

Zdravstvena njega bolesnika nakon apendektomije

Krajcer, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:834034>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA NAKON
APENDEKTOMIJE**

Završni rad br. 104/SES/2021

Kristina Krajcer

Bjelovar, veljača 2022.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Paurić Kristina**

Datum: 24.09.2021.

Matični broj: 001606

JMBAG: 0314015778

Kolegij: **INTRAHOSPITALNE INFEKCIJE**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnika nakon apendektomije**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Valentina Koščak, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Melita Mesar, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Valentina Koščak, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ružica Mrkonjić, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 104/SES/2021

Na temelju prikupljenih podataka iz stručne i znanstvene literature potrebno je prikazati ulogu medicinske sestre u postoperativnoj sestrinskoj skrbi kod bolesnika nakon apendektomije.

Zadatak uručen: 24.09.2021.

Mentor: **Valentina Koščak, dipl.med.techn.**



Sadržaj:

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA	3
4. UPALA CRVULJKA	5
4.1. Klinička slika upale crvuljka.....	5
4.2. Klinički znakovi i dijagnostičke pretrage	6
5. KOMPLIKACIJE UPALE CRVULJKA.....	7
7. INFEKCIJE KIRURŠKOG MJESTA	9
8. PRIPREMA BOLESNIKA ZA OPERATIVNI ZAHVAT - APENDEKTOMIJU.....	12
8.1. Psihička priprema.....	12
8.2. Fizička priprema	13
9. POSTOPERATIVNA SESTRINSKA SKRB KOD BOLESNIKA NAKON APENDEKTOMIJE ..	14
9.1. Prva faza.....	14
9.2. Druga faza postoperativne njege.....	15
9.3. Zadaće medicinske sestre pri previjanju kirurške rane	16
10. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA NAKON APENDEKTOMIJE.....	20
11. RASPRAVA	24
12. ZAKLJUČAK.....	25
13. LITERATURA	27
14. KRATICE	29
16. SUMMARY.....	31

Zahvala

Zahvaljujem se mentorici na strpljenju i uloženom trudu, suprugu, roditeljima i rodbini na potpori u svim danima studiranja.

1. UVOD

Uloga medicinske sestre je zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, isto tako uz sve fizičke potrebe uloga je i adekvatna informiranost bolesnika, jer pacijent nije objekt već subjekt liječenja. Temeljno ljudsko pravo je u svakom trenu biti potpuno informiran o svom zdravlju, bolesti i mogućim dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Adekvatan preduvjet za uspješnu dijagnostiku i liječenje je dobra komunikacija liječnik – pacijent, a medicinska sestra ima ulogu glasnika bolesnika. Informiranost bolesnika važna je u donošenju konačne odluke o vlastitom zdravstvenom stanju. Kirurški zahvat je način liječenja. Narušava psihičku i unutarnju ravnotežu čovjeka. Svaki kirurški zahvat je rizičan, isti sprječava zadovoljavanje ljudskih potreba, a to se ne smije zanemarivati. Obaveza zdravstvenih djelatnika je usmeravanje na čimbenike na koje mogu utjecati. Preoperativnu pripremu dijelimo na psihičku i fizičku (1).

Akutni abdomen je skup simptoma koji najčešće uključuje jaku i naglu bol u trbuhu, mučninu praćenu povraćanjem te izostanak stolice i vjetrova. Uzroci mogu biti razni, ali u pravilu liječenje akutnog abdomena je hitan operacijski zahvat. Svaki bolesnik sa kliničkom slikom akutnog abdomena smatra se kirurškim pacijentom sve dok se ne isključi akutna bolest koja zahtijeva kirurški zahvat (2).

Povijest upale slijepog crijeva proteže se kroz posljednja dva stoljeća. Od nastanka samog imena, usporedbe sa crvom, do prve operacije slijepog crijeva odnosno učinjene apendektomije 1735. godine, a izveo ju je Claudius Amyand. Zbog opširne povijesti istraživanja kroz stoljeća, danas imamo mnoštvo simptoma i znakova koja pomažu pri dijagnosticiranju upale slijepog crijeva (3).

Akutna bakterijska gnojna upala crvuljka (*lat. appendicitis acuta*), najčešća je abdominalna upalna bolest današnjice i najčešći uzrok akutne boli, koju liječimo hitnom operacijom. Apendicitis ili akutna upala crvuljka može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi. Najveća je učestalost javlja se u dobi od 10. do 30. godine života. Podjednako je zabilježena u ženskoj i muškoj populaciji. Nema načina sprječavanja upale crvuljka. Jedini način liječenja akutne upale crvuljka je hitna operacija. Provodi se otvorenim i laparoskopskim načinom. Sama dijagnoza se postavlja na temelju kliničkog pregleda kojeg upotpunjuju laboratorijske pretrage i ultrazvuk abdomena te CT abdomena (4).

Prva laparoscopska operacija uklanjanja slijepog crijeva ili pod stručnim nazivom apendektomija, učinjena je 1981. godine, koja od tada postaje novi zlatni standard u kirurškom liječenju akutne i kronične upale slijepog crijeva, pa tako i sve do danas za sve kirurške zahvate (3). Laparoscopski zahvati u današnjici sve više postaju primarna metoda izbora u elektivnim i hitnim operacijskim zahvatima. Prednosti laparoskopije su brži postoperativni oporavak i blaži kirurški stres, smanjenje postoperativnih komplikacija i stopa konverzija. Bolesnici nakon laparoscopske operacije navode manju bol, kraća je hospitalizacija i brži povratak u svakodnevicu (5).

Rana je prekid funkcionalnog i anatomskog kontinuiteta organa ili tkiva. Kirurška rana je rana koja nastaje incizijom u strogo aseptičnim uvjetima u operacijskoj sali, vrši ju visoko educiran stručnjak, prema unaprijed dogovorenom i određenom planu, a u svrhu je liječenje kirurških bolesti (6).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je opisati ulogu medicinske sestre u postoperativnoj sestrinskoj skrbi kod bolesnika poslije operacije slijepog crijeva ili crvuljka (apendektomija).

3. METODE

Za izradu završnog rada koristila se stručna i znanstvena literatura u vidu stručnih knjiga i članaka iz područja medicinskih znanosti te povijesti, a putem dostupnih internetskih pretraživača Medline, PubMed, Goole Znalac, Hrčak uporabom ključnih riječi: crvuljak, apendektomija, postoperativna, infekcija.

