Sestrinska skrb za pacijenta kod operacije hemoroida

Čus, Mateja

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:873129

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1020/SS/2018

Sestrinska skrb za pacijenta kod operacije hemoroida

Mateja Čus, 1031/336

Varaždin, rujan 2018. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1020/SS/2018

Sestrinska skrb za pacijenta kod operacije hemoroida

Student

Mateja Čus, 1031/336

Mentor

dr. sc.Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2018. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

PRISTUPNIK: Mateja Čus | MATIČNI BROJ: 1031/336

DATUM: 08.08.2018. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega odraslih II

NASLOV RADA: Sestrinska skrb za pacijenta kod operacije hemoroida

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Nursing care for patients with hemorrhoids surgery

MENTOR: dr.sc. Marijana Neuberg | ZVANJE: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Marin Šubarić, predsjednik
2. dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
3. Vesna Sertić, dipl.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1020/SS/2018

OPIS:

Hemeroide ima više od 50% ljudi i to najčešće iznad 50-te godine života.Teškoće nastaju kad hemoroidalni pleksus natekne zbog povečanog tlaka. Hemoroidi su zapravo rastegnute i otečene krvne žile (koje su i inače prisutne), a nastaju kao posljedica povečanog tlaka i širenja vena u okolno tkivo.Tlak u hemoroidalnom pleksusu posljedica je prekomjernog napinjanja prilikom pražnjena crijeva, trudnoće, nekih jetrenih bolesti, uporaba laksativa ili starenje, te se znatno češće javlja kod žena.
Ovisno o tome da li su nastali iz gornjeg (unutarnjeg) ili donjeg (vanjskog) hemoroidalnog spleta ili pleksusa hemoroidi se dijele na vanjske i unutarnje. Također mogu se podijeliti i na nekoliko stupnjeva.
Što se tiče prijeoperativne pripreme, zdravstvena njega pacijenta usmjerena je na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti. Otklanjaju se ili smanjuju tjelesni simptomi, priprema se probavni sustav, te se pacijenta educira o mogućim komplikacijama, te kako ih prepoznati. Poslijeoperacijska zdravstvena njega usmjerena je na otklanjanje tjelesnih simptoma kao što je mučnina, bol i povraćanje, te prepoznavanje i sprječavanje mogućih komplikacija i sprječavanje infekcija.
Neke od intervencija medicinske sestre su: određeni i odgovarajući položaj pacijenta, promatranje i mjerenje vitalnih funkcija, kontrola drenaže, diureze i zavoja. Također, potrebno je pratiti i regulirati stolicu, provoditi osobnu higijenu, higijenu usne šupljine, te higijenu anogenitalne regije, te osigurati pravilnu prehranu, dovoljnu nadoknadu tekućine i elektrolita, te primjenu pravilne i ordinirane terapije.

Cilj završnog rada je opisati što su hemoroidi, kako i zbog čega nastaju, koja im je klinička slika, dijagnoza, te koje je liječenje. Opisati i objasniti koje su intervencije medicinske sestre kod pacijenta sa hemoroidima, te koji su postupci prije i nakon operacije. Naglasiti će se specifična priprema pacijenta, te ono što je i najbitnije, edukacija pacijenta i obitelji.

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

ZADATAK URUČEN: 3.9.2018. | POTPIS MENTORA

Predgovor

Poštovanoj mentorici Marijani Neuberg dr.sc. veliko hvala na mentorstvu.
Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima koji su mi prenijeli mnogo znanja i bili uvijek dostupni za konzultacije.

Ovaj rad posvećujem svojoj obitelji i zahvaljujem im na podršci i razumijevanju. Zahvaljujem se svim kolegama i kolegicama, a najviše Marijani, Valentini i Heleni koje su uvijek bile uz mene, te mi bile velika pomoć i stalna podrška svih ovih godina studiranja.

Sažetak

Hemoroidi su neugodna tegoba od koje pati veliki broj ljudi, ali malo tko o tome priča. Zbog njihove prirode, postali su tabu tema o kojoj govorimo tek kada problem postane zabrinjavajući. Javljaju se gotovo kod svih ljudi, barem prolazno. Uvelike ovise o načinu života i prehrani, genetici, kao i općenitom stanju organizma. Pojava hemoroida može biti bolna, ali najčešće nije. Obično se radi o laganoj i prolaznoj pojavi. Tkivo u debelom crijevu protkano je krvnim žilama koje sudjeluju u stimuliranju crijeva i pokretima važnim za obavljanje stolice. Svaki jači pritisak na taj dio može uzrokovati promjene u krvnim žilama, prije svega nastanku hemoroida. Mehanizam nastanka hemoroidalne bolesti povezuje se s insuficijencijom (oslabljenom funkcijom) ventilnog mehanizma unutar arterijo-venskog šanta. Venski dio šanta ne može krv u potpunosti otpremiti dalje u venski dio krvotoka, te dolazi do povećanja čvora. S vremenom elastično-potporno i mišićno tkivo tako povećanog hemoroidalnog čvora slabi te se on postupno spušta prema vanjskom otvoru anusa. Liječenje hemoroida može se podijeliti u tri skupine, a to su konzervativno liječenje, nekirurško, te kirurško. Skrb za pacijenta od strane medicinske sestre je od trenutka prijema pacijenta na odjel gdje započinje razgovor sa pacijentom i prikupljanjem potrebnih podataka. Medicinska sestra prikuplja opće podatke, uzima anamnezu, pregledava pacijenta, mjeri vitalne funkcije, postavlja sestrinske dijagnoze, te radi plan i program zdravstvene njege. Kod izvođenja intervencija medicinska sestra treba obraćati pažnju i na male stvari koje bi pacijentu puno značile, kao npr. stisak ruke, ohrabrujući pogled ili neka lijepa riječ.

Ključne riječi: hemoroidi, simptomi, liječenje, intervencije medicinske sestre, prijeoperativna skrb, poslijeoperativna skrb, poteškoće, komplikacije..

Summary

Hemorrhoids are unpleasant appearance from which a great number of people are affectes, but it is uncomfortable for them to talk about it. Due their nature, they become a taboo topic of which we talk about only when it become worrying. Most people have them, at least transient. They heavily depend on the way of life, nutrition and genetics, as well as the general state oft he organism.Their apperance may be painful, but most of it is not. It is usually a passing phenomenon. The tissue in the colon is flush with blood vessels that participate in he stimulation of intestines and digestive tracts. Any stronger pressure on this par may xause change sin blood vessels, pramarily the formation of hemorrhoids. Mechanism of disease associates with a weakened function of the valve mechanism whithin the arterial-venous shunt. Venous part can not send blood on venous part of bloodstream, and this is why the node increases. Over time, the tissue weakens and the nod is lowered towards the outer part oft he anus. Treatment of hemorrhoids id divided into three groups: 1. conservative 2. non-surgical 3. surgical. A care for the patient from nurse's side is from the moment of acceptance to the department where start the conversation with the patient and collecting some helpful informations. A nurse collects general inormations, take the anamnesis, inspect the patient, measures vital functions of the patient, diagnoze it and make the plan and program of the health care. By the intervention a nurse must refer the atention for some small things which can help the patient, for exapmle handgrip, encouraging look or some nice conversation.

