

Specifičnost sestrinske skrbi kod ingvinalne hernije

Gužvinec, Antonio

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:006305>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1209/SS/2019

Specifičnost sestrinske skrbi kod ingvinalne hernije

Antonio Gužvinec, 1891/336

Varaždin, listopad 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1209/SS/2019

Specifičnosti sestrinske skrbi kod ingvinalne hernije

Student

Antonio Gužvinec, 1891/336

Mentor

doc. dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, listopad 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Antonio Gužvinec

MATIČNI BROJ 1891/336

DATUM 20.09.2019.

KOLEGIJ Zdravstvena njega odraslih II

NASLOV RADA Specifičnost sestriinske skrbi kod ingvinalne hernije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Specificities of nursing care in inguinal hernia

MENTOR dr.sc. Neuberg Marijana

ZVANJE Docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

- Ivana Herak, mag.med.techn., predsjednik
- doc. dr.sc. Neuberg Marijana, mentor
- doc.dr.sc. Marin Šubarić, član
- Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član
-

Zadatak završnog rada

BROJ 1209/SS/2019

OPIS

Kila ili hernija jest izbočenje kroz prirodni ili stečeni otvor, koji trajno ili prolazno sadržava ili može sadržavati dijelove organa. Ingvinalne hernije spadaju općenito u najčešće operativne zahvate a pojavljuju se zbog slabosti mekotkivnih struktura stijenke abdomena (pretilost, trudnoća) ili naglog povećanja intraabdominalnog tlaka (kihanje, kašalj). Operativne zahvate ingvinalne hernije dijelimo na tenzijske (navlačenje okolnog tkiva na hernijski otvor te stvaranje ožiljka), beztenzijske (koristi se sintetički kirurški materijal, odnosno mrežica) te laparoskopske (nekoliko malih rezova umjesto jednog velikog, koristi se laparoskop). Svaki kirurški zahvat narušava bolesnikov psihički i fizički integritet, a upravo je zadatak medicinske sestre da pripremi najbolje što može bolesnika za operaciju ingvinalne hernije te da mu u poslijeoperacijskom razdoblju pomogne da što prije svakodnevne aktivnosti provodi samostalno. Naravno, medicinska sestra mora u dogovoru s bolesnikom planirati i provoditi zdravstvenu njegu, te provesti temeljitu edukaciju i savjetovati kako se ponašati nakon operacije ingvinalne hernije.

ZADATAK URUČEN

14.10.2019.



[Handwritten signature]

Zahvala

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. sc. Marijani Neuberg koja je našla volje i vremena te pristala biti moja mentorica završnoga rada. Zahvaljujem joj se ovim putem na trudu, pruženim savjetima, vođenju kroz pisanje, primjedbama i strpljivosti za vrijeme izrade ovoga završnoga rada.

Također se zahvaljujem svojim roditeljima Danijelu i Marini, bratu Karlu, djevojci Matei i svim kolegama sa posla i fakulteta koji su mi pružali podršku, bili strpljivi te imali razumijevanja za vrijeme mogega studiranja te izrade ovoga završnoga rada.

Sažetak

Ingvinalne hernije su vrlo česti problem u moderno vrijeme. Općenito, kila ili hernija jest izbočenje kroz prirodni ili stečeni otvor, koje trajno ili prolazno sadržava ili može sadržavati dijelove trbušnih organa. Najčešće nastaje zbog urođenih slabosti mekotkivnih struktura (trudnoća, operacije na području abdomena, pretilost) ili povećanja intraabdominalnog tlaka (kihanje, ascites, jak kašalj). Kila se sastoji od prstena, kilne vrećice i kilnog sadržaja, koji pak može biti crijevo, omentum, itd. Ingvinalna hernija u pravilu zahtijeva kirurško liječenje – hernioplastiku. Kod kirurškog liječenja, provodi se otvaranje hernijske vreće i reponiranje hernijskog sadržaja u trbušnu šupljinu. Operacijske zahvate ingvinalne hernije dijelimo na tenzijske (navlačenje okolnog tkiva na hernijski otvor, stvaranje ožiljka koji zatim sprječava recidiv hernije), beztenzijske (koristi se sintetički kirurški materijal u obliku mrežice) te laparoskopske (nekoliko malih rezova u operacijskom polju umjesto jednog većeg reza). Kirurški operacijski zahvat je oblik liječenja koji narušava fizički i psihički integritet čovjeka, a svrha fizičke i psihičke pripreme bolesnika je da što lakše podnese operacijski zahvat te da se što brže i bolje oporavi i vrati normalnim dnevnim aktivnostima. Upravo medicinske sestre u pripremi bolesnika za operacijski zahvat, ali i u poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi, imaju veliku ulogu jer najviše vremena provode sa bolesnicima te su spona između bolesnika i njegove obitelji. Poslijeoperacijska zdravstvena njega usmjerena je na otklanjanje simptoma (bol, povraćanje, mučnina) i prepoznavanje komplikacija te što ranije postići samostalnost bolesnika u zadovoljavanju vlastitih potreba. Medicinska sestra u dogovoru s bolesnikom planira i provodi zdravstvenu njegu i sestrinske intervencije, a savjetovanje i edukacija su najčešća intervencija.

Ključne riječi: ingvinalna hernija, medicinske sestre, hernioplastika, prijeoperacijska zdravstvena njega, poslijeoperacijska zdravstvena njega

Summary

Inguinal hernias are a very common problem in modern times. Hernia is a projection through a natural or acquired opening which permanently or transiently contains or may contain parts of abdominal organs. It happens more often due to congenital weakness of the soft tissue structure (pregnancy, abdominal surgery, obesity) or an increase in intra-abdominal pressure (sneezing, ascites, severe cough). The hernia consists of a ring, hernia sac and hernia contents, which in turn can be a bowel, omentum, etc. Inguinal hernia usually requires surgical treatment – hernioplasty. In surgical treatment, the hernial sac is opened and the herniated contents are repositioned into the abdominal cavity. Operations of the inguinal hernia are divided into tension (pulling the surrounding tissue into the herniated opening, creating a scar that prevents hernia recurrence), non-tensioning (we use synthetic mesh surgical material) and laparoscopic (several small incisions in the operative field instead of a large incision). Surgery is a form of treatment that impairs the physical and mental integrity of a person, and the purpose of preparing the patient physically and psychologically is to endure surgery as quickly as possible and to recover and return to normal daily activities as quickly and efficiently as possible. It is nurses who play a major role in preparing patients for surgery and in post-operative health care, since they spend most of their time with patients and are a link between the patient and his family. Post-operative health care is focused on the elimination of symptoms (pain, vomiting, nausea) and the recognition of complications and, as soon as possible, the patient's independence in meeting his own needs. The nurse, in consultation with the patient, plans and implements health care and nursing interventions, and counseling and education are the most common interventions.

Key words: inguinal hernia, nurse, hernioplasty, preoperative health care, postoperative health care

Popis korištenih kratica

KKS	kompletna krvna slika
RR	krvni tlak
cm	centimetar
ml	mililitar
min	minuta
%	posto
npr.	na primjer
CVK	centralni venski kateter
lat.	latinski
TEP	totally extraperitoneal repair

Sadržaj

1. Uvod	1
2.Preponska (ingvinalna) hernija	3
2.1.Direktna ingvinalna hernija	3
2.2. Indirektna ingvinalna hernija.....	3
3. Rizični čimbenici za nastanak hernija.....	5
3.1. Opstipacija.....	5
3.2. Pretilost.....	5
4.Operacijske tehnike kod ingvinalne hernije	6
4.1. Hesh tehnika	6
4.2. Laparoskopska operacija ingvinalne hernije	6
4.3. Lichtensteinova metoda.....	7
5.Prijeoperacijska priprema pacijenta za operaciju ingvinalne hernije	8
5.1. Edukacijapacijenta kod operacije ingvinalne hernije.....	8
5.2. Psihološka priprema pacijenta za operaciju	8
5.3. Fizička priprema pacijenta za operaciju.....	9
5.3.1. <i>Vježbe dubokog disanja i iskašljavanja.....</i>	9
5.3.2. <i>Procjena nutritivnog i respiratornog statusa.....</i>	10
5.3.3. <i>Kardiovaskularni status i funkcija jetre i bubrega.....</i>	10
5.3.4. <i>Priprema probavnog trakta.....</i>	11
5.3.5. <i>Priprema operacijskog polja.....</i>	11
5.4. Priprema pacijenta na dan operacijskog zahvata.....	11
6.Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s operacijom ingvinalne hernije	13
6.1. Poslijeoperacijske poteškoće.....	13
6.2. Sestrinske intervencije u zbrinjavanju pacijenta s operacijom ingvinalne hernije.....	14
6.3. Previjanje operacijske rane.....	14
6.4. Prehrana pacijenta i fizička aktivnost.....	15
6.5. Sestrinske dijagnoze kod pacijenta sa operacijom ingvinalne hernije.....	16
6.5.1. <i>Visok rizik za infekciju u/s operacijskom ranom.....</i>	16
6.5.2. <i>Bol u/s operacijskim zahvatom što se očituje procjenom boli na skali 1-10 sa 8.....</i>	17
7. Istraživanje.....	18
7.1. Cilj istraživanja.....	18
7.2. Metode istraživanja.....	18

8. Analiza rezultata.....	19
8.1. Zdravstveni odgoj o prevenciji hernija - edukacija koju provode medicinske sestre.....	22
9. Zaključak.....	24
10.Literatura.....	25

1. Uvod

Kila ili hernija (lat. *hernia*) je naziv za protruziju organa ili fascije organa kroz stijenku šupljine u kojoj se nalazi. Do nastanka hernije najčešće dolazi zbog povećanja pritiska unutar šupljine ili zbog slabljenja stijenki koje čine šupljinu. Kod čovjeka najviše primjera hernija ili kila ima u trbušnoj šupljini. Osim trbušne šupljine do hernije može doći i npr. u kralježnici protruzijom dijelova intervertebralnih diskova, kao i u lubanji, gdje povećanjem intrakranijalnog tlaka dolazi do hernijacije dijelova mozga[1].