4. UPALA CRVULJKA

4.1. Klinička slika upale crvuljka

Klinička slika se sastoji od niza simptoma i znakova koji ukazuju i potvrđuju sumnju dijagnoze apendicitisa. Pojava boli je prvi i najbitniji simptom. Najčešće započinje u središtu trbuha oko pupka ili u epigastriju i za nekoliko sati se smješta u desni donji kvadrant. To jasno lokalizirana bol je somatska, zbog upale koja zahvaća serozu crvuljka i parijetalnog peritoneuma iznad njega, što se još naziva i McBurneyeva točka. Bol se pojačava pokretom, kašljem, dubokim udasima ili kihanjem. Gubitak teka uz bol je, najčešći od svih simptoma. Uz gubitak teka često se javlja mučnina i povraćanje. Pojavnost blažeg ili umjerenog porasta tjelesne temperature ($<38^{\circ}\text{C}$) javlja se nakon pojave simptoma boli. Visoka tjelesna temperatura može ukazivati na druge dijagnoze ili čak komplikacije upale crvuljka (perforacija). Osjećaj zatvora ili opstipacija se javlja češće nego proljev (7).



Slika 4.1. prikazuje skup simptoma i znakova koje upućuju na upalu crvljuka (8).

4.2. Klinički znakovi i dijagnostičke pretrage

Bol prilikom palpacije u McBurnyjevoj točki, također i lagana perkusija (Grassmanov znak) u donjem desnom kvadrantu izaziva jaku bol. Lokalni rigiditet ili tvrdoća trbušne stijenke (*lat. defans*) vidi se u uznapredovaloj upali. Rigiditet je posljedica upale parijetalne potrbušnice (*lat. periotneum*) iznad samog crvuljka. Povratna osjetljivosti je također znak koji upućuje na dijagnozu apendicitisa, a izvodi se kada pritisak u bolnom području trbuha sa naglim otpuštanjem ruke privremeno pojačava bol. Povratna osjetljivost se naziva Blumbergovim znakom. Rovsingov znak ukazuje kada palpacijom lijevog dijela trbuha i pritisak na zavijeno debelo crijevo (*lat. colon sigmoideum*) i silazno debelo crijevo (*lat. colon descendens*) se pojačava bol u desnom dijelu trbuha. Klinički znak koji također ukazuje na apendicitis je Hornov znak. Povlačenje testisa prema dolje pojačava razinu boli, a to je Hornov znak (7).

Povišenje tjelesne temperature je uglavnom umjereno od 37,3°C do 38,5°C, ako nije nastala perforacija. U slučaju perforacije temperatura nerijetko ide i višlje od 38,5°C. Digitorektalni pregled uglavnom je uredan (7).

Umjerena leukocitoza je nespecifičan nalaz u otprilike 80% bolesnika s upalom crvuljka. Pri sumnji na akutnu upalu crvuljka preporučljivo je kontrolirati nalaz leukocita u razmaku od 4 do 8 sati čime se povećava specifičnost pretrage. Ako postoji apendicitis utvrdit će se porast broja leukocita u krvi. CRP ili C-reaktivni protein je nespecifičan reaktant akutne faze, povišen u raznim upalnim stanjima (vrijednosti iznad 8 do 10 miligrama po litri). Njegova vrijednost jednaka je kao i broj leukocita. Pretragu sedimenta mokraće važno je učiniti kako bi se isključile sumnje na bolesti mokraćnog sustava (7).

Nativna rendgenska snimka abomena je standardna rendgenska snimka abdomena bez kontrasta. Koristi se kako bi se isključili drugi uzroci akutne abdominalne boli primjerice perforacije ulkusa ili crijevne opstrukcije. Transabdominalni ultrazvučni pregled se ne obavlja rutinski, ali se preporučuje. Kompjutorizirana tomografija (spiralni CT) točnija je u postavljanju dijagnoze od ultrazvuka, ali isti još nije prihvaćen u kirurgiji u dijagnostici apendicitisa (7).

5. KOMPLIKACIJE UPALE CRVULJKA

Najčešće komplikacije upale crvuljka su: perforacija, stvaranje periapendikularnog apscesa, razvoj difuznog peritonitisa, a u manjoj mjeri pileflebitis i sepsa. Komplikacije nastaju ako se odmah prvenstveno ne dijagnosticira i hitno ne odstrani upaljeni crvuljak. Javljaju se u 5-7% svih operiranih pacijenata (9).

Otvorena laparotomija i laparoskopija imaju podjednake rezultate komplikacija, oba načina su sigurna i učinkovita (10).

Perforacija i nastanak periapendikularnog apscesa su komplikacije koje se javljaju u najvećem postotku komplikacija. Do istih dolazi ako upaljeni crvuljak nije hitno dijagnosticiran i odstranjen. Perforacija se javlja u 15-20% bolesnika. Pileflebitis je vrlo teška i u dosta slučajeva smrtonosna komplikacija (11).

U odnosu na druge operativne zahvate učestalost komplikacija je znatno manja. Liječenje je usmjereno na primjenu antibiotske terapije, rano ustajanje, drenažu, adekvatnu hidraciju i pravilnu prehranu. Ishod liječenja bolesnika je u oko 75-80% pozitivan (11).

Perforacija se češće događa u dječjoj dobi i starijoj životnoj dobi. Zato što je teže kliničko prepoznavanje. Klinički je opisuje duljina trajanja tegoba dulje od dva dana ili 48 sati, difuzna bol u abdomenu, koja se javlja posljedično nakon lokalizirane boli u donjem desnom dijelu abdomena, visoke vrijednosti leukocita i povišenje tjelesne temperature. Perforacija dovodi do stvaranja periapendikularnog apscesa ili do difuznog peritonitisa (9).

Periapendikularni apsces nastaje kao posljedica lokalizirane perforacije. Crijevne vijuge i mentum stvaraju fizičku barijeru koje sprječava širenje fekalnog i upalnog sadržaja po trbušnoj šupljini. Očituje se bolnom rezistencijom u desnom donjem kvadrantu abdomena prilikom kliničkog pregleda odnosno palpacije. Znakovi su povišena tjelesna temperatura, povišenje leukocita u krvnoj slici, a nerijetko postoji poremećaj u prolazu fekalnog sadržaja kroz crijeva, a isti se očituje radiološki kao više aerolikvidnih razina tankog crijeva u donjem dijelu abdomena (9).

Peritonitis nastaje kao posljedica širenja fekalnog i upalnog sadržaja po trbušnoj šupljini. Karakteriziraju ga povišena tjelesna temperatura, povišenje leukocita, napuhanost i pareza crijeva. Na nativnom rendgenogramu trbuha vidi se zrak između dvaju sloja potrbušnice (*lat. pneumoperitoneum*) (9).

Pileflebitis je septički tromboflebitis portalnoga venskog sustava. Vrlo je rijetka komplikacija, a ima kliničku sliku sepse sa pojavom žutice (9).