Keywords: hemorrhoids, symptoms, treatment, nursing interventions, preoperative care, postoperative care, difficulties, complications…

Popis korištenih kratica

KKS	Kompletna krvna slika
EKG	Elektrokardiogram
RTG	Rendgenski snimak
cm	Centimetar
IASP	International Association for the Study of Pain Svjetsko udruženje za bol
VAS	Vizualno analogna skala
mL	Mililitar
i.v.	Intravenozno

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Anatomija i fiziologija probavnog sustava 3
2.1 Dijelovi probavnog sustava 3
2.1.1 Usna šupljina 3
2.1.2 Ždrijelo 3
2.1.3 Jednjak 3
2.1.4 Želudac 4
2.1.5 Tanko crijevo 4
2.1.6 Debelo crijevo 4
2.1.7 Podjela debelog crijeva 5
3. Patogeneza hemoroida 7
3.1 Vrste hemoroida 7
3.1.1 Unutarnji hemoroidi 7
3.1.2 Vanjski hemoroidi 7
3.1.3 Intermedijarni hemoroidi 8
3.2 Stupnjevi hemoroida 8
3.3 Uzroci nastanka 9
3.4 Simptomi 10
3.5 Preventivne mjere 10
3.6 Liječenje hemoroida 11
3.6.1 Konzervativno liječenje 11
3.6.2 Nekirurško liječenje 11
3.6.3 Kirurško liječenje 12
4. Sestrinska skrb za pacijenta s hemoroidima 13
4.1 Prijam bolesnika na kirurški odjel 13
4.2 Psihološka priprema pacijenta 13
4.3 Fizička priprema pacijenta 13
4.3.1 Prehrana 13
4.3.2 Edukacija pacijenta 14
4.4 Priprema pacijenta dan prije operacije 15
4.5 Priprema pacijenta na dan operacije 17
4.6 Priprema operativnog polja 19

4.7 Poslijeoperacijska zdravstvena njega 19
4.8 Poslijeoperacijske poteškoće 21
4.8.1 Bol 21
4.8.2 Mučnina i povraćanje 22
4.8.3 Žeđa 23
4.8.4 Štucavica 23
4.8.5 Poteškoće s nadutosti (meteorizam) 23
4.8.6 Poteškoće s mokrenjem 24
4.9 Poslijeoperacijske komplikacije 24
4.10 Zadaće sestre u postupcima sa kirurškom ranom 24
4.11 Postupci kod previjanja 25
4.12 Smjernice za kućnu skrb 26
5. Sestrinske dijagnoze i intervencije 27
5.1 Strah u/s ishoda bolesti što se očituje izjavom pacijenta „Bojim se kako će teći oporavak“ 27
5.2 Anksioznost u/s odvojenošću od obitelji 27
5.3 Visok rizik za infekciju u/s operativne rane 29
6. Zaključak 30
7. Literatura 31
Popis slika 33

1. Uvod

Hemoroidi (Noduli haemorrhoidales) su vrlo česta kronična anorektalna stanja koja je definirana kao simptomatsko povećanje i distalno pomicanje normalnih analnih jastuka [1]. Naime, u analom kanalu svakog čovjeka nalaze se tri jastučića koji su smješteni ispod sluznice, te su građene od krvnih žila, elastičnog i vezivnog tikva, te glatke muskulature. Najčešće su smješteni na tri mjesta: lijevo lateralno, desno straga i desno sprijeda. Analni jastučići pomažu u preciznoj kontroli stolice, te je oni pridonose 20 % kod zatvaranja analnog otvora. Kod napinjanja trbuha dolazi do proširenja vena analnih jastučića, te se one pune krvlju i tako dolazi do povećanja jastučića. To onemogućava nekontrolirani izlazak plinova. Osim toga kod obavljanja nužde djelomično se isprazne od krvi, pa se samim time povećava prostor za stolicu i štite stjenku analnog kanala[2].

Teškoće nastaju kad hemoroidalni pleksus natekne zbog povećanog tlaka. Hemoroidi su zapravo rastegnute i otečene krvne žile (koje su i inače prisutne), a nastaju kao posljedica povećanog tlaka i širenja vena u okolno tkivo. Tlak u hemoroidalnom pleksusu posljedica je prekomjernog napinjanja prilikom pražnjenja crijeva , trudnoće ili mnogobrojnih drugih sličnih razloga. Kronični proljevi, prečesta uporaba laksativa, učestalo dizanje teških tereta, neke jetrene bolesti (ciroza), ali i samo starenje, te sjedilački način života mogu također dovesti do nastanka hemoroida. Kao posljedica ovih stanja dolazi do porasta tlaka u hemoroidalnim venama, stjenka vena se rasteže, slabi i izbočuje, pa može doći do pucanja i krvarenja. Krvarenje je obično prvi simptom koji pacijenta odvede k liječniku[3].

Što se tiče same povijesti hemoroida, najstarije svjedočanstvo o anorektalnoj bolesti jedna je staroegipatska ploča, kojom je faraon Mikerinos 2500. g. pr.n.e. svom liječniku dao počasnu titulu zbog uspješna liječenja hemoroida. Hipokrat je 400 g. pr.n.e. u dva spisa opisao liječenje hemoroida. Hipokratova metoda podvezivanja i sklerozacije aktualna je i dan danas, dapače na nešto drugačiji način[4].

U radu će se opisati što su hemoroidi, kako i zbog čega nastaju, koja im je klinička slika, dijagnoza, te koje je liječenje. Također, će se objasniti koje su intervencije medicinske sestre sa hemoroidima, te koji se postupci obavljaju prije, a koje nakon operacije. Što se tiče simptoma kod pacijenata oboljelih od hemoroida najviše se javlja krvarenje, svrbež, pečenje, osjećaj punoće u anusu i bol. Liječenje pacijenata najprije započinje konzervativnim liječenjem koja se sastoji od adekvatnog unosa tekućine i vlakana. Zatim nekirurške metode u koju spada skleroterapija i podvezivanje gumicom, te kirurško liječenje tj. hemoroidektomija.

Smanjenje anksioznosti, straha, zabrinutosti, usvajanje poželjnog ponašanja, smanjenje bakteriološke flore, uklanjanje ili smanjenje tjelesnih simptoma, te prepoznavanje komplikacija

najbitnije su stavke u prijeoperativnoj pripremi. Medicinska sestra pacijenta treba poticati na pitanja, ali je i svakako potrebno i odgovoriti na ta pitanja jer ćemo time smanjiti njegov strah, te mu pomoći u usvajanju poželjnog ponašanja.

