra nalazi način da pomogne bolesniku da se ugodnije osjeća. Oslovljavajući ga prezimenom, pokazujući mu gdje mu je soba, gdje se može presvući i odložiti svoju odjeću. Iskazuje mu dobrodošlicu i pomaže mu da se osjeća kao osoba.

Sestra će uključiti bolesnika u planiranje i provođenje zdravstvene njege te će mu objasniti postupke pretraga koje mora obaviti. Time će postići i povećati osjećaj međusobnog povjerenja.

U razgovoru s bolesnikom sestra mora saznati što ga opušta te mu savjetovati da to učini u vremenu prije operacije. Bolesnicima vjernicima pomoći će posjet duhovnika.

Dokazano je da nakon dobre psihičke pripreme bolesnik bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, treba manje analgetika, a boravak u bolnici se skraćuje za 1 – 2 dana.

3.3.2. Fizička priprema za operaciju

Fizička priprema bolesnika obuhvaća: pretrage, prehranu, poučavanje i pripremu probavnog sustava.

Zadaće su medicinske sestre pripremiti bolesnika za pojedine pretrage, uzeti dijagnostički materijal i uputiti ga pravodobno u laboratorij.

Opće pretrage i priprema za sve su operacijske bolesnike iste, a uključuju:

- osnovne, rutinske laboratorijske pretrage: SE, KKS, GUK, mokraću
- vrijeme krvarenja i vrijeme zgrušavanja, protrombinsko vrijeme
- krvnu grupu i Rh faktor
- EKG, snimku pluća i mišljenje kardiologa
- pretrage uvjetovane osnovnom bolesti zbog koje je indicirano kirurško liječenje

Fizička priprema bolesnika za operaciju žučnjaka uključuje:

- pretrage vezane uz bolest
- specifičnu pripravu ovisno o indikaciji za kirurški zahvat
- prehranu C-dijeta, hrana bogata ugljikohidratima, vitaminima i bjelančevinama, ograničiti unos masnoće, izbjegavati jela koja nadimaju
- nadoknadu tekućine i elektrolita
- primjenu vitamina K
- spriječavanje poslijeoperacijskih komplikacija

Na osnovi anamneze, fizičkog pregleda i laboratorijskih nalaza kirurg će ocijeniti zdravstveno stanje i odlučiti postoje li kontraindikacije za kirurški zahvat, a anesteziolog o vrsti anestezije.

3.3.3. Poučavanje bolesnika

Osnovna je mjera u sprječavanju poslijeoperacijskih komplikacija i komplikacija zbog dugotrajnog ležanja poučavanje bolesnika u prijeoperacijskoj pripremi. Svrha je poučavanja naučiti bolesnika vježbama disanja, iskašljavanja i udova u prijeoperacijskoj pripremi kako bi ih bolesnik mogao što bolje izvoditi u poslijeoperacijskom tijeku. Način poučavanja sestra mora prilagoditi bolesniku i njegovim intelektualnim sposobnostima.

3.4. Neposredna prijeoperacijska priprema

3.4.1. Priprema bolesnika dan prije operacije

Zdravstvena njega bolesnika dan prije operacije usmjerena je na procjenjivanje njegova zdravstvenog stanja, kontrolu učinjenih pretraga, provođenje osobne higijene, pripremu operacijskog polja.

Anesteziolog tijekom dana posjeti bolesnika, uspostavlja s njim kontakt, upoznaje se s njegovim zdravstvenim stanjem i raspoloženjem te propisuje lijekove za večer, sredstvo za spavanje ili sedativ, te sredstvo za premedikaciju.

Intervencije u zbrinjavanju bolesnika dan prije operacije:

1. provjeriti jesu li obavljeni svi pregledi i laboratorijske pretrage
2. razgovarati s bolesnikom
3. procijeniti bolesnikovo zdravstveno stanje
4. pružiti bolesniku psihološku potporu
5. upoznati bolesnika s »pristankom za operaciju«; uputiti ga u potrebu njegova potpisa
6. provjeriti vitalne funkcije; prijaviti i upisati u sestrinsku dokumentaciju
7. osigurati lako probavljivu hranu za večeru; upozoriti bolesnika da poslije večere ne uzima ništa, a nakon pola noći ni tekućinu
8. provesti bolesnikovu osobnu higijenu
9. primijeniti propisanu terapiju
10. izvaditi krv za interreakciju

3.4.2. Priprema bolesnika na dan operacije

Priprema bolesnika na dan operacije važan je čimbenik za uspješnost kirurškoga zahvata. Važnu ulogu ima smirena sredina koja bolesniku daje osjećaj sigurnosti.