6. LIJEČENJE UPALE CRVULJKA

Jedini način liječenja akutnog apendicitisa je hitni operativni zahvat odnosno odstranjenje crvuljka – apendektomija. Uklanjanje crvuljka u jednostavno klinički dokazanom apendicitisu izrazito je uspješno. Smrtnost zbog takve operacije je vrlo niska gotovo 0,1% do 0,5%, a morbiditet od 5% do 7%. Apendektomija je uvijek indicirana i kada postoji perforacija s difuznim peritonitisom. Odlaganje operativnog zahvata, neprepoznavanje simptoma i znakova bolesti te kasno postavljanje dijagnoze povećavaju stopu morbiditeta i smrtnosti poslije operacije. Apendektomija se danas provodi otvorenim načinom malom laparotomijom u desnome donjem kvadrantu ili laparoskopski. Prema sadašnjim spoznajama rezultati oba načina operiranja su podjednaki. Preoperativna priprema bolesnika je jednaka za oba načina kirurškog zahvata (9).

Kronični apendicitis je stalna upala crvuljka, koja izaziva povremeno bolove u donjem desnom dijelu abdomena i osjećaj pritiska. Bolesnika treba klinički pregledati te napraviti dijagnostičku obradu, kako bi se sa sigurnošću isključile bolesti drugih organa (bubrezi, kralježnica, hernija,...). Ako su tegobe i bolovi bolesnika jaki, a nema nikakvih promjena na ostalim organima, preporuča se učiniti apendektomiju odnosno odstraniti crvuljak (7).

7. INFEKCIJE KIRURŠKOG MJESTA

Operativni zahvat uzrokuje lokalne i opće promjene. Lokalne promjene su reakcija tkiva u području kirurškog zahvata, a opće promjene su neurohormonske i metaboličke koje djeluju kao agresija na organizam. Ako postoperativni tijek protječe bez komplikacija, otprilike trećeg dana postupno se vraća u normalnu funkciju neurovegetativni i endokrinološki sustav. Ovaj proces se naziva homeostazom. Homeostaza je preduvjet za uredan rad i funkciju svih organa (12).

Nakon kirurškog zahvata, u kirurškoj rani se mogu razviti lokalne i opće komplikacije, a one usporavaju i otežavaju oporavak od kirurškog zahvata i produžuju bolovanje (12).

Napretkom medicine, tehnologije i samih stručnjaka u medicini, odnosno liječnika kirurga, medicinskog osoblja u trajnom usavršavanju i doživotnom učenju koje opisuje njihova djelatnost, povećava se broj invazivnih postupaka, pomagala što predstavlja rizik od nastanka infekcije. Osobito u zemljama koje su slabije razvijene odnosno s niskim i srednjim prihodima. Razlog tome je što se velika većina operativnih zahvata vrši na osjetljivom dijelu populacije, kao što su imunokompromitirane osobe koje imaju često više popratnih bolesti. Rizik od nastanka infekcije povećava broj dana hospitalizacije i broj dana provedenih u jedinici intenzivnog liječenja. Infekcija izazvana multirezistentnim organizmima poput Methicillin – resistant Staphylococcus aureus, može dovesti do lošijeg ishoda liječenja (12).

Bolnička infekcija je apsolutno svaka infekcija koja se javlja, neovisno o primarnoj dijagnozi, ili svaka infekcija do sada zdrave osobe, a za koju se dokazuje da je nastala posljedično nakon dijagnostike ili terapije ili hospitalizacije, nakon otpusta iz bolnice u vremenskom razdoblju od 48 sati (12).

Infekcija povezana sa zdravstvenom skrbi je jedna od mogućih komplikacija poslije kirurškog zahvata, a koja se može razviti zbog prisutnosti mikroorganizama koji su otporni na antibiotike u bolničkoj sredini. Organizam operiranog bolesnika sam po sebi već ima smanjenu otpornost. Fizička barijera protiv infekcije narušena je kirurškim postupcima (7).

Rizični faktori za nastanak infekcije su starija životna dob, maligna oboljenja, diabetes melitus, alkoholizam, ovisnost o pušenju, nizak nutritivni status, Bolesnici na imunosupresivnoj terapiji, duža preoperativna hospitalizacija, te druga oboljenja i stanja bolesnika (13).

Simptomi infekcije kirurške rane javljaju se dva do tri dana poslije operativnog zahvata, a simptomi su ubrzan puls odnosno tahikardija, povišenje temperature, pojavljuje se oteklina i crvenilo rubova rane. Liječenje nakon postavljene dijagnoze inficirane rane usmjereno je na skidanje šavova, ispiranje rane natrijevim kloridom; NaCl 0,9% otopinom te primjena antibiotika (9).

Dehiscijencija rane je razilaženje slojeva rane ili disrupcija. Dehiscijencija rane je djelomično, potpuno naglo otvaranje, kidanje rane ili stvaranje pukotine u kirurški sašivenoj rani. Uzroci mogu biti opći i lokalni. Opći uzroci jesu dob bolesnika, maligna bolest, manjak proteina, manjak vitamina, popratni kašalj, gojaznost. Lokalni uzroci su: hematoma, ozljeda nakon operacije, infekcija, slabija prokrvljenost rubova rane zbog gustog šivanja i primjena grublje kirurške tehnike. Dehiscijencija češće nastaje kod malignih oboljenja, ascitesa i hematoma u rani. Liječenje je u pravilu, ako nema infekcije, postavljanje sekundarnog šava (9).

Krvarenje rane najčešće nastaje zbog pogrešaka u operacijskoj tehnici, kada homeostaza nije potpuna. Često se se javlja kod bolesnika s poremećajima koagulacije i onima koji su na antikoagulantnoj terapiji (9).

Akutna gnojna infekcija izaziva lokalnu i opću reakciju organizma. Organizam bolesnika pokušava upalnom obrambenom reakcijom pobjediti napad bakterija. Ishod reakcije ovisi o općim imunološkim sposobnostima organizma bolesnika, a isto tako i o vrsti, broju i virulenciji mikroorganizma. Najčešći uzročnici su: *Streptokok* (obično hemolitični), *piogeni stafilokok*, *pneumokoki*, *Eserihia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* (*Bacillus pyocyaneus*) i *Proteus*. Upala je određena reakcija tkiva na infekciju koja je najčešće lokalizirana. Karakteristični znaci upale kože i potkožnog tkiva su crvenilo (*lat. rubor*), bol (*lat. dolor*), toplina (*lat. calor*), oteklina (*lat. tumor*) i poremećaj funkcije (*lat. functio laesa*) (13).