Rad je podijeljen u četiri dijela. U prvom dijelu opisana je anatomija probavnog sustava, a u drugom dijelu opisane su vrste hemoroida, uzroci nastanka, simptomi i metode liječenja. Treći dio je usmjeren na zadatke medicinske sestre, a u četvrtom su navedene najčešće sestrinske dijagnoze. Na samom kraju rada napisana je literatura i popis slika.

2. Anatomija i fiziologija probavnog sustava

Cijeli probavni sustav proteže se od usne šupljine pa sve do analnog otvora. Probavni sustav građen je od dviju glavnih sastavnica od čega je jedno probavna cijev, a drugo pridruženi organi. Probavna cijev počinje u ustima gdje hrana ulazi u tijelo, a završava čmarom kroz koji se iz probave izbacuju ostaci probave iz tijela kao stolica. Pridruženi organi su dio probavne cijevi koji su nužni za probavu. Oni svojim djelovanjem usitnjavaju hranu, miješaju hranu sa probavnim sokom te svojim izlučevinama kemijski razgrađuju hranjive tvari na sastavnice. Probavna cijev građena je od usne šupljine, ždrijela, jednjaka, želuca, tankog i debelog crijeva. Organi koji su pridruženi probavnoj cijevi su jetra, žučnjak, žuć i gušterača. Uloge probavnog sustava je da miješa i potiskuje hranu duž probavne cijevi, da obavlja sekreciju tj. izlučuje enzime koji će razgraditi hranjive tvari, zatim da razgradi hranjive tvari u probavnoj cijevi na najjednostavnije dijelove, te da obavlja apsorpciju tj. upija hranljive tvari iz cijevi u krvotok[5,6].

2.1 Dijelovi probavnog sustava

2.1.1 Usna šupljina

Usna šupljina, *cavitas oris* početni je dio probavne cijevi koji ima tri uloge. Ulogu za unos hrane za probavu (ingestija), priprava hrane za probavu (žvakanje i slinom), te sudjeluje u oblikovanju govora. S gornje strane nalazi se nepce, *palatum* od čega razlikujemo tvrdo i meko nepce. S lateralnih strana nalaze se obrazi, *buccae* i sprijeda usne, *labia oris.* U usnoj šupljini nalazi se još jezik i zubi. Jezik, *lingua* je mišićni organ koji je važan za miješanje zalogaja njegovom natopljenom slinom , a sudjeluje i pri gutanju i govoru. Zubi, *dentes* učvršćeni su za donju i gornju čeljust[5,6].

2.1.2 Ždrijelo

Ždrijelo, *pharynx* mišićna je cijev i građena je od skeletnih mišića koji su prosječno dugi oko 15 cm i spajaju nosnu i usnu šupljinu sa grkljanom i jednjakom[5,6].

2.1.3 Jednjak

Jednjak, *oesophagus* cjevasti je mišićni organ koji povezuje ždrijelo i želudac. Prosječna duljina mu je oko 25 cm a smješten je u sredoprsju iza dušnika. Glava ulogu mu je da gura

zalogaj prema želucu. Na mjestu gdje se spaja sa želudcem nalazi se zadebljanje glatkog mišića kojemu je zadaća da onemogući povratak sadržaja iz želuca u jednjak[5,6].

2.1.4 Želudac

Želudac, *ventriculus seu gaster* najširi je dio cijele probavne cijevi. Smješten je u gornjem dijelu trbuha, između dvanaesnika i jednjaka. Želudac je građen od četiri dijela i to od *pars cariaca, fundus ventriculi, coprpus ventriculi* i *pars pylorica.* On ima dva otvora, jedan ide prema jednjaku i to je *ostium cardiacum,* dok drugi ide prema dvanaesniku, *ostium pyloricum.* Na želucu još možemo razlikovati prednju i stražnju stjenku, te veliki i mali zavoj. Dvije važne zadaće imaju želučane kretnje a to su miješanje i potiskivanje hrane. Da bi se želudac praznio potrebni su peristaltički valovi. Njih pojačavaju živčani signali i hormon gastrin. U želucu izlučuje se oko tri litre želučanog soka od čega su glavni sastojci voda, sluz, enzimi i solna kiselina. Na izlučivanje tog soka djeluju živac vagus i hormon gastrin. Ako dolazi do zakočenja želučane sekrecije pri čemu sudjeluju enterogastrični refleks i hormoni sekretin i kolecistokinin. Kod želučane sekrecije mogu se uočiti tri faze. Prva faza u želučanoj sekreciji je cefaliična faza, druga gastrična faza a treća intestinalna faza[5,6].

2.1.5 Tanko crijevo

Tanko crijevo, intestinum tenue sastoji se od tri dijela, tj. od dvanasnika, *duodenum*, taštog crijeva , *jejunum* i vitog crijeva, *ileum*. Ono je središnje mjesto gdje se hranjive tvari iz probavne cijevi upijaju u krvni optjecaj. Duodenum nalazi se između želuca i jejunuma. Sastoji se od gornjeg i donjeg, te zavoj prijelaza dvanaesnika u tanko crijevo. *Flexura duodeni superior*, tj gornji zavoj je na prijelazu gornjeg u silazni dio, dok je *flexura duodeni inferior* tj. donji zavoj na prijelazu silaznog u donji dio[5,6].

2.1.6 Debelo crijevo

Debelo crijevo, *intestinum crassum* je dio probavnog sustava koji se nastavlja na tanko crijevo, *intestinum tenue*. Prosječno je dugačko oko 1,5 m. Na prijelazu iz tankog u debelo crijevo nalazi se ileocekalni zalistak. Njegova je najveća zadaća reguliranje količine himusa koji ulazi iz tankog u debelo crijevo. Ako je u debelom crijevu, mnogo himusa, ileocekalni se sfinkter jače kontrahira. Sastavni dijelovi crijevnog soka su sluz i probavni enzimi. Najvažnija uloga

sluzi jest zaštita crijevne sluznice od prekiselog i nadražajnog sadržaja. Najveći dio sluzi proizvodi se u Brunnerovim žlijezdama. Također su važne i Leeberkuhneove kripte. One zajedno izlučuju vodenast sekret koji se resorbira kroz crijevne resice. Dok se crijevni enzimi ne izlučuju u crijevni lumen, nego ostaju u epitelnim stanicama i djeluju na hranu tako dugo dok se ne resorbira. Kod tih enzima najvažnije su različite peptidaze koje razgrađuju peptide na aminokiseline, te zatim enzimi koji razgrađuju trigliceride glicerol i masne kiseline. U debelom crijevu događaju se dvije glavne vrste kretnji, a to su kretnje miješanja i kretnje potiskivanja. Miješanje se postiže stvaranjem vrećastih ispupčenja crijevne stjenke koje nastaju istodobnom kontrakcijom kružnog i uzdužnog mišića. Takva se ispupčenja nazivaju haustrama. One pridonose i potiskivanju sadržaja debelog crijeva prema analnom otvoru. U debelom crijevu postoje peristaltički valovi , a za njega su karakteristične tzv. masovne kontrakcije. Istodobno se stegne veliki dio debelog crijeva i to obično oko 20 cm pa se cijeli taj sadržaj pomakne prema rektumu. Takve kretnje debelog crijeva najčešće se pojačavaju nakon obroka. Kad fekalne mase dođu u rektum dolazi do poticanja defekacijskog refleksa.