Abdominalne hernije ili kile, su izbočenja peritoneuma kroz kongenitalni ili stečeni otvor, koja sadržavaju dijelove trbušnih organa. Abdominalna hernija se sastoji od kilnog prstena (otvor na trbušnoj stijenci), kilne vreće (izbočenja parijetalnogperitoneuma) i kilnog sadržaja (omentum, tanko ili debelo crijevo, mokraćni mjehur). One mogu biti unutarnje i vanjske [2].

Ingvinalna hernija, sama po sebi ukoliko nema komplikacija, ne daje nikakve simptome koji bi bili ozbiljni (eventualno se može javiti bolnost prilikom napora). Upravo zbog slabe pojave simptoma, bolesnici bi mogli pomisliti da ingvinalna hernija nije uopće opasna, no pojava težih komplikacija (kao što je uklještenje) mogu biti iznimno opasne po život. Bol se smatranajčešćim i najizraženijim simptomom kod ingvinalne hernije. Smatra se individualnim iskustvom na koje utječu kulturološka sredina, prijašnja iskustva, ponašanje i sposobnost nošenja sa problemima. Može biti posljedica oštećenja tkiva ili se jednostavno javiti bez nekog posebnog razloga. Prema riječima internacionalne skupine za studij boli, bol je definirana kao neugodno senzorno i emocionalno iskustvo udruženo s aktualnim ili mogućim oštećenjem tkiva. Kod procjene boli i dolaska pacijenta u bolnicu, jako važnu i veliku ulogu imaju upravo medicinske sestre jer su one najbrojniji članovi tima i provode najviše vremena sa njima. Uzimanje anamnestičkih podataka od pacijenta radi se u svrhu određivanja vremenskog trajanja boli, kako je bol počela, mjesto nastanka boli te kakva je bol (pečenje, trganje, grčenje, sijevanje) i je li stalna ili sa prekidima. U praksi, koriste se različite skale za procjenu boli, s obzirom na pacijentovu dob i razumijevanje [2].

Inspekcija ili palpacija ingvinalne hernije provodi se u stojećem ili ležećem položaju. Palpacije i inspekcije je važno raditi i do nekoliko puta zbog mogućih negativnih nalaza, a prilikom stajanja i povećanja intraabdominalnog tlaka, ingvinalna hernija se ispupčuje u obliku polukuglasteili polualjkaste izbočine. Ukoliko je uža hernijski prsten, teže se reponira, a ako je širi hernijski prste ona se čak i u ležećem položaju bez manualnog reponiranja vraća. Liječenje ingvinalne hernije, u pravilu se provodi isključivo kirurškim zahvatom, a princip operacijskog zahvata odnosi se na otvaranje hernijske vreće i reponiranje hernijskog sadržaja u trbušnu

šupljinu. Kod neoperirane ingvinalne hernije postoji mogućnost inkarceracije, upale i nekroze stijenke.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u prijemu pacijenta i dijagnostici, boravku u bolnici, prijeoperacijskoj pripremi, poslijeoperacijskoj skrbi te edukaciji i savjetovanju pacijenta. Potrebno je uključiti bolesnika u planiranje i provođenje zdravstvene njege da bi što više i bolje prilagodili zdravstvenu njegu potrebama bolesnika.

U ovome radu će se prezentirati problemi koji se javljaju kod bolesnika sa ingvinalnom hernijom, kako se dijagnosticira i liječi, koje su moguće poteškoće i komplikacije, koja je uloga medicinske sestre, kako bi se pacijent trebao ponašati i kakav stil života njegovati nakon operacije.

U sklopu izrade ovoga završnoga rada, provedeno je anonimno istraživanje u Općoj bolnici Varaždin temeljem dozvole Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin. Istraživanje je provedeno uz hipotezu da je operaciji ingvinalne hernije pristupilo više osoba muškog spola nego ženskoga spola.

2. Vrste preponskih (ingvinalnih) hernija

Preponska (ingvinalna) hernija manifestira se kao izbočenje u ingvinalnom kanalu koje varira ovisno o bolesnikovom položaju. Prilikom stojećeg položaja pacijenta može se vidjeti izbočenje u području vanjskog ingvinalnog prstena. Kada bolesnik kašlje ili se napinje, hernija se povećava, a kada je u ležećem položaju ona se spontano povuče unutra, no nije uvijek tako. Kod većih ingvinalnih hernija, potrebno ih je manualno reponirati. Volarnom stranom prsta preko kože skrotuma pritisne se koža prednje strane skrotuma i prst se potisne do vanjskog ingvinalnog prstena. Na tome se mjestu palpira njegov oštri medijalni rub i osjeća pulsacija arterije *epigastric inferior*. Bolesnik se tada nakašlje, pa ako postoji hernija, nastat će izbočenje i bol. Pregled se lakše provodi ukoliko bolesnik ima savijene noge u koljenima i opusti trbušnu stijenku. Liječnik palcem i prstima desne ruke obuhvati herniju i potiskuje prema unutra, a u isto vrijeme prstima lijeve ruke obuhvaća hernijski vrat i polako potiskuje hernijski sadržaj [1].

2.1. Direktna ingvinalna hernija

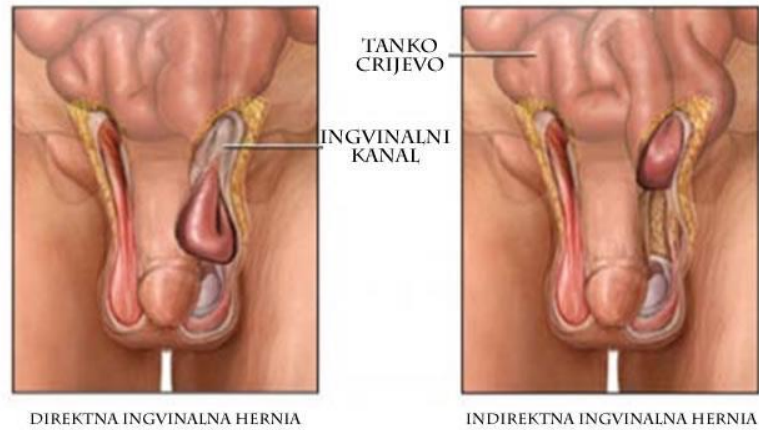
Direktna ingvinalna hernija se izbočuje kroz stražnju stijenku ingvinalnog kanala prema naprijed. Ona je uvijek stečena, a može se većinom vidjeti kod muškaraca srednje i starije životne dobi, kada mišiću trbušne stijenke olabave. Zbog šireg otvora, direktna ingvinalna hernija se pri ustajanju odmah izboči i jasno se vidi, a kada bolesnik legne ona se povuče. Inkarcercacija je rijetka, a hernijsko izbočenje se zaustavlja na ulazu u skrotum.

Prilikom antriranja ingvinalnog kanala, prst izvana ulazi u abdominalnu šupljinu a ako se pri tome osjeti pulsacija *epigastric inferior* onda se hernijsko izbočenje nalazi medijalno od arterije. Pojavnost ingvinalne hernije je u 60% slučajeva na desnoj strani, 20% na lijevoj, a u 20% slučajeva je obostrana [2].

2.2. Indirektna ingvinalna hernija

Indirektna ingvinalna hernija prolazi kroz unutrašnji ingvinalni prsten duž ingvinalnog kanala, izbočuje se kroz vanjski ingvinalni prostor i nalazi se unutar mišićnih niti *m. cremastera*. Postoji šansa da se indirektna ingvinalna hernija spusti u skrotum te se onda naziva skrotalna hernija[2].

Uski ingvinalni prsten pridonosi tome da indirektna ingvinalna hernija ima dvije karakteristike. Prva karakteristika jest da se prava veličina hernije vidi kratko vrijeme nakon što bolesnika ustane, a kada bolesnik legne, ona se postupno povlači, tako dugo dok se crijevni sadržaj ne provuče kroz vrat. Druga karakteristika jest da postoji izražena sklonost za inkarceraciju[2].



Slika 2.3.1. Direktna i indirektna ingvinalna hernija

Izvor: <https://zdravlje.eu/2010/02/12/kila-herni/>, (dostupno 29.08.2019.)