Sepsa (*lat. sepsis*) je opća sustavna infekcija organizma, uzrokovana je mikroorganizmima ili njihovim produktima koji se nalaze u krvi. Bakterijemija znači da su na temelju pozitivne hemokulture, odnosno pronalaska bakterija u krvi pronađeni živi mikroorganizmi. Ona može biti prolazna, intermitentna ili dugotrajna. Mikroorganizmi dolaze limfom u krvni optok ili prodiru

neposredno u krv. Septični šok može nastati u tijeku opće sustavne infekcije organizma čovjeka, odnosno sepse. Uročnici bakterijemije čine četiri velike skupine:

- Aerobni gram – pozitivni koki (najčešći *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* i *Enterococci*).
- Aerobni gram – negativni bacili (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Proteus* i *Enterobacter*).
- Anaerobne bakterije (*Clostridium*, *Fusobacterium*, anaerobni streptokoki i neki sojevi bakteriola *B. fragilis*).
- *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium* i *Diphtheroides* mogu se često izolirati i znak su zagađenja hemokulture.

Nakon kirurškog uklanjanja slijepog crijeva rijetko dolazi do pojave infekcije (7, 12, 13, 14).

Po učestalosti pojavnosti svih bolničkih infekcija SSI se nalazi na trećem mjestu. Incidencija SSI (*Surgical site infections*) u bogatijim i razvijenijim zemljama iznosi 2,2% do 4,7%, a u siromašnijim i nerazvijenim puno viša, doseže i do 40% (15).

U preoperativnom dijelu pripreme bolesnika vrlo je važno isključiti ili smanjiti mogućnost nastanka infekcije, a to se vrši sa više postupaka. Uklanjanje dlačica na mjestu planiranog operativnog zahvata i to sa određenim kirurškim instrumentom pod nazivom kirurški klip. Preporučuje se prestanak konzumiranja duhanskih proizvoda barem 30 dana prije operacije. Kontrola glukoze u krvi, te tuširanje ili kupanje večer prije zahvata. Također vrlo bitan faktor prevencije infekcija je pranje mjesta prije samog izvođenja reza odobrenim sredstvima. Nadalje, vrlo je bitno poboljšati nutritivni status bolesnika odgovarajućom prehranom i/ili dodatcima. Koristi se i antimikrobna profilaksa, a primjenjuje se intravenozno. Antimikrobna profilaksa je primjena antibiotika širokog spektra djelovanja s ciljem sprječavanja infekcije na mjestu kirurškog zahvata, ista se primjenjuje neposredno prije operativnog zahvata (16).

8. PRIPREMA BOLESNIKA ZA OPERATIVNI ZAHVAT - APENDEKTOMIJU

Pri prijemu bolesnika na odjel kirurgije, medicinska sestra je dužna bolesniku objasniti postupke i pravila, a pacijent mora popisati pristanak za bolničko liječenje, operativni zahvat i anesteziološke postupke.

Zdravstvena njega bolesnika tijekom pripreme za operacijski zahvat usmjerena je na smanjenju i otklanjanju tjelesnih simptoma i prihvaćanje ponašanja koje je očekivano i poželjno. Također je usmjerena i na smanjenje straha, tjeskobnosti i zabrinutosti te smanjenje bakterijske flore na tijelu bolesnika i prepoznavanje komplikacija. (1)

Apendektomija je uglavnom hitna operacija te je zadaća medicinske sestre navedeno primjeniti prije samog operativnog zahvata. Nerijetko je to malo vremena i zahtijeva sposobnost umirivanja bolesnika. (1)

8.1. Psihička priprema

Svrha psihičke pripreme je osigurati i omogućiti bolesniku najbolju i najadekvatniju moguću psihičku spremnost za operativni zahvat. Poželjno je da bolesnik ima povjerenje u osoblje koje sudjeluje u njegovoj skrbi i liječenju. Psihičku pripremu za hospitalizaciju pa i sam kirurški započinje liječnik, odnosno kirurg. Pri prijemu na kirurški odjel, medicinska sestra promatra bolesnika, stvara svoj dojam i na temelju istog, uz uzimanje anamneze nalazi načine kojima može pomoći da se bolesnik osjeća opuštenije, ugodnije i manje zabrinuto. Adekvatna zdravstvena njega objedinjuje planiranje i provođenje skrbi u suradnji medicinske sestre s bolesnikom. Sve navedeno je bitno kako bi bolesnik stekao povjerenje u osoblje koje brine o njegovu zdravlju i novonastaloj situaciji, a isto tako doprinosi lakše podnošenje straha i vlastite nesigurnosti, jednostavnije mu je postavljati pitanja u za njega stresnoj situaciji. Navedeno doprinosi uspješnoj psihičkoj pripremi za kirurški zahvat. Medicinska sestra treba započeti, poticati i održavati primjerenu, adekvatnu, jasnu i nedvosmislenu komunikaciju. O komunikacijskim vještinama medicinske sestre ovisi psihološka

priprema. Primjena empatije, asertivnosti, aktivnog slušanja uvelike će olakšati razumijevanje i smanjivanje straha kod bolesnika. Dokazano je da uz dobru i adekvatnu psihičku pripremu, bolesnik bolje podnosi operaciju, brži je tijek oporavka, bol je manja, a hospitalizacije se skraćuje za 1 do 2 dana (1).

8.2. Fizička priprema

Fizička priprema bolesnika za hitnu operaciju obuhvaća pretrage, prehranu, poučavanje, pripremu bolesnika. Medicinska sestra po nalogu liječnika vadi krv za potrebu pretraga i krvne grupe, bolesnika vozi na rendgenske pretrage, snima EKG i mjeri vitalne funkcije, uspostavlja venski put, priprema operativno polje, brijanje kirurškim kliperom, nakon toga upućuje bolesnika na tuširanje kako bi se smanjila bakterijska flora. Nakon tuširanja pacijent odijeva bolničku pidžamu, skida nakit i zubnu protez ako ju ima. U slučaju da pacijent ima nalakirane nokte, medicinska sestre acetonom mora ukloniti lak s noktiju. Pacijent treba biti na tašte minimalno 8 sati prije. Postavljaju se elastični zavoji ili elastične čarape kao prevencija nastanka tromboze. Medicinska sestra također primjenjuje terapiju ovisno o tome što liječnik ordinira. Pregled anesteziologa prije samog operativnog zahvata uz svu potrebnu dokumentaciju, medicinska sestra primjenjuje premedikaciju bolesniku prema uputama anesteziologa. Također se primjenjuje antibiotska profilaksa. Osobne stvari i vrijednosti se pohranjuju na odjelu, a bolesnika se prema protokolu odvozi u operativnu salu (1).

9. POSTOPERATIVNA SESTRINSKA SKRB KOD BOLESNIKA NAKON APENDEKTOMIJE

Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika nakon apendektomije usredotočena je na uklanjanje i smanjenje tjelesnih simptoma, (bol, povraćanje, mučnina), sprječavanje i pravovremeno prepoznavanje komplikacija (pneumonija, krvarenja, tromboembolija), sprječavanje nastanka infekcije i poučavanje bolesnika. Dijeli se u dvije faze (1, 3).