U debelom crijevu ne izlučuju se probavni enzimi ali njegova sluznica je građena od žlijezda koje izlučuju sluz. Sluz ima dvije glavne uloge od čega je jedna da zaštiti crijevne sluznice, dok je druga da oblikuje fekalnu masu. Apsorpcija u debelom crijevu ograničena je na vodu i elektrolite. To se događa uglavnom u prvoj polovici debelog crijeva. Ono što preostaje nakon apsorpcije izbacuje se iz tijela u obliku fetalnih masa[5,6].

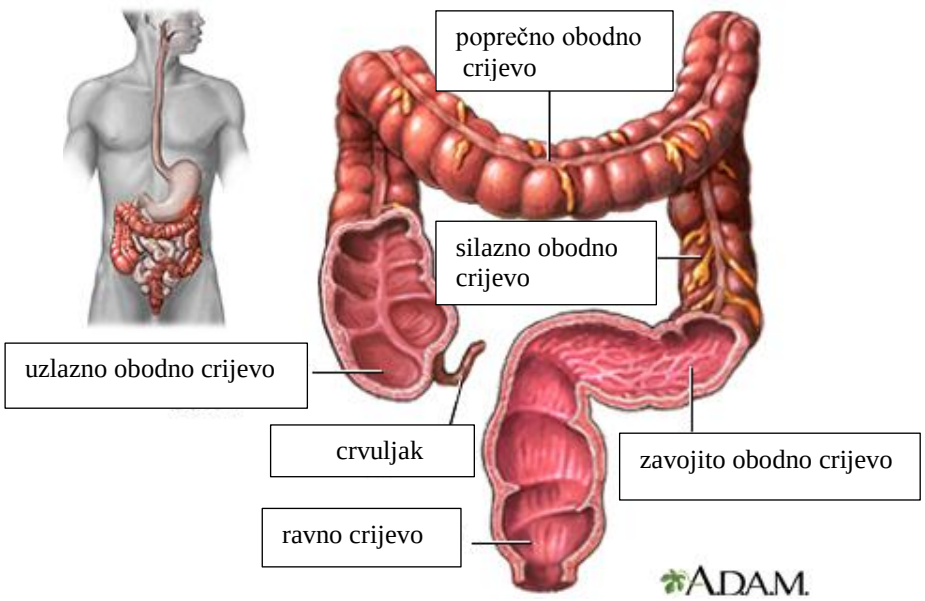
2.1.7 Podjela debelog crijeva

Debelo crijevo može podijeliti na nekoliko dijelova:

- Caecum, slijepo crijevo
- Colon, obodno crijevo
- Rectum, ravno crijevo
- Anus, čmar

Debelo crijevo započinje slijepim crijevom. Prema gore slijepo se crijevo nastavlja na *colon ascendens,* tj. na uzlazno obodno crijevo. Ono se penje uz desnu trbušnu stjenku gdje dolazi do jetre i okreće na desni zavoj i prelazi u *colon transversum.* Zatim prelazi poprijeko preko trbušne šupljine te u lijevom zavoju prelazi u *colon descendens.* Te se taj dio crijeva spušta uz lijevu trbušnu stjenku prema maloj zdjelici. Na *colon desendens* nastavlja se *colon sigmoideum* tj. sigmoidni dio obodnog crijeva koji se okreće i ulazi u zdjelicu. Na kraju je rectum koji čini završnih dvadesetak centimetra debelog crijeva. Ravno se crijevo na kraju suzuje te oblikuje

canalis analis, gdje je najčešće mjesto nastanka hemoroida. Analni otvor završava kao *anus*, čmar[5,6].



Slika 2.1.7.1 Dijelovi debelog crijeva

Izvor: http://www.znanje.org/i/i2012/12iv03/12iv0312/index3.htm

3. Patogeneza hemoroida

Točna patogeneza hemoroida nije jasno razumljiva, ali je općenito razumljivo da su hemoroidi rezultat patoloških promjena u prolapsiranim analnim jastucima.
Oštećenje vezivnog tkiva zbog na primjer, prolaska tvrdih stolica, može uzrokovati spuštanje jastuka, dok naprezanje tijekom prolaska stolica može povećati venski pritisak, što dovodi do otežanog venskog povratka, dilatacije pleksusa i venskog zastoja. Tada nastaje upalno područje koje uzrokuje eroziju epitela jastučića i krvarenja[7].

3.1 Vrste hemoroida

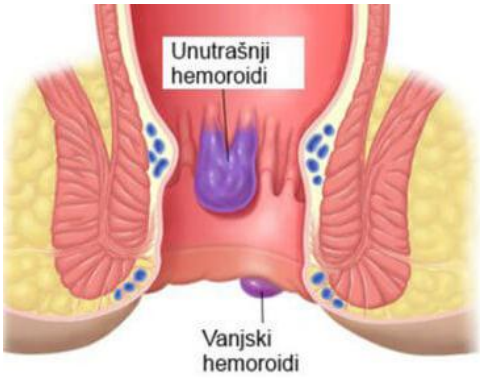
Postoje tri vrste hemoroida: unutarnji, vanjski i intermedijarni hemoroidi.

3.1.1 Unutarnji hemoroidi

Formiraju se unutar analnog kanala i često su bezbolni jer je u tom području sluznica anusa neosjetljiva. Međutim oni mogu uzrokovati povremena krvarenja obično sa pokretanjem crijeva, a ponekad i sluzni iscjedak[8,9].

3.1.2 Vanjski hemoroidi

Formiraju se izvan analnog otvora, gdje prvenstveno uzrokuju oticanje, nelagodu i uznemirujuće izbočine. U nekim od homoroidalnih čvorova može se stvoriti ugrušak u hemoroidalnim venama, zbog čega se stvara oteklina, te ona dovodi do rastezanje kože oko anusa, pa ona izaziva bol[8,9].



Slika 3.1.2.1 Prikaz unutarnjih i vanjskih hemoroida

Izvor: https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/rijesite-zauvijek-probleme-s-hemoroidima

Vanjski hemoroidi su proširene venule donjega hemoroidnog pleksusa, a iz njih se krv ulijeva u sistemsku cirkulaciju. Nalaze se u analnom kanalu ispod Linea dentate i pokriveni su pločastim epitelom.
Pojavljuju se u dva oblika:

a) Akutni tromozirani hemoroidi – neki to stanje zovu i akutna hemoroidalna kriza

Stvara se ugrušak u hemoroidalnim venama veličine od nekoliko milimetara pa do dva-tri centimetra. Rasteže se vrlo osjetljiva koža oko anusa što uzrokuje izrazitu bol, koja se još više pojačava dodatnim oticanjem okolnog tkiva.

b) Analni kožni nabor (privjesci)– javljaju se zajedno s analnom fisurom ili analnim svrbežom[8,9].