3. Rizični čimbenici za nastanak hernija

Rizični čimbenici su varijable i govore o mogućnosti pojave neke bolesti ili rizičnog ponašanja, u ovome slučaju, na pojavu ingvinalne hernije. Ingvinalne hernije nastaju prvenstveno zbog slabosti trbušne stijenke, no rizični čimbenici koji dodatno utječu na pojavnost ingvinalne hernije su jak i dugotrajan kašalj, opstipacija, ascites, debljina, starost, dizanje teških predmeta, itd. Kod situacija kao što su kašalj, dizanje teških predmeta i opstipacija dolazi povećanja intraabdominalnog tlaka te samim time i veće šanse da neki organi probiju trbušnu stijenku.

3.1. Opstipacija

Opstipacija je jedan od najčešćih simptoma od strane probavnog sustava, može biti prolazna (uzrokovana stresom) ili posljedica nekih bolesti. Opstipacija u određeno doba života pogađa svaku osobu, a neki od uzročnika su metaboličke bolesti (hipotireoza, šećerna bolest...), nasljedne muskularne bolesti, poremećaju debeloga crijeva, crijevne bolesti (Hirschprungova bolest), anorektalni poremećaji, lijekovi (opijati, antacidi, antiparkinsonici...), itd [3].

3.2. Pretilost

Pravilna prehrana kod pretilih osoba te motivacija za mršavljenjem smanjuje se rizik od nastanka ingvinalne hernije. Nakupljanjem masnog tkiva i debljanjem, ljudi gube volju za fizičkom aktivnosti te samim time i manje vježbaju mišiće koji sprječavaju prolaz trbušnih organa i nastanak hernije. Potrebno je objasniti važnost pravilne prehrane, postići odnos povjerenja, motivirati osobu da se zdravo hrani, osigurati letke i brošure, u dogovoru sa pretilim osobama sastaviti dnevne i tjedne jelovnike te provjeriti usvojenost znanja o zdravoj prehrani. Što se tiče tjelesne aktivnosti u smanjivanju tjelesne mase, potrebno je objasniti važnost kretanja, objasniti da treba voditi dnevnik aktivnosti, hrabriti osobe i pohvaliti svaki napredak, jer volja za vježbanjem raste sa pohvalama i podrškom [4].

4. Operacijske tehnike kod ingvinalne hernije

Ingvinalna hernija se u potpunosti može izliječiti samo operacijskim zahvatom te je ovo jedan od najčešćih operacijskih zahvata. Svaka hernija se razlikuje od bolesnika do bolesnika te se prema toj činjenici i prilagođava tehnika operacije. U samom kirurškom liječenju ingvinalne hernije, koristi se više tehnika operacijskih zahvata kao što su tenzijski, beztenzijski te laparoskopski zahvat [3].

Kod beztenzijskog zahvata, koriste se sintetički kirurški materijali u obliku mrežica te su neresorptivni, resorptivni i kombinirani materijali. Mrežice su sterilne, meke, savitljive i prilagodljive tjelesnim pokretima, a dovoljno su čvrste da se odmah nakon operacije bolesnik može vratiti normalnim fizičkim aktivnostima. Mrežice dolaze u mnogo oblika i veličina, a koriste se u beztenzijskim operacijama i laparoskopskim operacijama.

Tenzijski zahvati se rade tako da se okolno tkivo navuče na hernijski otvor, nastaje ožiljak i on sprječava povratak hernije. Takvi zahvati se rade samo na mlađoj populaciji, a najpoznatije hernioplastike su po Shouldiceu i Bassiniju. Pojavnost recidiva nakon tenzijskog zahvata kod ingvinalne hernije iznosi 15% [3].

4.1. Hesh tehnika

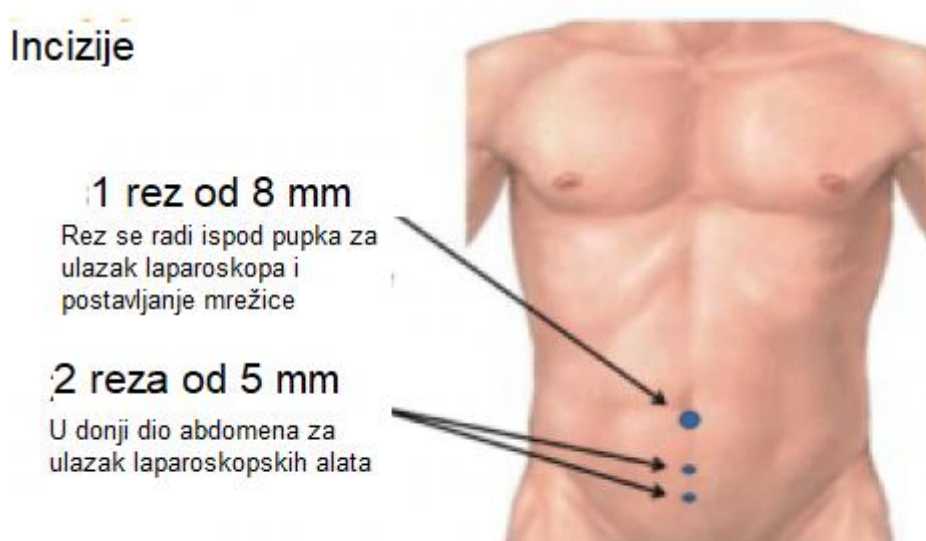
Prednost Hesh tehnike je što ima male poslijeoperacijske tegobe, a vrlo je uspješna i efikasna metoda. Operacijski zahvat se provodi u lokalnoj anesteziji te se učini rez od 3 cm. Hernija se disekcijom oslobodi te se vrati kroz otvor u početnu poziciju. Posebno dizajnirana mrežica se iznutra stavlja na slabu točku, a kao dodatna mjera sigurnosti, stavlja se još jedna mrežica preko defekta. Poslijeoperacijska bol je minimalna jer nema napetosti, a vjerojatnost samoga recidiva hernije je zanemarivih 1-2% što ju svrstava u tehniku s manje recidiva od tenzijske ili laparoskopske metode [4].

4.2. Laparoskopska operacija ingvinalne hernije

Laparoskopska operacija provodi se u općoj anesteziji, a kod ovoga zahvata, hernija se mrežicom pokriva kroz trbuh. Umjesto jednog, većeg reza, radi se nekoliko manjih u području oko hernije te se kroz njih uvode instrumenti i laparoskop. Laparoskop služi kirurzima da lakše vide operacijsko područje, a instrument je povezan sa kamerom preko kojeg se prati zahvat[4].

Prednosti laparoskopskog zahvata su brži oporavak, slabija bol, lakša i bolja vizualizacija različitih anatomskih struktura unutar trbušne šupljine te manja šansa za infekcije. Nedostatci

laparoskopskih zahvata su dulje trajanje, rizik za nastanak recidiva, veći troškovi te tehnička zahtjevnost [5].

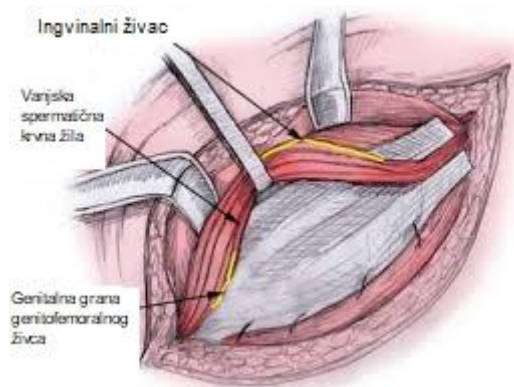


Slika 3.2.1. Mjesta incizije za laparoskopsku operaciju

Izvor: <https://alvarogarciamd.com/hernia/hernia-repair/inguinal/>, (dostupno 30.08.2019.)

4.3. Lichtensteinova metoda

Najčešće korištena metoda koja ne uključuje napetost te je ujedno i najprimjenjivija. Radi se u lokalnoj anesteziji, a sam operacijski tok se odvija u dvije faze. U prvoj fazi se prikazuje hernijska vreća te probire njen sadržaj, a u drugoj fazi se preko hernijskog otvora stavlja mrežica. Rez je dug 5 cm dok je recidiv hernije nakon ove metode 4 do 7%. Prednost ove metode definitivno je lokalna anestezija te se mjesto rada jasno vidi [4].



Slika 3.3.1. Prikaz Lichtensteinove metode

Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/1534281-technique>, (dostupno 03.09.2019.)

5. Prijeoperacijska priprema pacijenta za operaciju ingvinalne hernije

Svrha prijeoperacijske pripreme pacijenta je osigurati najbolju moguću fizičku, psihološku, duhovnu i socijalnu spremnost. Pacijenti koji su fizički i psihički pripremljeni za operacijski zahvat lakše podnose sam zahvat te se brže i bolje oporavljaju nakon istog. Vrlo je važno informirati pacijenta u vezi operacijskog zahvata da bi smanjili prisutan strah te da bi se ujedno i pacijent koji zna moguće posljedice operacije lakše kasnije nosio sa time [6].