9.1. Prva faza

Bolesnik koji je operiran u općoj anesteziji boravi u sobi za oporavak ili sobi za buđenje do potpunog budnog stanja nakon anestezije. U sobi za oporavak ostaje sve do vraćanja potpune svijesti te do normalizacije svih vitalnih znakova. Nagle i akutne plućne i krvožilne komplikacije glavni su uzroci teškog stanja koje zahtjeva intenzivnu skrb, pa čak i letalnog ishoda bolesnika neposredno poslije kompliciranih operacija i operacija koje dugo traju. Iz tog razloga je bitno da je uz bolesnika medicinska sestra uz obilje iskustva i znanja koja može i zna prepoznati hitnu situaciju. Također uz medicinsku sestru su i anesteziolog i kirurg koji promatraju bolesnika u prvim satima nakon operacije. Anesteziolog nadzire i promatra kardiovaskularnu i plućnu funkciju, a operater se brine o operacijskog regiji (9).

U početnoj fazi potrebno je kontinuirano pratiti vitalne znakove: krvni tlak, puls, respiraciju i saturaciju, također pacijent je spojen na monitor na kojemu se prati EKG promjena. Također je potrebno kontrolirati disanje i održavati prohodnost dišnih puteva. Položaj bolesnika u krevetu mora biti postraničan dok se na vrati potpunoj svijesti. Nakon toga leži na leđima u Fowlerovom položaju. Potrebno je svakih 8 do 12 sati mijenjati položaj u krevetu. Kontrola mokrenja je bitna, u slučaju da pacijent ima urinarni kateter, potrebno je pratiti diurezu, a ako nema, voditi brigu o tome da li je pacijent mokrio. Nadoknada tekućina i elektrolita sve dok pacijent ne pređe na peroralnu prehranu. Pacijent poslije opće anestezije ne uzima na usta ništa prvih 8 do 12 sati. Postoperativno pratiti drenažu ukoliko postoji, evidentirati i mjeriti sadržaj, boju i konzistenciju sukcije. Medicinska sestra prema nalogu liječnika dužna je primjenjivati ordiniranu terapiju, lijekove, infuzije, antibiotike,

tromboprofilaksu itd. Po nalogu liječnika potrebno je kontrolirati laboratorijske nalaze iz krvi. U dogovoru s kirurgom, anesteziolog određuje na temelju općeg stanja, laboratorijskih nalaza i vitalnih znakova da li će pacijent ostati u jedinici intenzivnog liječenja ili se može transportirati na kirurški odjel (9).

9.2. Druga faza postoperativne njege

Druga faza postoperativne zdravstvene njege započinje nakon potpunog oporavka od opće anestezije. Traje sve dok se ne ustabilu i normalizira rad osnovnih životnih funkcija bolesnika. U dogovoru medicinska sestra i pacijent zajedno planiraju i provode sestrinske intervencije. Nakon povratka bolesnika iz sobe za oporavak, potrebno je postaviti bolesnika u Fowlerov položaj (noge flektirane u koljenima), kako bi drenaža bila funkcionalna, te kako bi se bol smanjila jer se smanjuje ekstenzija trbušnih mišića (1, 9).

Operacijska dvorana i hodnik obično su klimatizirane, gubitak krvi te niža temperatura u prostoriji dovode do blage hipotermije bolesnika, a uloga medicinske sestre je po dolasku na odjel, utopeliti bolesnika. Promatrati vanjski izgled i mjeriti vitalne funkcije svakih 15 minuta prva 3 sata, pa onda svakih 30 minuta svaki sat nakon. Pratiti i kontrolirati drenažu operativnog polja (u slučaju ako ima dren). Kontrolirati tupfere na kirurškoj rani, a svaku promjenu evidentirati i javiti nadležnom liječniku (1,9).

Medicinska sestra provodi osobnu higijenu bolesnika dok nije u mogućnosti samostalno. Primjenjuje terapiju prema ordiniranju liječnika. Potrebno je podučiti i poticati na vježbe disanja i iskašljavanje. Osigurati nadoknadu tekućina i elektrolita. Uz sve zadaće medicinska sestra prilikom previjanja mora osigurati prevenciju nastanka infekcije operativnog polja. Bolesnik je prema odredbi liječnika očekivano jedan do dva dana na parenteralnoj prehrani, a zatim prelazi na tekuću dijetu, treći dan dobiva tekuću i kašastu hranu, a nakon toga prelazi na običnu. Bolesniku se preporučuje hrana koja ne napuhuje (1, 9).

Bolesnici se nakon apendektomije već drugi dan trebaju poticati na ustajanje iz kreveta, uz pomoć medicinske sestre, kao prevencija tromboze. Nakon prvog ustajanja poslije operativnog

zahvata skidaju se elastični zavoji ili elastične čarape. Medicinska sestra treba obratiti pozornost na kiruršku ranu i drenažu, obavještavati liječnika o eventualnim promjenama. Prevoj rane često se odvija drugi dan nakon operacije, liječnik previja i evakuira dren, ako je sve u redu. Zadaća medicinske sestre je promatrati izgled kirurške rane i mjesta na kojem je bio postavljen dren. Zapisivanje i evidentiranje odstupanja od očekivanog je vrlo bitno. Primjena analgetika prema potrebi bolesnika, primjena tromboprolifakse prema odredbi liječnika i primjena antibiotske terapije (1, 9).

9.3. Zadaće medicinske sestre pri previjanju kirurške rane

Glavna zadaća medicinske sestre je provoditi postupke zbrinjavanja bolesnika prije i nakon operacije, zbog osiguravanja uvjeta za primarno cijeljenje rane i sprječavanje infekcije. Zadaće medicinske sestre na odjelu kirurgije je pri previjanju pripremiti bolesnika, pripremiti prostor, pripremiti osoblje i pribor, previti ranu ili asistirati liječniku uz osnovna načela kirurške djelatnosti kao što su dezinfekcija, sterilizacija, asepsa i antisepsa (1).

Prilikom previjanja kirurških rana, najbitnije je korištenje aseptične tehnike, kako nebi došlo do razvoja infekcije. Aseptična tehnika nedoticanja (*eng. Aseptic non-touch technique, ANTT*) je tehnika kojom se nedotiču rukama ključni dijelovi sterilne opreme i sanitetskog materijala kao što su instrumenti (vrh peana, vrh pincete, tupferi, gaze), koji moraju ostati sterilni prije dolaska u doticaj jedni s drugima ili s ranom kao ključnim mjestom, a ista se također štiti od kontaminacije. Kod previjanja medicinska sestra dužna je promatrati izgled rane, okolno tkivo, postoji li sekrecija, izgled drena ukoliko je postavljen, izgled drenažnog sadržaja, količinu drenažnog sadržaja te samog bolesnika. Ukoliko postoji oscilacija u laboratorijskim nalazima ili zdravstvenom stanju, obavijestiti liječnika. Nakon previjanja medicinska sestra upisuje u e-njegu postupke koje je odradila (1, 7, 13).