Zdravstvena je njega na dan operacije usmjerena na pripremu bolesnika za operaciju.

Intervencije u pripremi bolesnika na dan operacije:

1. kontrolirati i izmjeriti temperaturu, puls i RR
2. provjeriti je li bolesnik natašte, kod žene ima li menstruaciju
3. pripremiti operacijsko područje
4. obaviti ili uputiti na obavljanje osobne higijene
5. pripremiti bolesnički krevet; smjestiti bolesnika u krevet
6. upozoriti bolesnika da skine nakit, sat, zubnu protezu, naočale, leće, periku, kozmetičke preparate, ukosnice tj, sve vrijedno što ima i što se može skinuti
7. staviti elastične zavoje ili čarape
8. isprazniti mokraćni mjehur
9. primijeniti propisanu premedikaciju, upisati na listu i potpisati; objasniti bolesniku da će se osjećati omamljeno
10. upozoriti bolesnika da više ne ustaje iz kreveta
11. pripremiti svu dokumentaciju
12. osigurati prijevoz i pratiti bolesnika u operacijsku dvoranu
13. predati bolesnika i dokumentaciju sestri na ulazu u operacijski blok

3.4.3. Priprema operacijskoga polja

Priprema operacijskog polja podrazumijeva uklanjanje dlačica s područja predviđenog za operacijski zahvat jednokratkinm britvicama ili samošišačem.

Brijanje operacijskoga polja najbolje je obaviti neposredno prije operacije u sobi za pripremu. Prerano brijanje, dan prije operacije, povećava rizik od infekcije, a prekasno uzrokuje nepotrebnu žurbu koja može uznemiriti bolesnika. Površina koja se brije ovisi o operacijskom rezu, a u načelu se brije površina 15 – 20 cm oko predviđenoga reza. Izuzetak je lice, a obrve se ne smiju obrijati bez bolesnikova odobrenja.

3.5. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Svrha je postoperacijske zdravstvene njege što prije postići stanje u kojem će bolesnik samostalno zadovoljavati svoje potrebe.

Nakon operacije bolesnik se odvozi u sobu za buđenje koja se nalazi u operacijskom bloku. Opremljena je aparatima i uređajima za praćenje svih vitalnih funkcija. Službu čine anesteziolozi i medicinske sestre. Njihova je zadaća kontinuirano praćenje bolesnikova stanja radi održavanja i uspostavljanja svih funkcija te primjena terapije i odgovarajuće njege kao i pružanje pomoći bolesniku u slučaju komplikacija.

Bolesnik operiran u općoj anesteziji ostaje u sobi za buđenje do potpuna buđenja iz anestezije, vraćanja pune svijesti i stabilizacije vitalnih funkcija. Potom se kod manjih zahvata bolesnik vraća na odjel, a kod većih odvozi u jedinicu intenzivne skrbi.

Zdravstvena je njega bolesnika u ovom razdoblju usmjerena na praćenje bolesnikova stanja, otklanjanje ili smanjenje tjelesnih simptoma i prepoznavanje komplikacija. Sestre planiraju i provode sestrinske intervencije.

Postopeacijska zdravstvena njega bolesnika s operacijom žučnjaka usmjerena je na uklanjanje tjelesnih simptoma (bol, mučnina, povraćanje), spriječavanje i prepoznavanje komplikacija, spriječavanje infekcije, poučavanje bolesnika.

3.6. Poslijeoperacijske poteškoće

Poslijeoperacijske poteškoće javljaju se u mnogih bolesnika i one su posljedica djelovanja anestetika i lijekova, prestanka djelovanja anestetika, kirurškog zahvata, bolesnikove neaktivnosti, promjena u uzimanju tekućine i hrane, drugih duševnih i tjelesnih poteškoća u prilagodbi na novo stanje.

3.6.1. Bol

Bol je poslijeoperativna poteškoća prisutna u gotovo svih operiranih bolesnika. Javlja se u predjelu operacijske rane, zatiljka, vrata, te na većem području tijela. Bolesnik se tuži na bol nakon prestanka djelovanja anestetika. Sestra uvijek mora imati na umu definiciju boli: „ bol je što god osoba koja je doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji“.