Prilikom davanja informacija vezanih uz operacijski postupak, moramo biti sigurni da li pacijent želi znati informacije vezane uz sam zahvat ili ne. Neki pacijenti lakše podnose operacijski zahvat kada znaju sve informacije vezane uz isti, dok kod nekih previše informacija može izazvati anksioznost i strah. Stoga je vrlo važno svakome pacijentu pristupiti individualno i shvatiti njegove potrebe, a nakon edukacije i davanja informacija vezanih uz operacijski zahvat, pitati ga da li nas je razumio [7].

5.1. Edukacija pacijenta kod operacije ingvinalne hernije

Educiranje pacijenta je pomaganje pacijentu da razumije te da se psihički i fizički pripremi za nadolazeću operaciju te poslijeoperacijski period. Sama edukacija pacijenta mora biti prilagođena dobi pacijenta, socijalno-ekonomskom statusu, školskoj spremi te vrsti bolesti [7].

Pravo vrijeme za edukaciju nije neposredno prije operacijskog zahvata već bi se sama edukacija trebala provoditi tijekom cijele pripreme za operaciju. Postoje različiti načini edukacija; u „četiri oka“, grupne seanse, poduka za ovladavanje neke vještine, itd. Poslije svake edukacije, potrebno je provjeriti što je pacijent naučio. Za provjeru naučenog kod pacijenta, mogu se koristiti pisani upitnici, zaključne diskusije grupnih sastanaka, promatranje bolesnikovih aktivnosti, itd [8].

Dobrom i temeljitom edukacijom skraćuje se boravak pacijenta u bolnici te se smanjuje potrošnja lijekova [7].

5.2. Psihološka priprema pacijenta za operaciju

Psihološka priprema pacijenta provodi se od trenutka kada on saznaje potrebu za provođenjem operacijskog zahvata. Može se zaključiti da psihološku pripremu već započinje liječnik koji postavi indikaciju za kirurško liječenje te objašnjava važnost, potrebu i korisnost

operacijskog zahvata. Mnogi pacijenti reaguju na hospitalizaciju kroz tri obrasca ponašanja: povlačenje (povučenost, šutljivost), regresija (osoba se ponaša i reagira na način primjeren nižem stupnju razvoja) i hiperaktivnost (pretjerana motorička aktivnost, nesanica, noćne more)[7].

Prilikom dolaska pacijenta u bolnicu, sama uspostava pozitivnih odnosa između pacijenta i medicinskog osoblja smanjit će tjeskobu kod pacijenta te će poboljšati međusobnu suradnju. Potreba za kirurškim zahvatom može izazvati kod bolesnika nekoliko emocionalnih reakcija. Razlozi zabrinutosti pacijenta nakon prijema u bolnicu su različiti. Prisutan je osjećaj bespomoćnosti i izgubljenosti, strah od smrti, strah od boli, strah od operacijskog zahvata i /ili anestezije, strah od moguće dijagnoze malignog oboljenja, a s obzirom da je operacijsko polje u intimnom području dolazi do osjećaja nelagode i srama [8].

Prilikom planiranja i utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, potrebno je uključiti pacijenta jer on najbolje zna svoje potrebe. Nakon dobre psihološke pripreme pacijent lakše podnosi operacijski zahvat, brži je oporavak, a boravak u bolnici se skraćuje za 1-2 dana [8].

5.3. Fizička priprema pacijenta za operaciju

Komponente fizičke pripreme bolesnika su niz laboratorijskih, radioloških i drugih pretraga, određivanje adekvatne prehrane, pripreme probavnog trakta i priprema operacijskog polja. Uz ove komponente još se određuju: nutritivni status, respiratorni status, kardiovaskularni status, promjene na sluznicama, funkcija jetre i bubrega te funkciju endokrinih žlijezda. Sve ove komponente spadaju u pretrage koje omogućuju procjenu općeg stanja bolesnika za anesteziju i kirurški zahvat [8].

Prehrana bolesnika prije operacije uvjetovana je stanjem bolesnika i indikacijom, vrstom i mjestom kirurškog zahvata, stanjem uhranjenosti. Hipoalbuminemija je veliki problem kod neuhranjenih osoba jer rana teško zarasta, a dehidracija se svakako mora izbjeći [8]. Prije same operacije vrlo je važno podučiti pacijenta o vježbama disanja i iskašljavanja, te aktivnim i pasivnim vježbama ekstremiteta u svrhu prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja [8].

5.3.1. Vježbe dubokog disanja i iskašljavanja

Abdominalno (duboko) disanje je disanje iz trbuha. Pomoću dijafragme i trbušnih mišića zrakom punimo prsni koš, pluća se jače šire, ulazi više zraka i kisika koji koriste naš mozak i ostali organi. Svrha vježbi dubokog disanja jest bolja poslijeoperacijska ventilacija pluća, mobilizacija bronhijalnog sekreta, sprječavanje pojave atelektaza i upale pluća te bolja

oksigenacija tkiva i krvi. Pacijentu treba objasniti način izvođenja vježbi te svrhu, a same vježbe bi se trebale provoditi 3 do 4 puta sa nekoliko minuta odmora između svakoga udaha. Bitno je da pacijent diše prema uputama da ne dođe do nesvjestice i vrtoglavice zbog prevelikog gubitka ugljičnog dioksida [7].

Vježbe iskašljavanja usmjeruju sekret prema gornjih dišnim putevima te omogućuju lakši iskašljaj nakon operacije. Isto kao i kod vježbi disanja potrebno je objasniti i pokazati pacijentu kako se rade. Položaji za iskašljavanje su sjedeći ili položaj na boku (ukoliko pacijent nakon operacije mora biti u ležećem položaju). Potrebno je uputiti pacijenta da duboko udahne, izdahne kroz otvorena usta s jezikom isplaženim, zakašlje se 2 do 3 puta te ponoviti postupak ukoliko ima još sekreta. Za iskašljavanje se koristi staničevina, stavlja se u nepropusnu vrećicu i stavlja u infektivni otpad [7].

5.3.2. Procjena nutritivnog i respiratornog statusa

Nutritivne potrebe pacijenta određuju se na temelju njegove visine i težine, razini proteina u serumu i ravnoteži dušika. Prekomjerna tjelesna težina je rizičan faktor za pacijenta, ne samo zato što je masno tkivo pogodnije za infekciju već što je rizik za dehiscenciju rane velik. U prijeoperacijskoj pripremi važno je reducirati tjelesnu težinu da se faktori rizika smanje na najmanju moguću razinu [8].

Optimalna respiratorna funkcija vrlo je važna kod operacije. Četiri do šest dana prije same operacije, pacijenti bi trebali prestati pušiti a oni koji se podvrgavaju abdominalnim operacijama, u ovome slučaju konkretno na operaciju ingvinalne hernije, posebnu pažnju moraju usmjeravati na vježbe disanja. Pacijenti sa respiratornim infekcijama ne mogu se podvrgnuti operacijskom postupku a kod osoba sa KOPB-om potrebno je prije operacije utvrditi funkcionalni respiratorni status [8].

5.3.3. Kardiovaskularni status i funkcija jetre i bubrega

Vrijeme i vrsta operacijskog zahvata i vrsta anestezije moraju se prilagoditi kardiovaskularnom statusu bolesnika, kao i nadoknada tekućine, primjena kisika, itd. Glavna funkcija jetre i bubrega je prerada i eliminacija hranjivih tvari, lijekova i ostalih produkata. Smrtnost pacijenta sa bolestima jetre je velika te stoga treba prepoznati i liječiti iste. Ako su u pitanju bolesti bubrega, kontraindikacije za operacijski zahvat su: akutni nefritis, akutna renalna insuficijencija, itd [8].

5.3.4. Priprema probavnog trakta

Cilj pripreme probavnoga trakta je smanjenje broja bakterija u crijevima, smanjiti intestinalnu floru, prevenirati defekaciju te prevenirati nehotične kirurške traume tijekom operacijskog zahvata. Uzimanje hrane mora biti prekinuto 8 do 10 sati prije operacijskog zahvata zbog moguće aspiracije želučanog sadržaja koja ima mortalitet od 60-80%. Za čišćenje probavnoga trakta primjenjuju se klizme i oralni laksativi dan prije operacije, a postupak se ponavlja ukoliko nismo sigurno da li su crijeva očišćena kako bi trebala biti [8].

5.3.5. Priprema operacijskog polja

Priprema operacijskog polja provodi se u svrhu smanjenja bakterijske flore. Nekoliko dana prije operacijskog zahvata pacijent kod kupanja/tuširanja može koristiti germicidne pripravke dok dan prije operacije pere cijelo tijelo sa 25 ml otopine, ispire se vodom te taj postupak ponavlja opet (sad pere i kosu). Ispere se vodom i osuši ručnikom, a taj postupak pranja provodi se i na dan operacije. Posebna pozornost treba se obratiti na područja kao što su prepona, spolovilo, aksilarne regije, područje iza ušiju, prste na rukama i nogama, kosu, itd. Šišanje operacijskog polja provodi se 1 do 2 sata prije same operacije da se smanji rizik od infekcija. Površina i šišanje ovise o vrsti operacijskog zahvata, a u načelu se šiša 15 do 20 cm oko predviđenoga reza zbog mogućih komplikacija tijekom same operacije [8].