Kako bi medicinska sestra adekvatno provodila osnovna načela kirurške djelatnosti mora znati definiciju svakog od njih. Asepsa je postupak potpunog ili najvećeg dijela uništavanja mikroorganizama na predmetima koji su u kontaktu s ranom, te se isključuje svaka mogućnost vanjske infekcije (7, 13).

Dezinfekcija je postupak kojim se uništavaju mikroorganizmi na koži i predmetima, do razine koja više nije štetna, a ista se provodi fizikalnom metodom koja podrazumijeva toplinu ili kemijskim sredstvima koje nazivamo dezinficijensi. Određeni dezinficijensi određuju uvjet čišćenja prije samog postupka dezinfekcije, a neki ostvaruju i čišćenje i dezinfekciju (7, 13).

Sterilizacija je aseptični postupak potpunog uništavanja mikroorganizama i njihovih spore na instrumentima, predmetima, operacijskom rublju i svemu što dolazi u dodir s kirurškom ranom. Najčešće se za sterilizaciju koristi autoklav, jer je najpogodniji za sterilizaciju svih materijala koji dobro podnose visoku temperaturu, isto tako vrijeme sterilizacije je kratko. Instrumenti i zavojni materijal se steriliziraju ili su sterilni prilikom prvog otvaranja (1, 7, 13).

Antisepsa je skup postupaka za uništenje mikroorganizama na površini tijela (koža, rane, sluznice), u tkivima i na predmetima zbog sprječavanja infekcije. Provodi se jednokratnom lokalnom primjenom antiseptika (1, 7, 13).

a) Priprema bolesnika

Važan dio sestrinske skrbi je komunikacija, kako za sve, tako i za previjanje kirurške rane, važno je uputiti bolesnika u važnost i način previjanja, objasniti potrebu i razlog. Upozoriti i naglasiti bolesniku da za vrijeme previjanje ništa ne dira vlastitim rukama, ne priča i okrene glavu na suprotnu stranu. Medicinska sestra treba prema odluci liječnika bolesniku primijeniti analgetik prije samog previjanja, poticati bolesnika da pita ako ga nešto zanima te mu na pitanja laički odgovoriti koristeći komunikacijske vještine (1).

b) Priprema prostora

Medicinska sestra treba organizirati čišćenje i provjetravanje bolesničke sobe, sobe za intervencije barem sat vremena prije previjanja. Zatvoriti vrata i prozore, osigurati adekvatno osvjetljenje prostorije. Staviti oko kreveta ili stola za previjanje paravan, kako bi zaštitila privatnost bolesnika. Ukoliko se radi o bolesniku koji je u izolaciji, važno je da isti bude izoliran od drugih pacijenata, da se provode preventivne mjere prema protokolu izolacije. Isto tako, Bolesnici koji su imunokompromitirani moraju biti izolirani od drugih kako bi se zaštitilo njihovo zdravstveno stanje (1).

c) Priprema osoblja i pribora

Medicinska sestra za postupak previjanja rane mora svezati kosu, oprati ruke, staviti kapu i masku te zaštitnu pregaču i navući rukavice neposredno prije postupka previjanja. Pribor koji se koristi za prevoz kirurških rana treba biti postavljen na kolica koja se sastoje od tri police. Na prvoj ili gornjoj polici potrebno je složiti sterilni pribor, sterilne instrumente, sterilni zavoj, sterilne rukavice, otopine za previjanje (0,9% NaCl, Klorheksidin 0,05%, Hydrogen (H₂O₂) 3%, 1%,

Octenisept, jod,..). Na srednju policu postaviti čisti pribor poput zavoja, leukoplasta, mrežice, bubrežaste posude, rukavice, PVC vrećice. Na treću policu postavlja se nečisti materijal na kojoj se nalazi posuda sa dezinfekcijskom otopinom za instrmente. Uloga medicinske sestre je u svakom trenutku znati gdje joj stoji pribor, održavati kolica za previjanje urednima i čistima te uvijek popunjenima (1, 7).

Previjanje kirurške rane, posebno prvo, provodi se timski, liječnik i jedna ili dvije medicinske sestre. Previjanje se provodi tehnikom nedodirivanja i upotrebom sterilnih instrumenata, odnosno aseptičnim načinom (1).

10. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD BOLESNIKA NAKON APENDEKTOMIJE

Svakoj osobi uslijed hospitalizacije narušeno je prvenstveno psihičko stanje, pa onda i fizičko. Medicinska sestra ili tehničar, dužni su omogućiti bolesniku zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba, isto tako stvoriti adekvatnu komunikaciju kako bi se sve planirane intervencije mogle ostvariti. Proces zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, projicira dužnosti medicinske sestre te omogućuje kontinuirano promatranje bolesnika odnosno evaluaciju intervencija kako bi se postigao željeni cilj. Svaka osoba je individua sama za sebe, pa se tako i potrebe bolesnika razlikuju (17, 18).

I. Anksioznost u/s hospitalizacijom 2° otežana koncentracija

Anksioznost se definira kao nejasan osjećaj neugode i/ili straha uz popratne simptome psihomotorne nemirnosti, napetosti, tjeskobom, uzrokovan opasnosti, gubitkom kontrole s kojom se bolesnik ne može suočiti.

Cilj: Pacijent će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos – bolesniku pokazati razumijevanje osjećaja.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti.
- Na vrijeme informirati bolesnika o planiranim postupcima i aktivnostima.
- Koristiti razumljiv jezik prilikom poučavanja i informiranja.
- Omogućiti mirnu i tihu okolinu bolesnika.
- Poticati bolesnika da izjavljuje vlastite osjećaje (17).

II. Visok rizik za infekciju u/s operativnim zahvatom 2° kirurška rana

Cilj: Tijekom hospitalizacije neće doći do pojava simptoma infekcije.