Bol prate autonomne živčane reakcije: ubrzan puls, tlak, disanje, proširene zjenice, mišićna napetost.

Snošljivost je boli različita i sestra nikada ne smije osuđivati bolesnike s niskom snošljivošću za bol.

Bol može procijeniti samo bolesnik koji je osjeća.

Sestra je dužna:

- prikupiti podatke o boli, lokalizaciji, trajanju i karakteru boli te zatražiti od bolesnika da procijeni jačinu boli na skali za bol
- utvrditi situacijske čimbenike: pritisak zbog prečvrstog zavoja, edema, hematoma, nepravilnog položaja tijela
- ukloniti ili umanjiti situacijske čimbenike: promijeniti položaj tijela, popustiti prečvrste zavoje
- primijeniti propisane analgetike i pratiti njihovo djelovanje
- provoditi zdravstvenu njegu vodeći računa o boli
- pružiti psihološku pomoć
- poučiti bolesnika na otklanjanje pozornosti od boli
- obavijestiti liječnika o svakoj jačoj boli koja ne slabi

Kod laparoskopskih operacija bol je minimalna i u pravilu bolesnici ne trpe bol. Prednost laparoskopske operacije je što je bol minimalna.

Kod klasične operacije prisustvo boli je veće i rez je bolan.

3.6.2. Mučnina i povraćanje

Mučnina i povraćanje česte su poslijeoperacijske poteškoće i javljaju se u mnogih bolesnika nakon operacije. Posljedica su djelovanja anestetika, nakupljenog sadržaja u želucu, uzimanja tekućine i hrane prije nego se uspostavi crijevna peristaltika.

Ako povraćanje traje duže od 24 – 48 sati uvijek se sumnja na komplikacije sa želucem i crijevima i treba uvesti nazogastričnu sondu i crpsti želučani sadržaj.

Ako bolesnik povraća dužnost sestre je da pripremi bubrežnjak, staničevinu, nepropusno platno, kompresu i čašu svježe vode te pomogne bolesniku da imobilizira ranu pri povraćanju.

Kod laparoskopskih operacija mučnina je veća.

3.6.3. Žeđ

Žeđa je svjesna želja za pijenjem vode, a javlja se zbog dehidracije stanice odnosno povišenja osmotskog tlaka tjelesnih tekućina.

Kod operiranih bolesnika žeđ je posljedica:

- zabrane uzimanja tekućine prije operacije
- djelovanja lijekova, premedikacije
- gubitka tekućine za vrijeme operacije
- zabrane uzimanja tekućine na usta nakon operacije

Osjećaj suhoće u ustima nakon operacije posljedica je smanjenog lučenja sline, neuzimanja tekućine na usta, a ne žeđi jer bolesnik parenteralno dobiva tekućinu.

Sestra je dužna:

- objasniti bolesniku uzrok suhoće usta i važnost neuzimanja tekućine na usta
- vlažiti usnice i jezik mokrom gazom
- primjenjivati propisanu i.v. nadoknadu
- na usta staviti papirnatu vrećicu te bolesnik u nju pet minuta udiše i izdiše
- zadržati dah dok uzima velike gutljaje vode (oni koji mogu piti)

3.6.4. Poteškoće s nadutosti i zastojem

Javljaju se kao posljedica neaktivnosti gastrointestinalnog sustava zbog djelovanja lijekova, anestetika, bolesnikove neaktivnosti i promjena u uzimanju tekućine i hrane. Abdominalna distenzija uobičajena je pojava nakon svakog kirurškog zahvata, a posebno nakon laparotomije.

Bolesnik je nadut, ima osjećaj punoće i boli kao da se prejeo, a često ima mučninu i povraćanje. Ponekad pritisak na ošit može uzrokovati poteškoće s disanjem i štucavicu.

Zadaće su sestre promatrati bolesnika, slušati peristaltiku crijeva i provoditi postupke koji će omogućiti izlaženje plinova i umanjiti, odnosno ukloniti abdominalnu distenziju.

Sestra će:

- mijenjati položaj bolesnika u krevetu (ovisno o njegovu stanju)
- poticati bolesnika na kretanje (ako smije i može)
- ne davati tekućinu ili hranu dok se ne uspostavi peristaltika
- uvesti rektalni kateter za izlaženje plinova (Darmrohr)
- primijeniti klizmu
- uvesti nazogastričnu sondu bolesnicima koji povraćaju i crpsti sadržaj
- primijeniti prostigmin po uputi liječnika

Peristaltika se uglavnom uspostavlja za 24 – 48 sati. Ako se ne uspostavi peristaltika i ne dođe do smanjenja meteorizma nego se on poveća, može se razviti paralitički ileus kao jedna od najtežih postoperativnih komplikacija.