5.4. Priprema pacijenta na dan operacijskog zahvata

Priprema pacijenta na dan operacije sastoji se od provođenja osobne higijene, pripreme operacijskog polja, provjere pacijentove dokumentacije, pripreme bolesničkog kreveta, kontrole vitalnih funkcija, promatranja pacijenta, obavljanja laboratorijskih pretraga koje još nedostaju i davanja premedikacije. Ukoliko se uoči neki patološki nalaz, obavezno trebamo obavijestiti liječnika. Pacijenta obavezno treba obavijestiti o tome da ne uzima ništa na usta i da ne puši. [8]

Osobna higijena se provodi uz kontrolu pokretnog pacijenta, pružanja pomoći polupokretnom pacijentu ili njegu nepokretnog pacijenta. Tuširanje (pranje) pacijenta je uvijek bolje od kupanja. Posebno treba dezinficijensom oprati područje operacijskog polja i dijelove tijela gdje se razmnožava više mikroorganizama (prepona, spolovilo, aksilarna regija, prsti na rukama i nogama, itd.)[10].

Važna je higijena usne šupljine jer je zbog uvođenja tubusa moguće izazvati infekciju donjih dišnih putova. Potrebno je poskidati sve dodatke (leće, umjetno zubalo, nakit, šminku, itd.). Provjeru treba iskoristiti za razgovor s pacijentom kao dio psihičke pripreme. Pacijentu je potrebno obući odjeću za operacijski zahvat a ona se koristi radi sprječavanja bolničkih infekcija. Elastične čarape ili elastični zavoj stavljaju se kao prevencija nastanka tromboze [10].

Duboka venska tromboza je stanje u kojem dolazi do nastanka ugruška (tromba) u veni. Opasnost kod nastanka tromba je da se cijeli tromb, ili njegov dio odlomi uđe u krvnu struju i dospije u plućnu arteriju te zaustavi daljnji protok krvi. Takav odlomljeni tromb koji se nalazi u krvnoj struji se zove embolus. Uzroci nastanka duboke venske tromboze su različiti, od povrede unutarnje venske ovojnice, povećane sklonosti zgrušavanja krvi do usporenog toka krvi u venama uslijed slabe pokretljivosti i mirovanja. Prilikom stezanja i otpuštanja, mišić pokreće krv prema srcu i sprječava nastanak tromboze, no kod bolesnika koji su bili podvrgnuti operacijama i moraju mirovati, mišići nogu se ne pokreću i tako se povećava rizik od nastanka tromboze. Procjenjuje se da 50% osoba koje boluju od duboke venske tromboze nema nikakvih simptoma, no ukoliko se oni pojave, javljaju se u obliku boli, osjetljivosti na dodir, otekline područja koje je zahvatilo te topline [10].

Kod dijagnosticiranja duboke venske tromboze koristi se ultrazvučna metoda (duplex skeniranje). Prevencija se provodi nošenjem elastičnih čarapa, vježbanjem, antikoagulantnom terapijom te zračnim čarapama. Uloga medicinske sestre kod duboke venske tromboze je edukacija bolesnika (objasniti bolesniku zašto treba nositi elastične čarape ili se puno kretati) [10].

Primjena propisane terapije provodi se do 45 min prije početka operacijskog zahvata, a nakon davanja obavezno je to zabilježiti u premedikacijsku listu (točno vrijeme davanja lijekova i njihov naziv). Nakon dobivene premedikacije, pacijent mora ostati ležati u krevetu zbog mogućnosti pada [10].

Nakon što je obavljena priprema pacijenta, potrebno je pripremiti sve papire (povijest bolesti, nalaze, dokumentaciju, temperaturnu listu, sestrinsku dokumentaciju te provjeriti da li smo sve zapisali i ispunili. Laboratorijske pretrage koje se obavljaju rutinski su sedimentacija eritrocita, KKS, glukoza u krvi, transaminaze, kreatinin, elektroliti u krvi, urin, protrombinsko vrijeme, vrijeme krvarenja i vrijeme zgrušavanja, krvnu grupu, Rh faktor te interreakciju [7].

Tijekom primopredaje pacijenta u operacijsku salu, sa njime se mora dati i svu dokumentaciju te se pobrinuti da pacijent bude svjestan primopredaje i da zna što ga očekuje.

6. Poslijeoperacijska zdravstvena njega pacijenta s operacijom ingvinalne hernije

Poslijeoperacijska zdravstvena njega pacijenta nakon operacije ingvinalne hernije usmjerena je na otklanjanje simptoma kao što su bol, povraćanje te prepoznavanje komplikacija poput krvarenja, pneumonije, atelektaza, itd. Medicinske sestre u dogovoru s pacijentom planiraju i provode zdravstvenu njegu i sestrinske intervencije da bi pacijent što prije postigao stanje koje je bilo prije operacijskog zahvata [7].

Ovisno o vrsti anestezije, nekoliko sati nakon operacijskog zahvata pacijent može ustati iz kreveta, a ako su u pitanju mlađi pacijenti koji nemaju komorbiditete puštaju se kući isti dan. Ukoliko je zahvat izveden u općoj anesteziji ne smije jesti i piti prije pojave peristaltike, a ukoliko je operacija izvedena u lokalnoj ili spinalnoj anesteziji pacijent može jesti kada on to želi [7].

6.1. Poslijeoperacijske poteškoće

Nakon svakog operacijskog zahvata moguća je pojava poslijeoperacijskih poteškoća i komplikacija, a svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je upravo ta da ih smanjimo i pacijenta dovedemo u najbolju moguću samostalnost te da može zadovoljiti svoje potrebe. Poslijeoperacijske poteškoće posljedica su djelovanja anestetika i lijekova, prestanka djelovanja anestetika, bolesnikove neaktivnosti, kirurškog zahvata ili promjene u uzimanju tekućine i hrane a mogu biti mučnina, povraćanje, bol, žeđ, štućavica, nadutost te problemi sa stolicom i mokrenjem[7].

Najčešća poslijeoperacijska poteškoća je bol. Prema definiciji Svjetske organizacije za studiju boli, „*bol je neugodno osjetno i emocionalno iskustvo povezano sa akutnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva*“. Iznimno je teško definirati što je bol zbog toga jer se ne može dokazati, no uvijek je jasno da se radi o nečemu neugodnom. Utječe na fiziološko, emocionalno i duhovno funkcioniranje bolesnika te je stoga važno ukloniti ju da se pacijentu olakšaju tegobe. Netretirana bol dovodi do anksioznosti, depresije, nesаницe, poremećaja svakodnevnog funkcioniranja, itd. Zadaci medicinske sestre su da educira pacijenta kako je cilj tretiranja boli prevencija i rano otkrivanje boli da ne bi došlo do jačanja njezina intenziteta, te ukoliko bol postoji, da po preporuci liječnika primijeni propisanu terapiju[12].

Medicinska sestra će promatrati pacijentovo ponašanje, izgled i svijest, mjeriti vitalne znakove (krvni tlak, puls, disanje), promatrati količinu, vrstu i boju izlučevina, provjeravati

drenažu i drenirani sadržaj, zavoj te sve to zapisivati i voditi evidenciju u sestrinske liste. Redovno vođenje evidencije omogućuje medicinskim sestrama lakše pratiti stanje pacijenta. U poslijeoperacijske komplikacije spadaju šok, krvarenja, infekcije operacijske rane, duboka venska tromboza, tromboflebitis, gastrointestinalne komplikacije, respiratorne komplikacije, dekubitusi, itd [10].

Najčešća poslijeoperacijska komplikacija jest krvarenje koje se može javiti odmah nakon operacije (primarno krvarenje), nekoliko sati nakon operacije (krvarenje kao posljedica vraćanja normalnih vrijednosti tlaka) te kao posljedica infekcije operacijske rane (sekundarno krvarenje). Zadaci medicinske sestre kod krvarenja su da prepozna na vrijeme, obavijesti liječnika te spriječiti jačanje ove komplikacije. Kontrola krvarenja se provodi redovnom kontrolom vrijednosti krvnog tlaka, pulsa, disanja, promatranjem drenažnog sadržaja, kontrolom šavova, itd [13, 14].

6.2. Sestrinske intervencije u zbrinjavanju pacijenta s operacijom ingvinalne hernije

Medicinske sestre će nakon što se pacijent vrati na odjel pratiti njegov vanjski izgled, njegovo ponašanje i mjeriti vitalne funkcije (RR, disanje i puls svakih 15 minuta kroz prva tri sata, a nakon toga svakih 30 min kroz 24 sata). Kontrolirati drenažu operacijskog polja te bilježiti količinu i izgled sadržaja, kontrolirati zavoje te bolesnika staviti u Fowlerov položaj. Pomoći pacijentu prilikom provođenja osobe higijene, regulirati stolicu te mu osigurati adekvatnu prehranu. Poticati pacijenta da provodi vježbe dubokog disanja i iskašljavanja te obavezno objasniti da stavi dlanove na ranu prilikom provođenja tih vježbi. Osigurati pacijentu trapez da bi što prije i lakše ustao iz kreveta i mijenjao položaje. Redovno i na propisani način davati terapiju te redovno previjati kiruršku ranu, poštivati sva pravila asepse kako bi spriječili pojavu infekcija [9].