Intervencije:

- Kontrolirati vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim bolesnicima mjeriti dva puta dnevno, te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C).
- Uočavati i pratiti promjene vrijednosti krvnih nalaza i liječnika izvijestiti o njima.
- Održavati higijenu ruku (prije kontakta s bolesnikom, nakon kontakta s bolesnikom, prije aseptičnih postupaka, nakon kontakta s bolesnikovom okolinom i nakon rizika izlaganju tjelesnim tekućinama).
- Obučiti zaštitne rukavice prilikom obavljanja osobne higijene, previjanje kirurške rane, hranjenje bolesnika. U svakom trenutku u kojem postoji mogućnost kontaminacije ruku s bolesnikovim izlučevinama.
- Pema indikaciji liječnika prikupljati i transportirati uzorke za analizu (urin, krv, sputum, drenaža, brisovi i sl.), te povratno izvijestiti o nalazima
- Ponoviti i učiti bolesnika važnosti održavanja higijene ruku.
- Održavati drenažne katetere prema standardu. Važno je pratiti količinu i izgled drenažnog sadržaja, pratiti prohodnost istih te promjeniti drenažne katetere prema nalogu liječnika uz primjenu aseptičnih postupaka. Važnost promjene drenažnog katetera je negativni tlak kojim se sadržaj evakuira. Također ukoliko liječnik odredi vađenje drena, asistirati liječniku prilikom istog.
- Aseptično previjanje rana uz primjenu tehnike nedodirivanja sterilnim instrumentima i zavojnim materijalom.
- Pravilno odlaganje oštih predmeta u spremnike za oštre predmete, odlaganje infektivnog otpada prema lokalnom protokolu ustanove (infektivne kante ili vreće za infektivni otpad).
- Promatrati pojavnost simptoma i znakova infekcije. Pratiti izgled rubova kirurške rane, sekrecija, edem rane, pojavnost povišene tjelesne temperature, ubrzan puls.

- Mehaničko čišćenje i pranje, a potom dezinfekcija instrumenata. Na kraju postupak sterilizacije ovisno o tipu i vrsti materijala (17).

III. Akutna bol u/s kirurške rane 2° pacijentova izjava „boli me“

Akutna bol je neugodan brzi ili usporeni doživljaj boli, koji dolazi od stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva s očekivanim završetkom u roku oko šest mjeseci.

Cilj: Tijekom hospitalizacije pacijent neće osjećati bol.

Intervencije:

- Izmjeriti vitalne funkcije.
- Upitati bolesnika da li ga boli, upotrijebiti VAS skalu (vizualno – analogna skala) za procjenu boli (vrijednosti 0-10, 0 – bez boli, 5- podnošljiva bol, 10- nepodnošljiva bol).
- Ohrabriti bolesnika.
- Objasniti bolesniku da je potrebno zauzeti njemu ugodan i adekvatan položaj, a isto tako da ga povremeno mijenja.
- Potrebno je izbjegavati pritisak i napetost područja s izvorom boli.
- Pokazati i podučiti bolesnika metodama relaksacije.
- Pravovremeno obavijestiti liječnika o pojavi boli pacijenta.
- Primijeniti farmakološku terapiju analgeticima prema ordiniranju liječnika (18).

IV. Opstipacija u/s anestezije 2° bol i otežana defekacija

Opstipacija je neredovito, nepotpuno ili otežano pražnjenje tvrde i suhe stolice praćeno osjećajem bolnosti i neugode prilikom defekacije.

Cilj: Pacijent neće iskazivati nelagodu tijekom defekacije.

Intervencije:

- Osigurati privatnost.
- Poticati bolesnika na obilnu hidraciju.
- Pojasniti važnost konzumaciju namirnica bogatih vlaknima.
- Objasniti važnost i poticati bolesnika na pravovremeno i što ranije ustajanje iz bolesničkog kreveta.
- Primijeniti ordinirani supozitorij.
- Osigurati čist i uredan toaleta.
- Savjetovati bolesniku da izbjegne naprezanje pri defekaciji (17).

11. RASPRAVA

Zdravstvena njega nakon apendektomije je zahtjevan proces multidisciplinarnog tima, počevši od liječnika koji postavlja dijagnozu, medicinske sestre koja prima bolesnika na kirurški odjel, priprema bolesnika za operativni zahvat, anesteziologa koji uspavljuje bolesnika, te ponovno medicinske sestre ili tehničara u potpunom završetku brige o zdravstvenom stanju i zdravstvene njege nakon operativnog zahvata (1, 3).

Svakom bolesniku je narušeno psihičko i fizičko zdravstveno stanje, te je potrebno upotrijebiti sve sposobnosti i znanja kako bi postoperativni tijek prošao brže i povoljnije za samog bolesnika, pa i sve djelatnike multidisciplinarnog tima. Učestalost apendicitisa je oko 7% cijele populacije, najčešće obuhvaća ljude između 10 i 30 godina starosti, spol je podjednako zastupljena. Uzrok upale slijepog crijeva je nepoznat. Učestalost komplikacija je oko 5-7% svih apendektomiranih. Ukoliko je preoperativna njega bolesnika bila adekvatna i zadovoljavajuća, najčešće je i postoperativna njega i zdravstveno stanje bolesnika bolje. Pojavnost upala slijepog crijeva i operacija istog mjeri se oko 10,6% u Republici Hrvatskoj tijekom jedne godine (9, 11).

Aseptični postupci su zlatno pravilo kirurške djelatnosti stoga je vrlo važno istih se i pridržavati. Duljina hospitalizacije ovisi o zdravstvenom stanju bolesnika, njegovom općem stanju, izgledu kirurške rane i povratku svih osnovnih funkcija koje je pacijent imao do dolaska u bolnicu. Očekivano trajanje hospitalizacije je otprilike tri do pet dana nakon operativnog zahvata (9, 11).

Na temelju provedenog istraživanja i uvidom u stručnu i znanstvenu literaturu, smatram da je poželjno razmišljati prilikom svakog hitnog prijema kako bi nama bilo da smo „u koži“ tog bolesnika, jer tako lakše možemo shvatiti sve potrebe bolesnika te se potruditi da sve neželjene komplikacije budu uklonjene.

12. ZAKLJUČAK

Postoperacijska zdravstvena njega bolesnika nakon apendektomije fokusirana je na uklanjanje tjelesnih simptoma, sprječavanje i rano prepoznavanje komplikacija, sprječavanje nastanka infekcije i podučavanje bolesnika. Glavna zadaća medicinske sestre je isplanirati i provoditi planirane postupke prije i nakon operativnog zahvata. Potrebno je osiguravanje uvjeta za primarno cijeljenje rane i sprječavanje infekcije. Kirurška rana je rana koja nastaje od strane liječnika – kirurga, visoko educiranog stručnjaka za svrhu liječenja kirurških bolesti. One nastaju incizijom u strogim uvjetima operacijske sale uz aseptične uvjete. Akutna bakterijska gnojna upala crvuljka (*lat. appendicitis acuta*), najčešća je abdominalna upalna bolest današnjice i najčešći uzrok akutne boli.

Liječenje apendicitisa je kirurško, laparotomijom i laparoskopijom. Laparoskopija je danas sve učestalija, ona ima pozitivne učinke u postoperativnom dijelu kao što su manji intezitet boli, brži oporavak, smanjeno vrijeme hospitalizacije.