Bolesnik prvi dan nakon operacije nema stolicu. Ona se javlja 4 do 5 dana nakon operacije.

3.6.5. Poteškoće s mokrenjem

Bolesnici obično ne mokre 6 – 8 sati nakon operacije. Količina primljene i izlučene tekućine izregulira se kroz 48 sati.

Ako bolesnik ne može spontano mokriti, mokrenje se pokušava izazvati raznim postupcima: stavljanjem bolesnika u drugi položaj, stavljanjem toplog termofora u predio mokraćnog mjehura, otvaranjem slavine, stavljanjem tople posude za nuždu, osiguravanjem intimne i opuštene atmosfere.

Ako unatoč svim postupcima bolesnik ne uspije spontano mokriti, preporučuje se što prije isprazniti mokraćni mjehur kateterizacijom jer bolesnik mora mokriti najkasnije osam sati nakon operacije.

3.7. Poslijeoperacijske komplikacije

Poslijeoperacijske komplikacije opasnost su za sve operirane bolesnike. Mogu produžiti bolesnikov oporavak nakon operacije, ali su i opasnost za uspješnost kirurškog zahvata.

Zdravstvena njega bolesnika u poslijeoperacijskom tijeku usmjerena je na spriječavanje i prepoznavanje komplikacija, te provedbu intervencija iz djelokruga rada sestre.

3.7.1. Poslijeoperacijski šok

Poslijeoperacijski šok kod ovih bolesnika može nastati zbog krvarenja, a najčešći je uzrok neadekvatna hemostaza u tijeku operacijskog zahvata.

Šok je stanje teško poremećene cirkulacije koja se očituje smanjenom prokrvljenošću tkiva, nedostatkom kisika i acidozom.

Za adekvatnu cirkulaciju potrebni su:

- normalan rad srca
- normalan volumen cirkulirajuće krvi
- odgovarajući tonus krvnih žila
- normalna propusnost velikih krvnih žila i srca struji cirkulirajuće krvi

Simptomi i znaci šoka su:

- subjektivni osjećaj opće slabosti: vrtoglavica, mučnina, žeđ, osjećaj hladnoće, strepnje i bliske smrti

- blijeda, vlažna i hladna koža
- psihomotorni nemir, strah, kasnije apatija
- postupan gubitak svijesti
- proširene zjenice, odsutan pogled
- ubrzano i površno disanje
- tlak nizak, nemjerljiv
- oligurija do anurije

Osnovno načelo u liječenju šoka jest uklanjanje primarnog uzroka, posebno u bolesnika koji krvare, uz nadoknadu cirkulirajućeg volumena i liječenje posljedica poremećene perfuzije vitalnih organa.

Ostale komplikacije, kao što su respiratorne komplikacije, dekubitus, tromboza i trombolebitis, koje se mogu javiti kod operiranih bolesnika, vrlo su rijetke jer bolesnik nakon laparoskopske operacije vrlo rano ustaje iz kreveta. Kod bolesnika koji je laparoskopski operiran nema dugotrajnog mirovanja pa su time ove komplikacije svedene na minimum.

3.8. Kirurška rana

Rana je prekid kože ili sluznice s gubitkom tkiva ili bez njega i prekidom krvnih i limfnih žila izazvana traumom ili kirurškim nožem u tijeku operacije.

Rana cijeli primarno ili sekundarno. (25)

Primarno cijeljenje rane, per primam, odvija se u rani koja je primarno zatvorena. Rubovi su rane položeni neposredno jedan uz drugi i međusobno slijepljeni samo vrlo uskim slojem novostvorenoga tkiva. Cijeljenje protječe bez boli.