6.3. Previjanje operacijske rane

Svaka rana je prekid kože ili sluznice izazvan traumom ili kirurškim rezom. Prilikom cijeljenja rane, postoji cijeljenje per primam i per secundam. Per primam je cijeljenje rane bez znakova infekcija te takva rana zacijeli u roku od 7 do 10 dana. Kod takvog cijeljenja rane nema prisutne povišene tjelesne temperature, boli i crvenila, a rubovi rane su približeni šavovima i nema iscjetka. Kada govorimo o cijeljenju rane per secundam, govorimo o bolnoj rani crvenih

rubova iz koje izlazi iscjedak zbog prisutnosti infekcije te pacijent ima povišenu tjelesnu temperaturu.

Kod operacijske rane koja cijeli per secundam, zadaci medicinske sestre su svakodnevno previjanje, uzimanje brisa za aerobne i anaerobne bakterije te antibiogram. Prilikom previjanja, pomoću hidrogena medicinska sestra skida nekrotično tkivo, a ranu ispiru fiziološkom otopinom te na to stavlja Betadinski tupfer i sterilno zamota. Ukoliko liječnik odluči previjati kiruršku ranu, zadatak medicinske sestre je da pripremi bolesnika (osigura privatnost, psihički i fizički pripremi bolesnika, pripremi sav potreban materijal i instrumente za previjanje rane) te asistira liječniku[9].

Prilikom previjanja, provjerimo kakvo je stanje sa kuglom od vate koja je stavljena ispod testisa da bi se spriječio edem. Također, muški bolesnici moraju nositi uže donje rublje zbog smanjivanja trenja i iritacije.

6.4. Prehrana pacijenta i fizička aktivnost

Nakon operacije pacijent je na tekućoj dijeti, drugi dan na kašastoj, a nakon toga prelazi na običnu dijetu. Potrebno je pacijentima naglasiti da uzimaju dovoljno tekućine i hranu bogatu vlaknima kako bi spriječili zatvor. Ukoliko dođe do opstipacije potrebno je obavijestiti liječnika. Prehranu je potrebno obogatiti vlaknima, kompotima od voća, kuhanim povrćem te dovoljno tekućine [11].

Kod provođenja osobne higijene, potrebno je posavjetovati se sa liječnikom jer tuširanje ovisi o veličini reza te načinu na koji je pacijent operiran. Što se tiče dizanja teških tereta, pacijent bi ipak trebao pričekati 4 do 6 tjedana zbog mogućnosti recidiva bolesti, stoga je preporuka da se u početku dižu lagani tereti. Kada smo kod dizanja tereta, pacijent nakon operacije ingvinalne hernija mora koristiti mišiće leđa te koljena, a ne više trbušne mišiće. Ukoliko pacijent ima fizički zahtjevan posao, preporučljivo je da ga ne radi u punom obimu radi naprezanja trbuha već da krene sa laganim šetnjama kako bi cirkulacija i cijeljenje rane bili bolji.

Kod sportaša, važno je objasniti da nekoliko tjedana neće moći vježbati u onoj mjeri na koju su možda navikli već da će morati krenuti polako, sve ovisno o vrsti operacijskog zahvata koji je primijenjen. U seksualnom životu i aktivnostima također je važno posavjetovati se sa liječnikom, koji će pacijentu reći kada će se moći vratiti normalnim dnevnim rutinama na koje je navikao [15].

Svrha zdravstvenog odgoja je da cjelokupni zdravstveni tim, a najviše medicinske sestre jer one provode najviše vremena uz pacijente, educiraju pacijenta i njegovu obitelj kako se poslije operacije pridržavati uputa čija svrha je što brži i bolji oporavak od operacijskog zahvata[15].

6.5. Sestrinske dijagnoze kod pacijenta nakon operacije ingvinalne hernije

Pojam sestrinska dijagnoza je naziv za probleme koje medicinske sestre samostalno prepoznaju i tretiraju. To su aktualni ili potencijalni problemi koje je medicinska sestra s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobna samostalno tretirati. Prilikom postavljanja dijagnoze, potrebno je postaviti cilj, objasniti i navesti intervencije koje je potrebno provesti te na kraju napisati evaluaciju da se vidi da li je cilj postignut ili ne [4].

6.5.1. Visok rizik za infekciju u/s operacijskom ranom

Cilj:

1. Pacijent će znati nabrojati simptome i znakove infekcije.
2. Tijekom hospitalizacije pacijent neće imati znakove infekcije.

Intervencije:

1. Mjerenje vitalnih znakova.
2. Praćenje pojave simptoma i znakova infekcije.
3. Pacijenta educirati o simptomima i znakovima infekcije, prilagoditi edukaciju godinama i mogućnosti razumijevanja
4. Dati pacijentu pisane materijale i pisane oblike vezane uz infekciju.
5. Ohrabriti pacijenta da postavlja pitanja.
6. Primjena antibiotske profilakse/terapije prema odredbi liječnika
7. Pridržavati se protokola propisanih od strane bolnice: higijensko pranje ruku, higijensko utrljavanje dezinficijensa u ruku, pravilno previjanje kirurške rane, nošenje zaštitnog mantila, maske, kape i rukavica, pravilno odlagati i sortirati otpad.

Evaluacija: Ciljevi su postignuti, pacijent zna nabrojati simptome i znakove infekcije te tijekom hospitalizacije nije došlo do pojave infekcije.

6.5.2. Bol u/s operacijskim zahvatom što se očituje procjenom na skali 1-10 sa 8

Cilj:

1. Pacijent će nakon intervencija ocijeniti bol manjom nego prije.

Intervencije:

1. Potrebno je uspostaviti povjerenje između pacijenta i medicinske sestre.
2. Objasniti pacijentu da nas obavijesti u slučaju svake pojave boli.
3. Ukloniti čimbenike koji uzrokuju bol.
5. Objasniti pacijentu kako postupiti prilikom kašlja, potrebno je staviti dlan na ranu.
6. Primijeniti ordinirani analgetik.
7. Nakon 30 minuta ponovo procijeniti bol na skali 1-10.

Evaluacija: Cilj je postignut tijekom hospitalizacije, pacijent više ne osjeća jaku bol, a nakon 30 minuta procjenjuje bol na skali od 1-10 sa 2 boda.

7. Istraživački dio rada

7.1. Cilj istraživanja

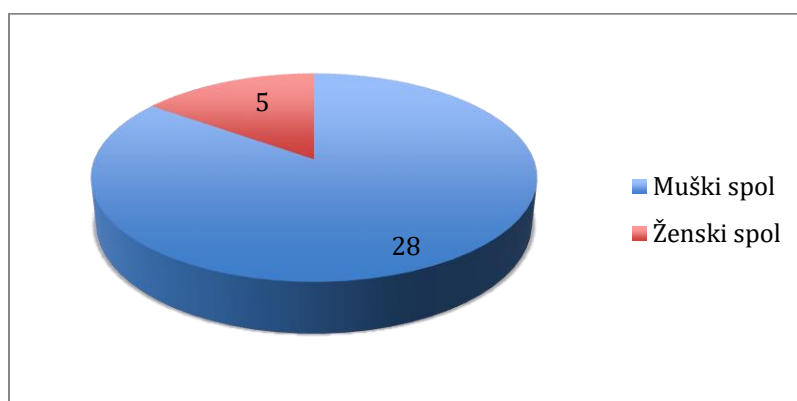
Cilj istraživanja bio je dokazati da je češća pojava ingvinalne hernije kod osoba muškoga spola nego kod osoba ženskoga spola. Istraživanje je provedeno potpuno anonimno i iz priloženih podataka koji su dobiveni na odjelu abdominalne kirurgije u Općoj bolnici Varaždin uz zaštitu identiteta osoba čiji su podaci iz dokumentacije.

7.2. Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici Varaždin uz odobrenje Etičkog povjerenstva (Broj: 02/1-91/93-2019) temeljem *Zamolbe za provođenje istraživanja u sklopu završnoga rada*. Podaci koji su se koristili u anonimnom istraživanju su dob, godinu rođenja, spol, vrstu operacije, radno mjesto te visinu i težinu pacijenata koji su bili na operaciji ingvinalne hernije. Istraživanje je provedeno 28.09.2019. godine na odjelu abdominalne kirurgije II u Općoj bolnici Varaždin.

8. Analiza rezultata istraživanja

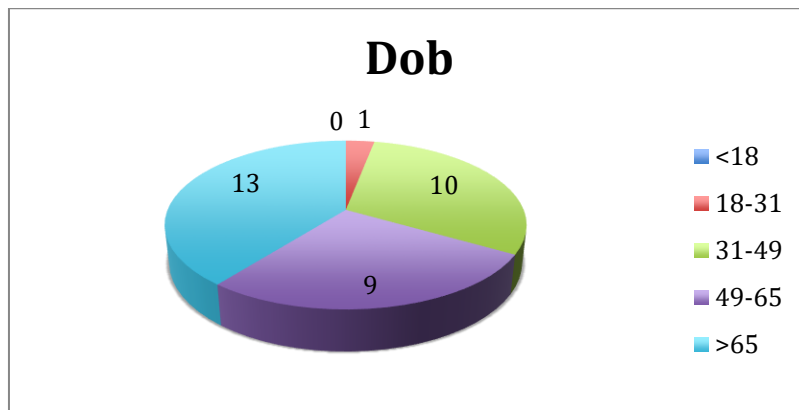
Rezultati istraživanja pokazali su da je točna hipoteza postavljena prije provođenja istraživanja. Većina osoba koje su pristupile operaciji ingvinalne hernije bile su muškoga spola te su obavljale fizičke poslove ili se intenzivno bavile sportskim aktivnostima. U razdoblju od 01. siječnja 2019. godine do datuma provođenja istraživanja, operaciji ingvinalne hernije pristupile su ukupno 33 osobe, od čega je 28 osoba muškoga spola i 5 osoba ženskoga spola.