Primjenom stručnosti i adekvatnom medicinskom skrbi uz obilje komunikacijskih vještina i sposobnosti pacijent je siguran i spreman na sve medicinske i sestrinske postupke pa tako i na operativni zahvat. Kao multidisciplinarni tim liječnici različitih grana i medicinske sestre s adekvatnim vještinama i sposobnostima zajedničkim postupcima omogućavaju smanjenje straha i tjeskobe prije i nakon operativnog zahvata, što uvelike omogućava bolju postoperativnu njegu bolesnika. Od samog prijema na odjel kirurgije pacijent je u strahu, anksiozan, uplašen, njegova svakodnevnica je narušena, stoga adekvatnim komunikacijskim vještinama i stručnim sposobnostima nastojimo otkloniti negativne učinke kod bolesnika.

Aseptična tehnika je tehnika koja se upotrebljava prilikom previjanja kirurških rana, kako bi se minimalizirala mogućnost nastanka infekcije. Prilikom previjanja vrlo je bitno promatrati kiruršku ranu, okolno tkivo, sekreciju i dren te drenažni sadržaj ukoliko je postavljen. Pribor, prostor i sami pacijent moraju biti adekvatno i stručno pripremljeni kako bi aseptično previjanje proteklo zadovoljavajuće. Po završetku previjanja i posla u bolesničkoj sobi ili ambulanti za previjanje medicinska sestra je dužna dezinficirati prostor, sterilizirati pribor, ukloniti infektivni otpad, pa potom upisati sve provedene intervencije u e-njegu, u kojem je opisan cijeli proces zdravstvene

njege. Proces zdravstvene njege vrlo je bitan, jer od samog prijema utvrđuju se potrebe bolesnika za zdravstvenom njegom, određuju dužnosti medicinske sestre, uvelike olakšava fokus i zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, isto tako i evaluaciju. Na kraju, provodeći zadane intervencije, cilj je postignut.

Često postoji manjak vremena, a gomila posla i intervencija koje se moraju odraditi, ali zadovoljan pacijent i osmijeh na licu bolesnika je najveći poklon i čestitka na stručan i profesionalan rad. Zadovoljan pacijent jednako je i zadovoljno osoblje.

13. LITERATURA

1. Prlić N., Rogina V., Muk B. Zdravstvena njega 4. Zagreb. 2005.
2. Kvesić A. i suradnici. Kirurgija. Zagreb. Medicinska naklada. 2016.
3. Meljnikov I, Radojčić B, Grebeldinger S, Radojčić N. [History of surgical treatment of appendicitis]. Med Pregl. 2009;62(9-10):489-92.
4. Šoša T., Sutlić Ž., Stanec Z., Tonković I. i suradnici. Zagreb. Medicinska biblioteka. 2007.
5. M. Kolovrat i suradnici. Laparoskopna kirurgija na Odjelu endoskopske kirurgije Kliničke bolnice – komplikacije i konverzije Med Vjesn 2011; 43(1-4): 125-130
6. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima Zagreb, 2000.
7. Prpić I. i suradnic., Kirurgija. Zagreb. Školska knjiga. 2009.
8. Slika 3.2. <https://www.fitness.com.hr/zdravlje/ozljede-bolesti/Slijepo-crijevo-upala.aspx>
9. Prpić I. i suradnici. Kirurgija za medicinare. Zagreb. Školska knjiga. 2005.
10. Klingler A, Henle KP, Beller S, Rechner J, Zerz A, Wetscher GJ. i sur. Laparoscopic appendectomy does not change the incidence of postoperative infectious complications. Am J Surg. 1998;175(3):232-5.
11. Krivić A. Akutni appendicitis [Online]. 2012. Dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/akutni_apendicitis_akutna_upala_crvuljka (05.05.2022.)
12. Bailey H., Kirurška propedeutika. Zagreb. Medicinska naklada. 2010.
13. Damani N. Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija. Zagreb. Medicinska naklada. 2015.
14. Begovac J., Božinović D., Lisić M., Baršić B., Schonwald S., Infektologija. Zagreb, 2006.
15. Meijs AP, Prantner I, Kärki T, Ferreira JA, Kinross P, Presterl E. i sur. Prevalence and incidence of surgical site infections in the European Union/European Economic Area: how do these measures relate? J Hosp Infect. 2019;103(4):404-411.

16. Nichols RL. Preventing surgical site infections: a surgeon's perspective. *Emerg Infect Dis.* 2001;7(2):220-4.
17. Šepec S. i sur. *Sestrinske dijagnoze.* Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2011.
18. Kadović M. i sur. *Sestrinske dijagnoze II.* Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2013.

14.KRATICE

CT – kompjutorizirana tomografija

NaCl – Natrijev klorid

PVC – polivinil klorid

EKG – elektrokardiogram

15.SAŽETAK

Koristeći stručnu literaturu u ovom radu opisana je zdravstvena njega bolesnika nakon apendektomije. Apendektomija je kirurški zahvat kojim se otvaranjem trbušne šupljine uklanja crvuljak ili apendiks. Apendektomija se vrši laparotomijom ili laparoskopijom. Zdravstvena njega usmjerena je u preoperativnom i postoperativnom tijeku ukloniti nepovoljne čimbenike koji bi negativno utjecali na stanje bolesnika. Uključujući multidisciplinarni tim, sposobnosti i vještine medicinskog osoblja. Proces zdravstvene njege od prijema bolesnika na kirurški odjel započinje utvrđivanjem potreba za zdravstvenom njegom, postavljanje individualnih intervencija, kontinuirano promatranje i evaluaciju na kraju liječenja. Aseptično previjanje kirurške rane ključan je postupak kojim se uklanja mogućnost nastanka infekcije. Ona se postiže sa sterilnim priborom, zavojnim materijalom, antiseptikom, čistim rukama i tehnikom nedodirivanja. Pozitivna evaluacija, zadovoljan pacijent znači i dobar multidisciplinarni tim, stručan posao i profesionalnost.

Ključne riječi: crvuljak, apendektomija, postoperativna, infekcija

16.SUMMARY

Using the professional literature in this paper, the health care of the patient after appendectomy is described. Appendectomy is a surgical procedure that removes a worm or appendix by opening the abdominal cavity. Appendectomy is performed by laparotomy or laparoscopy. Nursing care is aimed in the preoperative and postoperative course to remove unfavorable factors that would negatively affect the patient's condition. Including a multidisciplinary team, abilities and skills of medical staff. The process of health care from the admission of patients to the surgical department begins with identifying the need for health care, setting individual interventions, continuous monitoring and evaluation at the end of treatment. Aseptic dressing of a surgical wound is a key procedure that eliminates the possibility of infection. It is achieved with sterile utensils, bandages, antiseptics, clean hands and non-contact techniques. Positive evaluation, satisfied patient means a good multidisciplinary team, professional work and professionalism.

Key words: worm, appendectomy, postoperative, infection

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>22.02.2022</u>	KRISTINA KEATICE	Krajcarik

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

KRISTINA KRAJČER

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, veljača, 2022.g.

Krajčerk.
potpis studenta/ice