Sekundarno cijeljenje rane, per sekundam, cijenjenje je rane koja nije zatvorena. Stijenke rane su razmaknute, a iz rane se cijedi iscjedak. Zatvaranje rane protječe polagano procesom kontrakcije tkiva rane i stvaranje granulacijskog tkiva (cijeljenje per granulationem). (1)

3.8.1. Previjanje kirurške rane

Previjanje rane se obavlja po pravilima aseptičnog rada. Sestra mora pripremiti stolić za previjanje, omote sterilnog pribora, instrumente, zavojni materijal, sterilne gumene rukavice i maske. Na gornju ploču stolića postavimo sterilizirano gumirano platno i preko njega sterilnu kompresu na koju složimo čitav sterilni pribor.na donju ploču stolića dolazi čist, nesterilan pribor. Onečišćen materijal i zavoji stavljaju se u najlonske vrećice koje nakon završetka rada bacaju. (1)

Prvo previjanje kirurške rane provodi se 2. ili 3. dan nakon operacije ili ranije ako je potrebno zbog krvarenja.

Previjanje se izvodi timski, liječnik kirurg i medicinska sestra ili dvije medicinske sestre, prema liječnikovoj pisanoj odredbi. Izvodi se tehnikom nedodirivanja i uporabom sterilnih instrumenata.

Zadaci sestre pri previjanju kirurške rane su: priprema bolesnika, prostora, osoblja te priprema pribora.

3.9. Drenaža

Drenaža je postupak kojim se pomoću drena, sonde ili katetera omogućuje odstranjivanje krvi, sekreta i raspadnih produkata iz kirurške rane i tjelesnih šupljina, koji otežavaju cijeljenje operacijske rane.
Dren je svako sredstvo koje omogućuje što bolje istjecanje krvi, seruma, gnoja, žuči iz tjelesnih šupljina, rane ili upalnih šupljina. (25)
Drenirati ranu znači postaviti u dubinu rane, na najniže mjesto, dren koji omogućuje istjecanje sekreta prema van. Iz svake svježe rane, slučajne ili operativne, cijedi se u početku tekući iscjedak. U inficiranim ranama sakuplja se s vremenom gnoj.
Razlikujemo pasivnu i aktivnu drenažu.
Pasivna odnosno položajna drenaža podrazumijeva spontano istjecanje sadržaja u drenažnu vrećicu. Kod operacija na hepatobilijarnom sustavu najčešće se postavlja

silikonski abdominalni dren. Kod laparoskopskih operacija ako kirurg procijeni da nema sekrecije često se dren ne postavlja.

T-drenaža se upotrebljava u drenaži struktura hepatobilijarnog trakta. Kraći krak drena stavlja se kroz otvor u koledokus, a duži izlazi van kroz trbušnu stijenku. Drenaža služi za odvođenje žuči nakon operacije koledokusa i za injiciranje kontrasnog sredstva u svrhu rendgenskog snimanja žučnih vodova. Oko T-drena stvori se granulacijsko tkivo koje izolira dren od slobodne trbušne šupljine. Zato se T-dren nakon 8-10 dana može odstraniti bez opasnosti od izlaženja žuči u trbušnu šupljinu. No, ako se slučajno povuče unutar 48 sati od postavljanja u koledokus, žuč izlazi u trbušnu šupljinu pa će nastati bilijarni peritonitis. (25)

3.10. Prehrana bolesnika nakon operacije žučnjaka

Prvog postoperativnog dana nakon operacije žučnjaka prehrana je parenteralna. Drugi dan, kad se uspostavi peristaltika bolesniku se daju čaj i obrana juha uz parenteralnu nadoknadu tekućine i elektrolita. Trećeg dana bolesnik prelazi na tekuću i kašastu dijetu, ali s vrlo malo masnoće. Šesti dan, ako bolesnik nema poteškoća prelazi na žučnu dijetu.

3.11. Zdravstveni odgoj

Zdravstveni odgoj je najvažnija mjera zdravstvene zaštite kojom se, mijenjanjem štetnog zdravstvenog ponašanja te podučavanjem i širenjem informacija o zdravstvenim postupcima, unaprijeđuje zdravlje, a spriječavaju, liječe i ublažavaju posljedice bolesti. Zdravstveni odgoj u suvremenoj zdravstvenoj zaštiti ima vrlo važnu ulogu. Medicinska sestra je u zdravstvenoodgojnom smislu najizobraženija i treba biti važan nosilac zdravstvenog odgoja u praksi. (27)

Bolesnika i njegovu obitelj potrebno je uputiti u način prehrane i bolesnikove aktivnosti. Pretilim je bolesnicima potrebno preporučiti da provode redukcijsku dijetu. Svakako je korisno dati bolesniku pisanu dijetu.