Graf 7.1. Podjela ispitanika prema spolu

Izvor: [Autor: A.G.]

Najviše operiranih osoba spada u dobnu skupinu starijih od 65 godina, njih 13 (39,40%), slijede ih osobe dobne skupine od 31 do 49 godina, njih 10 (30,30%), zatim osobe dobne skupine od 49 do 65 godina, njih 9 (27,27%), dok jedna osoba spada u dobnu skupinu od 18 do 31 godine (3,03%) a osoba mlađih od 18 godina nije bilo.



Graf 7.2. Podjela osoba prema dobnoj skupini

Izvor: [Autor: A.G.]

Prema vrsti operacijskih zahvata kojima su pristupile osobe oboljele od ingvinalne hernije, 28 osoba (84,85%) bilo je podvrgnuto klasičnoj metodi operacije, dok je 5 osoba (15,15%) bilo podvrgnuto laparoskopskoj operaciji, odnosno TEP metodi (*totally extraperitoneal repair*).



Graf 7.3. Vrsta operacijskog zahvata

Izvor: [Autor: A.G.]

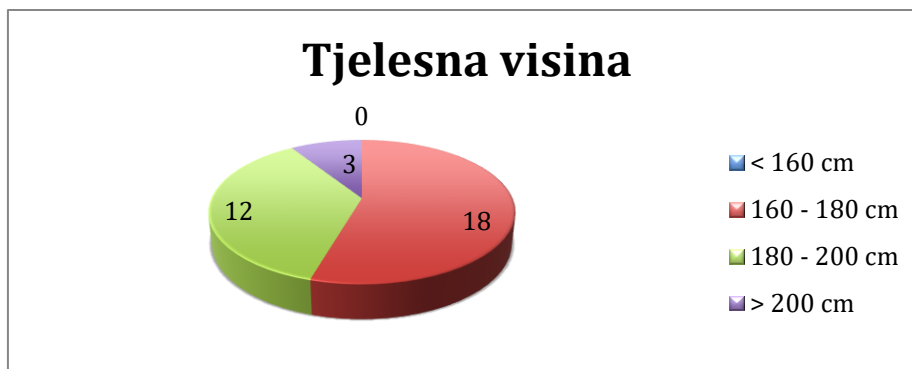
Ovisno o radnome mjestu, najviše sudionika nije više u radnom odnosu, njih 14 (42,42%), zatim slijede osobe koje prilikom svojega radnoga vremena obavljaju poslove dizanja težih tereta, njih 11 (33,33%) dok najmanje osoba svakodnevno vježba u okviru radnog vremena, njih 8 (24,25%). Iz ovih rezultata, možemo vidjeti da je najviše osoba podvrgnutih operacijskim zahvatima zbog ingvinalne hernije u mirovini pa je za pretpostaviti da su im mišići oslabili tokom godina, a slijede ih osobe koje obavljaju teže fizičke poslove.



Graf 7.4. Radno mjesto osoba podvrgnutih operacijskom zahvatu

Izvor: [Autor: A.G.]

Prema tjelesnoj visini osoba podvrgnutih operacijskom zahvatu ingvinalne hernije, najviše je osoba u rasponu od 160 do 180 centimetara, njih 18 (54,55%), zatim ih slijede osobe visine od 180 do 200 centimetara, njih 12 (36,36%), najmanje osoba je visine iznad 200 centimetara, njih 3 (9,09%) dok osoba ispod 160 centimetara visine nije bilo.



Graf 7.5. Tjelesna visina osoba podvrgnutih operacijskom zahvatu

Izvor: [Autor: A.G.]

Prema tjelesnoj težini osoba podvrgnutih operacijskom zahvatu ingvinalne hernije, najviše osoba je u rasponu od 80 do 100 kilograma, njih 25 (75,76%), zatim slijede osobe u rasponu od 60 do 80 kilograma, njih 4 (12,12%), nakon njih slijede 3 osobe (9,09%) u rasponu od 100 do 120 kilograma dok je 1 osoba (3,03%) u rasponu iznad 120 kilograma.

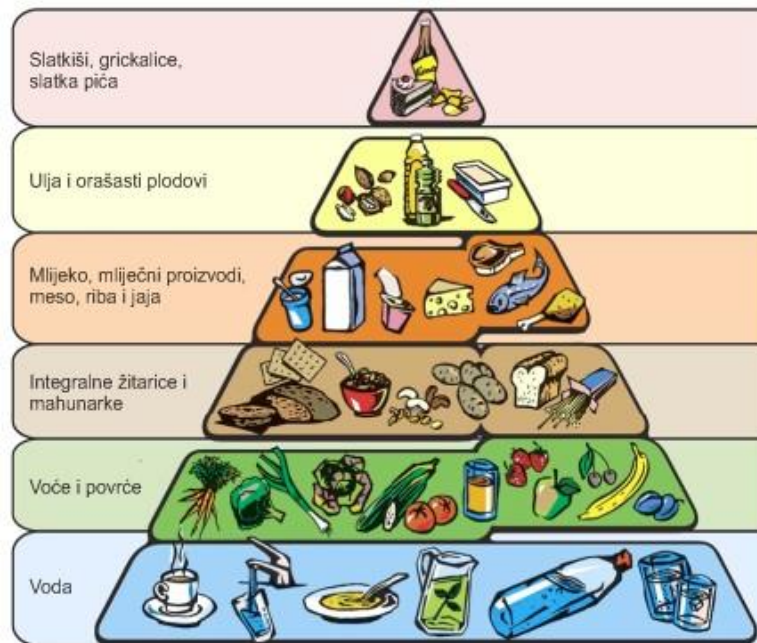


Graf 7.6. Tjelesna težina osoba podvrgnutih operacijskom zahvatu

Izvor: [Autor: A.G.]

8.1. Zdravstveni odgoj zajednice o prevenciji hernija kroz edukaciju koju provode medicinske sestre

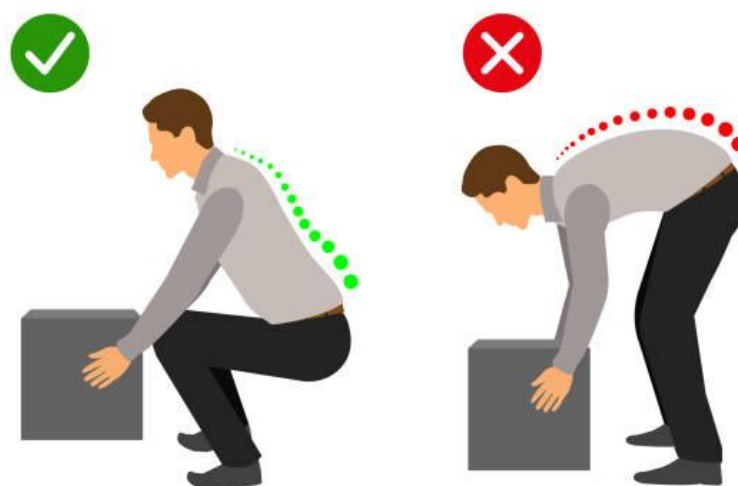
Medicinska sestra provodi i prevenciju pojave bolesti te edukaciju pučanstva, i ima vrlo važnu ulogu u sprječavanju pojavnosti ingvinalne hernije. Edukacija pučanstva je usmjerena prema pravilnoj prehrani putem letaka, radionica, grupnih sastanaka te individualnih razgovora i kontakata s građanima. Ujedno educira populaciju o rizičnim čimbenicima za nastanak hernije; o pretilosti koja dovodi do slabljenja trbušne stijenke. Upravo odlascima u kuće, posebice patronažna medicinska sestra može vidjeti kakve su navike pučanstva te na taj način upozoriti na moguće probleme, provesti mjerenja te educirati o važnosti redovitog kretanja i fizičke aktivnosti. Kod pravilne prehrane (slika 7.1.1.), tijekom edukacija osoba potrebno je koristiti piramidu pravilne prehrane u kojoj su prikazane sve namirnice te koliko zastupljenost pojedinih namirnica mora biti u jelu [16].



Slika 7.1.1. Piramida pravilne prehrane

Izvor: https://www.belisce.hr/wp-content/uploads/2017/04/Piramida_prehrane.jpg

Također, medicinska sestra kroz edukacije pučanstva, mora navesti važnost pravilnog dizanja tereta: smanjiti uvijanje tijela, pognuto držanje i dosezanje predmeta, procijeniti težinu, potražiti pomoć ukoliko je predmet težak, koristiti sredstva rada, itd. Pravilnim dizanjem tereta (slika 7.1.2.), smanjuje se porast intraabdominalnog tlaka te samim time i pojava ingvinalne hernije. Naravno, nije to slučaj u svim poslovima, no oni koji zahtijevaju fizičko dizanje tereta, preporuke su da se tereti dižu i prenose uz pomagala [17].