3.1.3 Intermedijarni hemoroidi

Prisutni su povećani unutarnji i vanjski hemoroidi, bez jasna prijelaza jednog tipa u drugi[8,9].

3.2 Stupnjevi hemoroida

- Hemoroidi prvog stupnja

Su mali početni hemoroidi koji ne prolabiraju iz analnog kanala

su obično bezbolni, te povremeno prisutni kao žarko crvena, rektalna krvarenja i ponekad osjećaj punine u rektumu

- Hemoroidi drugog stupnja

Kada dolazi do napinjanja i nakon stolice hemoroidi ispadaju iz anusa, spontano se smanjuju, ali često uzrokuju blagu nelagodu i krvarenje.

- Hemoroidi trećeg stupnja

protežu se izvan analnog ruba s naprezanjem i zahtijevaju ručno smanjenje (moguće je vratiti prstima natrag u analni kanal).
Često uzrokuju krvarenje i iscjedak (krvav ili smeđi iscjedak na donjem vešu)

- Hemoroidi četvrtog stupnja

Stalno prolabirani hemoroidi se ne mogu ni prstima vratiti nazad u analni kanal

Često se osjeća bol, stalna nelagoda, česta krvarenja nevezano za stolicu, te su obično praćeni velikim vanjskim hemoroidima [7,8,9].



Slika 3.2.1 Stupnjevi hemoroida

Izvor: http://hemoroidi.hr/hemoroidi.html

3.3 Uzroci nastanka

Uzroci ovisi od osobe do osobe, ali postoje i koje su uglavnom zajedničke. Kao što znamo glavni urok nastanku hemoroida još nije poznat ali sljedeći čimbenici tome pogoduju:

- nepravilna prehrana (prehrana sa premalo vlaknastih tvari)
- genetska predispozicija- slabije vezivno tkivo kako u organizmu tako i stijenci vena
- trudnoća- pritisak povećane maternice na venski sustav zdjelice (dokazano je da 40 posto žena u trudnoći ima problema s hemoroidima)
- opstipacija- pritisak na debelo crijevo i rektum naprezanje prilikom defekacije,
- nedovoljna fizička aktivnost (dugotrajno sjedenje ili stajanje)
- hormonalne promjene
- naprezanje prilikom pražnjenja crijeva
- učestalo dizanje teških tereta (veliki fizički napor)
- starenje - učestalost se povećava s godinama
- kronična stanja - oboljenja srce i jetre, sklonost proširenim venama
- pretilost [2,4,9].

3.4 Simptomi

Više od polovice populacije nakon tridesete ima hemoroide, a nemaju svi izražene simptome. No, ako su izraženi manifestiraju se kao:

- Krvarenje- u obliku nekoliko kapi svijetlocrvene krvi u stolici ili na toaletnom papiru (rijetko hemoroidi uzrokuju jača krvarenja, a to dovodi do anemije)
- Svrbež i pečenje- posljedica je što sluz i dijelovi stolice izlaze na kožu u području anusa. Sluz i stolica se osuši na koži, te dolazi do podražaja kože, zatim koža reagira zadebljanjem površinskog sloja, te to zadebljanje nije dovoljno hidrirano i dolazi do svrbeža.
- Osjećaj punoće u anusu- osjećaj kao da je nakon stolice nešto zaostalo.
- Bol- nastaje zbog stvaranja ugrušaka zbog kojih se hemoroidi povećaju i stvaraju bolne otekline oko anusa[2,7].

3.5 Preventivne mjere

Prevencija označuje skup mjera koje se mogu poduzeti da ne bi došlo do nastanka hemoroida. Neke od tih mjera su:

1. Hrana bogata vlaknima: svježe ili suho voće i povrće, mahunarke, integralni kruh, zobeno brašno, izbjegavati previše ljutu i začinjenu hranu
2. Dovoljan unos tekućine: tekućina doprinosi dobroj probavi i pomaže da stolica ne bi bila previše teška, što smanjuje vjerojatnost od nastanka hemoroida (voda, sokovi od voća i povrća)
3. Održavati redoviti raspored prehrane: kada se uvede u redovitu prehranu, stolica će biti u uobičajeno vrijeme, što će spriječiti zatvor i naprezanje prilikom pražnjenja
4. Izbjegavati dugotrajno sjedenje – dugotrajno sjedenje može stvoriti pritisak u rektalnom području, povremeno ustajanje i kretanje može pomoći u sprječavanju hemoroida i poboljšati cirkulaciju
5. Redovito vježbanje: tjelesna aktivnost stimulira crijevnu funkciju te smanjuje vjerojatnost od proljeva i zatvora
6. Redoviti odlazak na WC: ako se osjeti potreba potrebno je ići odmah, nikako ne čekati jer to može stvoriti pritisak u rektalnom području
7. Izbjegavajte naprezanje prilikom pražnjenja
8. Svakodnevno održavati osobnu higijenu analnog područja[18].

3.6 Liječenje hemoroida

3.6.1 Konzervativno liječenje

Dijetalne modifikacije koje se sastoje od adekvatnog unosa tekućine i vlakana uvijek su bila prva linija terapije za pacijente sa simptomatskom hemoroidalnom bolešću. Dodaci vlakana su sigurni i jeftini, te se trebaju koristiti kao početni tretman na drugim terapeutskim modalitetima. Dijeta koja je bogata vlaknima smanjuje simptome krvarenja za oko 50%, ali ne poboljšava simptome prolapsa, bol i svrbeža. Konzervativno liječenje ne liječi bolest nego samo simptome. Dostupni su mnogi pripravci uključujući kreme i supozitorije, te su aktivne tvari lokalni anestetici, kortikosteroidi, antibiotici ili protuupalni lijekovi. [10] Ako liječenje konzervativnim načinom ne funkcionira, pacijenta se upućuje na daljnje liječenje, u što bi spadalo infracrvena fotokoagulacija, podvezivanje gumicom i skleroterapija[11].

3.6.2 Nekirurško liječenje

- Skleroterapija

Ona se preporuča kao mogućnost liječenja hemoroida I i II stupnja sa krvarenjem koji je glavni simptom, ali ne i samo izlječenje hemoroida. Djelotvoran je u 75-89% pacijenata koji boluju od hemoroida I, II i III stupnja, ali dugoročno praćenje pokazalo je veliku stopu recidiva i to čak kod 80% pacijenata.Tijekom skleroterapije, sklerozantno sredstvo se uštrcava u bazu hemoroida. Ona se sastoji od 5% otopine fenola i 20% otopine kinina. Komplikacije koje su moguće: bol, zadržavanje mokraće, hematurija..