3.12. Sestrinske dijagnoze

Sestrinska dijagnoza: Tjeskoba u/s ishodom operativnog zahvata	
Intervencije:	**Cilj:**
1. Razgovarati s bolesnikom, pokazati empatiju 2. Poticati ga da postavlja pitanja 3. Strpljivo slušati bolesnika i odgovarati na postavljena pitanja 4. Poticati ga da verbalizira svoje emocije	Do operativnog zahvata bolesnik će smanjiti razinu tjeskobe

Sestrinska dijagnoza: Bol u/s operativnim zahvatom	
Intervencije:	**Cilj:**
1. Primijeniti propisani analgetik 2. Razgovarati s bolesnikom, pružiti psihološku pomoć 3. Pomoći bolesniku da zauzme odgovarajući položaj (na leđima, savinutih koljena prema prsima) 4. Ohrabriti bolesnika 5. Procijeniti bol na skali za bol za sat vremena	Za sat vremena bolesnik će procijeniti bol na skali sa 2 i manje

Sestrinska dijagnoza: V/R za infekciju u/s operativnom ranom	
Intervencije:	**Cilj:**
1. Pripremiti operacijsko područje neposredno prije operacije 2. Uputiti bolesnika da se okupa 3. Primijeniti ordiniranu antibiotsku profilaksu prije operacije 4. Kontrolirati zavoje na operacijskoj rani 5. Oprati ruke pravilnom tehnikom, prije previjanja 6. Koristiti zaštitna sredstva (rukavice, maska) 7. Previjanje izvoditi po načelima asepse	Bolesnik neće dobiti infekciju tijekom hospitalizacije

Sestrinska dijagnoza: Neupućenost u/s dijetnom prehranom	
Intervencije:	**Cilj:**
1. educirati bolesnika o pravilnom načinu prehrane 2. dati bolesniku usmene i pisane upute o pravilnoj prehrani 3. odgovarati bolesniku na postavljena pitanja 4. ohrabrivati bolesnika	Nakon završene edukacije bolesnik će znati sastojke dijetne prehrane

4. ZAKLJUČAK

Kolika je važnost bolesti žučnih putova najbolje nam govori podatak da 10% populacije u svijetu i u Hrvatskoj boluje od kolelitijaze. Učestalost bolesti varira ovisno o dobi bolesnika, pa je tako najčešće prisutna iza četrdesete godine života.

Svojim radom medicinska sestra znatno doprinosi uspješnosti skrbi za bolesnike koji su operirali žučne kamence. Ona im osigurava potrebnu psihološku i fizičku pomoć, dodatno ih motivira, pruža podršku i educira kako njih tako i njihovu obitelj.

Napretkom sestrinstva kao profesije od medicinskih se sestara očekuje visoka razina znanja, sposobnost dobrih komunikacijskih vještina, spretnost u izvođenju intervencija te dobra sposobnost organizacije. Potrebno je trajno usavršavanje iz svih područja medicine kako bi mogla na pravi način zadovoljiti potrebe bolesnika.

Uspjeh u rješavanju problema bolesnika ovisit će o odnosu liječenja i zdravstvene njege, o individualnom pristupu bolesniku, dobroj međusobnoj komunikaciji te pravilno provedenim sestrinskim intervencijama.

5. SAŽETAK

Kolelitijaza je bolest žučnih putova koja u današnje vrijeme pogađa oko 10% svjetske populacije iznad četrdesete godine života.

U ovom radu opisuje se učestalost pojave žučnih kamenaca, osnovne funkcije jetre i nastanka žuči. Razrađena je prijeoperacijska priprema bolesnika, neposredna priprema dan prije operacije i na dan operacije, te postoperacijski tijek oporavka. Obrađene su moguće postoperacijske poteškoće i hipovolemijski šok kao jedna od mogućih postoperacijskih komplikacija. Također je opisana kirurška obrada rane, posebno prvo previjanje i drenaža s naglaskom na T-drenažu hepatobilijarnog trakta. Naglašena je važnost pravilne prehrane i zdravstvenog odgoja nakon operacije kolelitijaze.

Posebno je naglašena uloga medicinske sestre u procesu liječenja i oporavka bolesnika koji boluje od kolelitijaze.

6. SUMMARY

Cholelithiasis is a disease of the bile ducts that affects about 10% of the today's world population over the age of forty.