Slika 7.1.2. Pravilno dizanje tereta

Izvor: <https://www.istockphoto.com/illustrations/lifting-heavy-object?sort=mostpopular&mediatype=illustration&phrase=lifting%20heavy%20object>

9. Zaključak

Ingvinalna hernija jest izbočenje trbušnog sadržaja pod kožu koje se pojavljuje u prirođeni ili stečeni otvor, a sve zbog slabosti trbušne stijenke uzrokovano slabosti strukture same trbušne stijenke, naglog povećanja intraabdominalnog tlaka, itd. Može se zaključiti, da ingvinalna hernija spada u jedna od najčešćih oboljenja i jedna je od najčešćih operacijskih zahvata jer čini 50% svih hernija. Intervencije medicinske sestre, kao najbrojnijeg člana zdravstvenog tima je da ljubazno i srdačno dočeka pacijenta, svojim znanjem pruži najbolju fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu podršku za kirurški zahvat. Prilikom prijema na odjel, neizmjereno je važno uspostaviti odnos suradnje i povjerenja, da bi pacijent što lakše prošao kroz proces prijeoperacijske pripreme, operacije te poslijeoperacijske zdravstvene njege i edukacije. Uz dobru komunikaciju, i pravilnu psihološku i fizičku pripremu, pacijent na operaciju odlazi spremniji, lakše podnosi sam kirurški zahvat, njegov oporavak je znatno brži i smanjuje se rizik od poslijeoperacijskih komplikacija. U poslijeoperacijskom tijeku medicinska sestra/tehničar mora sustavno, cjelovito i stalno pratiti stanje pacijenta kako bi na vrijeme prepoznala eventualne poslijeoperacijske komplikacije i poteškoće te o tome obavijestila liječnika. Ukoliko se, unatoč svim mjerama prevencije, ipak pojavi neka od poslijeoperacijskih komplikacija, potrebno je uz razgovor objasniti pacijentu kako su nastale, koliko će trajati i kako ih liječiti da se smanji tjeskoba i strah koji su prisutni u tom trenutku. Prije samoga otpusta kući, pacijenta treba educirati o mjerama prevencije i kako se treba ponašati da ne bi došlo do pojave komplikacija i recidiva bolesti. Rezultat istraživanja proveden u Općoj bolnici Varaždin potvrdio je hipotezu u kojoj je navedeno da je operacijskom zahvatu ingvinalne hernije podvrgnuto više osoba muškog spola od ženskog spola.

U Varaždinu, 08. studenog 2019.

Potpis: _____

10. Literatura

- [1] <https://www.medicalnewstoday.com/articles/142334.php>, dostupno 25.08.2019.
- [2] I. Prpić i suradnici: Kirurgija za medicinare, Školska knjiga, Zagreb, 2015.
- [3] <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16835/Zatvor-ili-opstipacija.html>, dostupno 09.10.2019.
- [4] http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 09.10.2019.
- [5] <http://www.poliklinika-medicus2000.com/hernia.html>, dostupno 24.08.2019.
- [6] Evangelos P. et all, Current Trend sin Laparoscopic Ventral Hernia Repair, 2015. Jul-Sep; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524825/>, dostupno 25.08.2019.
- [7] C. Townsend, R.D. Beauchamp, B.M. Evers, K. Mattox: Sabiston textbook of surgery, The biological basis of modern surgical practice, 19th edition, Philadelphia, PA, Elsevier Saunders, 2012.
- [8] <https://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Preoperative-Care.html>, dostupno 23.08.2019.
- [9] I. Kovačević: Uvod u kirurgiju sa zdravstvenom njegom kirurških bolesnika, nastavni tekstovi, Zagreb, 2003.
- [10] S. Kalauz: Zdravstvena njega kirurških bolesnika s odabranim specijalnim poglavljima, Zagreb, 2009.
- [11] <https://www.medtronic.com/us-en/patients/treatments-therapies/hernia-surgery/about-recovery.html>, dostupno 27.08.2019.
- [12] M. Jurakić, V. Majerić-Kogler, M. Fingler: Bol – uzroci i liječenje: Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [13] A. Bačić i suradnici: Anesteziologija, intenzivno liječenje i reanimatologija: Split, Chrono d.o.o., kolovoz 2003.
- [14] V. Matić: Postoperativne komplikacije: Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2016.
- [15] D. Medanić, J. Pucarín-Cvetković: Pretilost – javnozdravstveni problem i izazov: Acta Medica Croatica, 2013; 66(5): 347-354 str.
- [16] <https://www.zastita.eu/strucni-clanci/rucno-rukovanje-i-prijenos-tereta-128>, dostupno 27.09.2019.

- [17] A. Bačić i suradnici: Anesteziologija, intenzivno liječenje i reanimatologija: Split, Chrono d.o.o., kolovoz 2003.
- [18] [19] D. Medanić, J. Pucarín-Cvetković: Pretilost – javnozdravstveni problem i izazov: Acta Medica Croatica, 2013; 66(5): 347-354 str.
- [19] <https://www.zastita.eu/strucni-clanci/rucno-rukovanje-i-prijenos-tereta-128>, dostupno 27.09.2019.
- [20] <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16835/Zatvor-ili-opstipacija.html>, dostupno 09.10.2019.
- [21] <https://moodle.vz.unin.hr/moodle/mod/resource/view.php?id=31110>, dostupno 24.08.2019.

Popis slika

Slika 2.3.1. Direktna i indirektna ingvinalna hernija, Izvor: <https://zdravlje.eu/2010/02/12/kila-herni/>, (dostupno 29.08.2019.)

Slika 3.2.1. Mjesta incizija za laparoskopsku operaciju, Izvor: <https://alvarogarciamd.com/hernia/hernia-repair/inguinal/>,(dostupno 30.08.2019.)

Slika 3.3.1. Prikaz Lichtensteinove metode, Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/1534281-technique>, (dostupno 03.09.2019.)

Slika 7.1.1. Piramida pravilne prehrane, Izvor: https://www.belisce.hr/wp-content/uploads/2017/04/Piramida_prehrane.jpg

Slika 7.1.2. Pravilno dizanje tereta, Izvor: <https://www.istockphoto.com/illustrations/lifting-heavy-object?sort=mostpopular&mediatype=illustration&phrase=lifting%20heavy%20object>

Sveučilište Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, Antonio Gužvinec, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor završnog rada pod naslovom *Specifičnosti sestrinske skrbi kod ingvinalne hernije* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

Antonio Gužvinec

(vlastoručni potpis)

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

Ja, Antonio Gužvinec, neopozivo izjavljujem da sam suglasan s javnom objavom završnog rada pod naslovom *Specifičnosti sestrinske skrbi kod ingvinalne hernije* čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

BOLNICA VARAŽDIN

Etičko povjerenstvo

Broj:02/1-91/93-2019.

Varaždin, 4. srpnja 2019.

Na temelju odredaba članka 3. i 5. Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin, Etičko povjerenstvo na 93. sjednici održanoj 4. srpnja 2019. godine donijelo je

ODLUKU

I. „Donosi se odluka o davanju suglasnosti na provođenje anonimnog istraživanja pod nazivom „Specifičnost sestrinske skrbi kod ingvinalne hernije“ koje bi u Općoj bolnici Varaždin u Odjelu za abdominalnu kirurgiju Službe za kirurške bolesti provodio Antonio Gužvinec u svrhu izrade završnog rada na stručnom studiju sestrinstva Sveučilište Sjever u Varaždinu korištenjem podataka o pacijentima (godina rođenja, spol, vrsta operacije, radno mjesto, tjelesna težina i visina bolesnika, datum operacije osoba koje su bile podvrgnute operativnom zahvatom zahvatima ingvinalne hernije u Općoj bolnici Varaždin u vremenu od siječnja 2018. godine do danas).

Istraživanje se može provoditi uz uvjete da je ispitanik o ispitivanju informiran, da postoji slobodna odluka o sudjelovanju u istraživanju te potpisani pristanak i da je ispitivanje potpuno anonimno.“

II. Od punog sastava Etičkog povjerenstva

1. *Krunoslav Koščak, dr.med.*
2. *Alen Pajtak, dr.med.*
3. *Sandra Kocijan, dr.med.*
4. *Vilim Kolarić, dr.med.*
5. *Ksenija Kukec, dipl.med.sestra*
6. *Marina Kereša, prof. psihologije*
7. *Alan Pretković, dipl. iur.*

sjednici su bili nazočni:

1. *Krunoslav Koščak, dr. med.*
2. *Tatjana Jurkin Vnućec, dr.med.*
3. *Vilim Kolarić, dr.med.*
4. *Ksenija Kukec, dipl. med. sestra*

Etičko povjerenstvo jednoglasno je donijelo ovu odluku.

PREDSJEDNIK ETIČKOG POVJERENSTVA
Krunoslav Koščak, dr. med.