- Podvezivanje gumicom (RBL)

Sigurna je i uspješna metoda u oko 90% slučajeva. Najučinkovitiji je kod postupaka, da bi se uklonila bol i krvarenje kod II i III stupnja hemoroida. Komplikacije koje se javljaju jest odgođeno krvarenje koje se javlja 2 tjedna nakon, zadržavanje mokraće i infekcija. Postupak je kojim se hvata hemoroidalno tkivo 1-2 cm iznad zubne linije, te se stavlja mala elastična traka oko hemoroida[10,11].

3.6.3 Kirurško liječenje

Samo odstranjenje hemoroida naziva se hemoroidektomija, te ona može biti otvorena, zatvorena i submukozna. Kod otvorene hemoroidektomije odstrane se sva tri jastučića, peteljka sa krvnom žilom se podveže, a rana ostaje otvorena. Kod zatvorene postupak je isti samo se na kraju rana zatvori resorptivnim šavom. Zatvorena hemoroidektomija započela je 1952 godine u SAD-u gdje je „zlatni standard“ za hemoroidalno liječenje. Kod submukozne hemoroidi se odstrane disekcijom, te se rana primarno zatvori mehaničkim šivačem. Ona je razvijena 1950 god., ali bilo ju je teže učiti, te nikad nije bila popularna za izvođenje zbog svoje težine i trajanja, količine gubitka krvi, rizika za inkontinenciju, itd.[9,10].

4. Sestrinska skrb za pacijenta s hemoroidima

4.1 Prijam bolesnika na kirurški odjel

Pacijenta se najčešće prima jedan ili dva dana prije same operacije. Dolaskom pacijenta na kirurški odjel viša medicinska sestra zaprima pacijenta, smještava ga u njegovu sobu, te zatim slijedi razgovor. Medicinska sestra prikuplja opće podatke, uzima anamnezu i heteroanamnezu, pregledava pacijenta, mjeri vitalne funkcije, postavlja sestrinske dijagnoze, te plan i program zdravstvene njege. Kod prikupljanja tih podataka sestra odmah utvrđuje rizične čimbenike: starija dob, dehidracija, ovisnosti, pretilost, lijekovi itd. Važno je da se uoče na vrijeme jer one čine opasnost za pacijenta.

Također medicinska sestra treba obratit pažnju pacijentovu obitelj, jer će dobra suradnja pomoći bolesniku a i zdravstvenom timu[12].

4.2 Psihološka priprema pacijenta

Glavni cilj dobre psihološke pripreme pacijenta je da se postigne što realnije prihvaćanje operativnog zahvata kod pacijenta, to jest da se potiče što veći stupanj suradnje sa pacijentom.

Dobrom psihološkom pripremom smanjuje se strah od anestezije, bolja je psihička stabilnost, te se pacijenti osjećaju sigurnijima. Adekvatni smještaj, edukacija o prehrani, terapiji ili uključivanje nekih drugih stručnjaka neki su od načina za bolju pripremu pacijenta. Dodamo li uz to toplu komunikaciju, profesionalni rad i ponašanje zdravstvenih djelatnika, pacijent će psihički biti i više nego spreman za operaciju[12].

4.3 Fizička priprema pacijenta

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

4.3.1 Prehrana

Kod prijama pacijenta na odjel liječnik određuje dijetu, količinu i sastav hrane. Hrana pacijentu treba osigurati dovoljnu energijsku vrijednost, određenu količinu ugljikohidrata, određenu količinu životinjskih bjelančevina, dovoljnu količinu vitamina i minerala, određenu količinu soli, te masti.

- Tekuća dijeta

Tekuća dijeta daje se prvi dan- dva nakon operacije. Ona minimalno stimulira peristaltiku, te gotovo nema nikakvih ostataka nakon apsorpcije. Osnovu takve dijete čine: nemasna juha, blagi biljni čajevi, svježe pripremljeni sokovi, osobito limunov sok i narančin sok, obrani mlijeko, šećer i med. Ako nije posebno određeno pacijentu se hrana daje svaka dva sata po 150-250 grama.

- Kašasta dijeta

Kašasta dijeta daje se nakon tekuće, te se sastoji od jela sa umjerenim sadržajem biljnih vlakana. Takva hrana daje se često, ali u manjim količinama, sve dok pacijent ne može prijeći na običnu dijetu. Hrana sadrži sve hranjive tekućine na podlozi mlijeka, juha, povrća, visokovrijednim bjelančevinama iz mesa, ribe, sira, ugljikohidratima iz žitarica i povrća. Sestra utvrđuje stupanj samostalnosti kod pacijenta, te prema tome pomaže ili hrani pacijenta. Nakon kašaste dijete pacijent prelazi na običnu dijetu. [9,13]

4.3.2 Edukacija pacijenta

Glavna mjera u sprečavanju poslijeoperativnih komplikacija i komplikacija uzrokovanih dugotrajnim ležanjem jest dobra edukacija. Svrha je pacijenta naučiti vježbe dubokog disanja, vježbe iskašljavanja, te vježbe nogu i stopala. Te vježbe pacijenta je potrebno naučiti prije operacije kako bi ih što bolje izvodio nakon operacije. Medicinska sestra koja provodi tu edukacija treba biti strpljiva i uvjerena u ono što poučava i biti pozitivno usmjerena, te vježbe prilagoditi pacijentu. [12]

- Vježbe dubokog disanja

Svrha tih vježbi jest što bolja ventilacija pluća, oksigenacija krvi i tkiva, te sprečavanje upale pluća. Potrebno je pacijentu objasniti svrhu i važnost dubokog disanja, te da vježbu ponavlja 3 do 4 puta s nekoliko minuta osmora između udaha. Upozoriti da diše prema uputama da ne bi došlo do vrtoglavice pa čak i nesvjestice. Zatim posjesti pacijenta na stolac ili krevet, postaviti jastuk između križa i uzglavlja, te mu pokazati kako posložiti ruke na trbuh ili objasniti kako udahnuti koristeći spirometar.

- Vježbe iskašljavanja

Svrha vježbi je usmjeravanje sekreta prema gornjim dišnim putevima, te omogućiti iskašljaj nakon operacije. Potrebno je pacijentu objasniti važnost tih vježbi, objasniti mu postupak, te mu osigurati potrebna sredstva (bubrežastu posudu i staničevinu).

- Vježbe nogu i stopala

Svrha vježbi jest pospješiti cirkulaciju krvi nakon operacije. Također je potrebno objasniti svrhu i važnost vježbi, postaviti pacijenta u odgovarajući položaj (ležeći položaj s lagano uzdignutom glavom), te ga upućivati o načinu izvođenja vježbi. [12]

4.4 Priprema pacijenta dan prije operacije

Zdravstvena njega usmjerena je na procjenjivanje zdravstvenog stanja, kontrola učinjenih pretraga i provođenje osobne higijene. Tijekom izvođenja svih potrebnih intervencija medicinska sestra razgovara sa pacijentom pružajući mu psihološku potporu. Jako je važno razgovarati sa pacijentom večer prije same operacije, tako da bi pacijent mogao iskazati svoje strahove i smanjio tjeskobu.