The paper describes the incidence of gallstones, the basic functions of the liver and bile formation. Preoperative patient preparation, immediate preparation the day before surgery and on the day of surgery and postoperative course of recovery are elaborated. The study describes the possible postoperative problems and hypovolemic shock as one of the possible postoperative complications. It also describes the surgical treatment of wounds, especially the first bandaging and drainage with emphasis on T-drainage of the hepatobiliary system. The importance of proper nutrition and health education after a surgery of cholelithiasis is stressed.

The role of nurses in the process of treatment and recovery of patients suffering from cholelithiasis is also emphasized.

7. LITERATURA

1. Ivan Prpić: *Kirurgija;* Školska knjiga, Zagreb, 1998.
2. Bajek, Bobinac, Jerković, Malnar, Marić: *Sustavna anatomija čovjeka;* Rijeka 2007.
3. Keros: *Anatomija i fiziologija;* Školska knjiga Zagreb, 1999.
4. http://hr.wikipedia.org/wiki/%C5%BDu%C4%8Dnjak
5. Ivan Prpić: *Kirurgija za više medicinske sestre,* Medicinska naklada Zagreb, 1996.
6. http://ultrazvuk-tarle.hr/dijagnostika/zagreb/zucni_kamenci_i_pijesak
7. http://www.hepatitis.rs.ba/33/hepatitis/Zuc
8. http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/13672/zucni-kamenci.html
9. http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/62/zucni-kamenci-i-bolesti-zucnjaka.html
10. http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/22662/Zucni-kamenci-kolelitijaza.html
11. Milorad Opačić: *Gallbladder Disease,* Medicus 2006. Vol 15. No1, 161-168
12. http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/djeca-i-ljeto/kolelitijaza/
13. S. Kozlica: *Zdravstvena njega bolesnika kod akutne upale žučnih kamenaca*; Sestrinski edukacijski magazin, 2007:4(3)
14. http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-jetre-i-zuci/bolesti-zucnog-mjehura-i-zucnih-vodova/koledokolitijaza-i-kolangitis
15. Miroslav Davidov, Svetozar Sečen: *Uporedna analiza laparoskopske i klasične holecistektomije u akutnoj upali žučne kese*; Medicina danas 2009;8(7-9):261-275 http://www.singipedia.com/attachment.php?attachmentid=1504&d=1285833804
16. http://hr.wikipedia.org/wiki/Kolecistitis#Lije.C4.8Denje
17. http://www.zdravobudi.hr/Default.aspx?sid=11443
18. http://www.naturala.hr/indeksi/tegobe-i-lijecenje/upala-zucovoda-166/99/
19. http://dopetric.files.wordpress.com/2013/12/bilijarna-kirurgija.pdf

20. http://hr.wikipedia.org/wiki/Kolecistektomija
21. www.medri.uniri.hr/.../Laparoskopija%20u%20abdominalnoj%20kirurgi.
22. http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/62/zucni-kamenci-i-bolesti-zucnjaka.html#22307
23. http://www.obkoprivnica.hr/sites/default/files/upute/upute_za_bolesnike_sa_bilijarnim_kolikima-zucnim_kamencima.pdf
24. http://www.coolinarika.com/clanak/zucna-dijeta/
25. Prlić, Rogina, Muk; Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
26. http://www.hkms.hr/data/1343393361_223_mala_Upute%20za%20primjenu%20sestrinske%20dokumentacije%20u%20bolni%C4%8Dkim%20zdravstvenim%20ustanovama.pdf
27. Vladimir Ilić, Ružica Ilić: *Metodika zdravstvenog odgoja*; Školska knjiga, Zagreb, 1999.
28. Gordana Fučkar; Proces zdravstvene njege, Zagreb, 1995. (22)

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Marija Brčić Šušak

Datum i mjesto rođenja: 27.07.1988., Sinj, Republika Hrvatska

Državljanstvo: Hrvatsko

Adresa stanovanja: Bribirska 10, 21000 Split

Elektronička pošta: s.m.terezija@gmail.com

Obrazovanje:

1996. – 2003. pohađala OŠ Ivana Mažuranića, Han

2003. – 2007. pohađala srednju školu Zdravstvena škola, Split

2004. pristupila redovničkoj formaciji Družbe sestara milosrdnica sv. Vinka Paulskoga

2007. – 2010. nastavila redovničku formaciju u Zagrebu

2010. – 2011. obavila pripravnički staž u KBC-u Split

2011. – 2014. pohađala preddiplomski studij sestrinstva na Odjelu zdravstvenih studija u Splitu

2014. - izradila završni rad pod mentorstvom Dragice Kustura, prof.