U nastavku su napisane potrebne intervencije koje se izvode dan prije same operacije, te njihovo objašnjenje[12,13].

Intervencije	**Objašnjenje**
Kompletiranje dokumentacije za operaciju	<u>Osnovne laboratorijske pretrage</u> a) sedimentacija eritrocita, KKS, glukoza u krvi i mokraća b) Vrijeme krvarenja i vrijeme zgrušavanja, protrombinsko vrijeme, krvna grupa i Rh faktor c) EKG-ne stariji od 6 mjeseci, mišljenje kardiologa d) RTG snimka srca i pluća- kod osoba starijih od 40 godina, te nalaz ne smije biti stariji od 6 mjeseci <u>Specijalne pretrage</u> Ispituje se funkcija pojedinih vitalnih organa ili sustava, što uglavnom zahtjeva dužu prijeoperacijsku skrb.

Procijeniti pacijentovo zdravstveno stanje	Osobni su pacijentovi problemi osnova za planiranje i provođenje zdravstvene njege.
Upoznati pacijenta s „pristankom za operaciju“	Potrebno je objasniti pacijentu koji je razlog potrebe njegovog potpisa (ako se operacije izvede bez valjanog potpisa može doći do pravnih problema).
Kontrola vitalnih funkcija	Prati se arterijski krvni tlak, puls, disanje i temperatura. Ukoliko su vrijednosti abnormalne to može ukazati na stanja koja povećavaju rizik (operacija se može odgoditi ili otkazati ako vrijednosti nisi u normali).
Pregled anesteziologa	Lista za premedikaciju (medikamentozna priprema pacijenta) koju određuje anesteziolog. Početak 1. uvečer prije same operacije, te se daju blagi hipnotici ili sedativi za bolji san i odmor pacijenta 2. 30-45 minuta prije operacije a) Za smirenje i relaksaciju b) Smanjenje metabolizma c) Smanjenje praga podražaja za bol d) Smanjenje salivacije
Priprema probavnog trakta	Čišćenje se radi prema odredbi liječnika (najčešće klizma ili laksativi). Prazna crijeva smanjuju poslijeoperacijsku nadutost, te opstipaciju.
Osigurati lako probavljivu hranu	Pacijent prije operacije 8 sati ne smije ništa piti, a 12 sati ne smije ništa uzimati na usta, odnosno ne smije jesti. Ukoliko je želudac prazan smanjuje se

	mogućnost aspiracije, te poslijeoperacijska mučnina i nadutost.
Provođenje osobne higijene	Pacijenta uputiti da se otušira/ okupa sa 25 ml antiseptične otopine (najčešće je to Plivasept pjenušavi). Započinje sa pranjem lica (obratiti pažnju na područje nosa, aksila, pupka, prepona i perineuma), zatim je potrebno isprati vodom, te taj postupak ponoviti još jednom. Ukoliko je pacijent ne može obaviti osobnu higijenu sam otuširamo/ okupamo ga mi. Potrebno je oprati zube.
Primjena propisane terapije	Prema uputi anesteziologa daje se anksiolitik ili hipnotik. Ostala terapija daj se prema odredbi liječnika.
Vađenje krvi za interreakciju	

4.5 Priprema pacijenta na dan operacije

Na sam dan operacije, tijekom pripreme važnu ulogu ima smirena okolina koja bolesniku daje osjećaj sigurnosti. Kod izvođenja intervencija medicinska sestra treba obraćati pažnju i na male stvari koje bi pacijentu puno značile, kao npr. stisak ruke, ohrabrujući pogled ili neka lijepa riječ[12,13].

Intervencije	**Objašnjenje**
Provjeriti da li je pacijent natašte	Upozoriti pacijenta da ne uzima ništa na usta i da ne puši, a kod žene provjeriti da li ima menstruaciju.
Kontrola vitalnih funkcija	Vrijednosti vitalnih funkcija moraju biti u granicama normale.
Obavljanje osobne higijene	Kupanje/ tuširanje u antiseptičnoj otopini, te obaviti higijenu usne šupljine.
Priprema bolesničkog kreveta	Krevet je potrebno oprati, dezinficirati,

	presvući i namjestiti.
Upozoriti bolesnika na	Potrebno je skidanje nakita, sata, proteza, naočala, kontaktnih leća, perika, kozmetičke preparate, ukosnice, kopče. Sve stvari potrebno je pohraniti ili ih spremiti na siguran način.
Priprema operativnog polja	Radi se sat prije operacije, da bi se spriječio nastanak mikrooštećenja, te infekcije. Brije se površina 15-20 cm oko mjesta incizije koristeći se clipperom.
Isprazniti mokraćni mjehur	Ukoliko se isprazni mokraćni mjehur smanjuje se mogućnost nastanku inkontinencije.
Staviti pokrivalo na glavu	Stavljanjem pokrivalo za glavu sprečava se prenošenje mikroorganizama.
Obući odjeću za operaciju	Oblači se košulja koja se veže straga kao benkica.
Staviti elastične čarape ili zavoje	Ukoliko se stave čarape/ zavoji sprečava se nastanak tromba za vrijeme operacije. Kod oblačenja potrebno je nogu držati u povišenom položaju.
Primijeniti premedikaciju	Premedikaciju je potrebno dati u određeno vrijeme, te prema pisanoj odredbi anesteziologa, a najčešće se primjenjuje atropin i sedativi.
Upozoriti pacijenta da više ne ustaje iz kreveta	Premedikacijski lijekovi mogu izazivati vrtoglavicu i pad, te je zato potrebno upozoriti pacijenta koja je važnost ne ustajanja iz kreveta.
Staviti pacijentu identifikacijsku narukvicu	Stavlja se identifikacijska narukvica na kojoj se nalazi ime, prezime, godina rođenja i broj sobe.
Provjeriti dokumentaciju	Dokumentaciju je potrebno složiti

	kronološkim redom jer je to važno za anesteziološki i kirurški tim. Provjerava se sestrinska dokumentacija.
Osigurati prijevoz bolesnika u operacijsku dvoranu	Pacijent tijekom prijevoza u dvoranu mora biti pokriven dekom i ako je potrebno mogu se staviti čarape.
Pratiti bolesnika do dvorane	U pratnji pacijenta do dvorane trebala bi biti sestra koja ga je njegovala i pripremala za operaciju.
Predati bolesnika i njegovu dokumentaciju u sobi za pripremu	Pacijent mora biti svjestan primopredaje i osjetiti da ga se očekuje.

4.6 Priprema operativnog polja

Prije svega potrebno je pacijentu objasniti što ćemo i zašto raditi. Zatim ga smještamo u udoban položaji počinjemo sa radom, pazeći na njegovu intimnu privatnost. Brijanje se radi električnim brijačem, te se obavezno stavlja nova sterilna žileta. Brijanje se može obaviti uz vodu i sapunicu, a pravac brijanja mora biti uz dlaku. Nakon brijanja ostatak sapunice maknemo, odnosno isperemo. Nakon što smo dobro isprali, potrebno je osušiti i dobro dezinficirati blagim dezinfekcijskim sredstvom, a da pri tome pazimo da sredstvo ne nagriza kožu. Kada je sve završeno operativo polje možemo prekriti sterilnom gazom[12].

4.7 Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Glavni cilj poslijeoperacijske skrbi jest da se što prije postigne stanje u kojem pacijent može samostalno zadovoljavati svoje potrebe. Nakon operacije pacijenta se smješta u recovery room, tj. sobu za buđenje koja se nalazi u operacijskom bloku. Soba je opremljena svim aparatima i uređajima za praćenje svih funkcija koje su tijekom operacije bile isključene ili otežane. U sobi pacijent ostaje toliko dugo dok se potpuno ne probudi iz anestezije, dok mu se ne vrati puna svijest i dok se ne stabiliziraju vitalne funkcije[12,13].

Neke od intervencija medicinske sestre prije samog vračanja pacijenta u sobu su da u bolesničkoj sobi pripremi aspirator, pribor za primjenu kisika, tlakomjer, stalak za infuziju, pribor za primjenu lijekova itd. Također, mora osigurati povoljne mikroklimatske uvjete (vlažnost zraka i temperatura). Međusobnim dogovorom pacijenta i medicinske sestre obavljaju se sljedeće intervencije:

Intervencije	Objašnjenje
Staviti pacijenta u odgovarajući položaj	Smanjuje se pritisak na operirano područje, a time se smanjuje bol, te se pacijenta najčešće stavlja u bočni položaj.
Mjeriti vitalne funkcije	Vitalne funkcije potrebno je mjeriti svakih 15 minuta u prva 3 sata, a kasnije svakih 30 minuta.
Mjeriti diurezu	Diureza se mjeri da se smanji mogućnost retencije mokraće.
Kontrolirati drenažu	Potrebno je mjeriti i bilježiti količinu i izgled, ako pacijent ima postavljeni dren.
Kontrolirati zavoje	Važno je kontrolirati zavoje da se smanji mogućnost pretjeranog krvarenja, koji bi mogao naštetiti pacijentu.
Regulirati stolicu	Primjenjuje se parafinskog ulja (2-3 puta na dan po 1 žlicu) ili neki drugi laksativ prema odredbi liječnika, a davanje klizme je zabranjeno.
Provoditi osobnu higijenu	Njega usne šupljine, te higijena anogenitalne regije što je ranije moguće (tuširanje).
Poticati pacijenta na vježbe disanja, iskašljavanja i vježbe nogu i stopala	
Osigurati pravilnu prehranu	
Poticati pacijenta što ranijem ustajanju	Time se sprečavaju komplikacije dugotrajnog ležanja.
Primjenjivati propisanu terapiju	
Sprečavanje infekcija	Kod previjanja i vađenja drena potrebno je poštivati sva prava asepse.

4.8 Poslijeoperacijske poteškoće

Poslijeoperacijske poteškoće javljaju se u većem ili manjem obimu kao posljedica djelovanja anestezije i lijekova, prestanka djelovanja anestetika, pacijentove neaktivnosti i promjene u uzimanju tekućine i hrane. Glavna zadaća medicinske sestre jet da zna prepoznati znakove, da obavijesti liječnika, te da umanji ili ukloni poteškoću. Poteškoće koje se javljaju su: bol, mučnina i povraćanje, žeđa, štucavica, nadutost i poteškoće sa mokrenjem[12].

4.8.1 Bol

Prema definiciji Svjetskog udruženja za bol (IASP): "Bol je neugodan emocionalni i osjetni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva." [14] Bol kao poslijeoperacijska poteškoća prisutna je gotovo god svih operiranih pacijenata. Ona se najčešće javlja nakon prestanka djelovanja anestetika. S obzirom da je bol individualan osjećaj, individualno se pristupa i pacijentu. Autonomne zaštitne reakcije prate bol, a to su: ubrzan puls, disanje, tlak, mišićna napetost i proširene zjenice.

Zadaće medicinske sestre kod boli [12]

1. Prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju i karakteru boli
2. Promatrati pacijenta i uočiti autonomne reakcije
3. Utvrditi situacijske čimbenike: pritisak zbog prečvrstog zavoja, edem, hematom, infekcija na mjestu reza
4. Ukloniti ili ublažiti situacijske čimbenike
5. Primjena propisanih analgetika
6. Provoditi njegu uzeći u obzir postojanje boli
7. Pružiti psihološku pomoć
8. Osigurati dobre mikroklimatske uvjete
9. Obavijestiti liječnika o svakoj jačoj boli
10. Zatražiti da pacijent sam procjeni intenzitet boli

Procjena intenziteta boli

Vizualna analogna skala (VAS) je linearna skala označena brojevima od 1 do 10 na kojoj bolesnik označuje mjesto koje prema njegovoj procjeni odgovara intenzitetu boli. Upotrebljava se najčešće, te spada u jednodimenzionalne skale.

Od bolesnika se traži da na 10 centimetara dugoj crti označi mjesto koje odgovara jačini njegove boli, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS zbroj. VAS od 0-3 označava

slabi intenzitet boli i ne zahtijeva analgetsku terapiju, VAS 4-7 ukazuje na bol srednje jakog intenziteta, a VAS 7-10 označava jaku bol koja zahtijeva neodgodivo liječenje jakim analgeticima, najčešće opijatima[19].



Slika 4.8.1.1 Skala procjene boli

Izvor: https://www.slideserve.com/fay/procjena-boli

4.8.2 Mučnina i povraćanje

Najčešće nastaje kao posljedica djelovanja anestetika, nakupljenog sadržaja u želucu ili uzimanje hrane i pića prije nego se uspostavila peristaltika. Povraćanje uzrokuje gubitak tekućine i elektrolita, te se stvara neugodan osjećaj u ustima i bol.

Zadaće medicinske sestre kod mučnine:

1. Potrebno je ukloniti neugodne mirise koji izazivaju mučninu
2. Uputiti pacijenta da duboko diše i da izbjegava pokrete koji mogu izazvati mučninu
3. Ograničiti uzimanje hrane i tekućine
4. Davati tekućinu u malim količinama
5. Obavijestiti liječnika
6. Primijeniti ordiniranu terapiju
7. Ako povraćanje traje duže od 24-36 sati potrebno je uvesti nazogastričnu sondu [12].

Zadaće medicinske sestre kod povraćanja:

1. Staviti pacijenta u sjedeći položaj
2. Zaštititi pacijentova posteljno rublje
3. Ispod pacijenta staviti posudu za povraćanje

4. Pridržavati pacijentu glavu
5. Dati pacijentu čašu sa vodom da ispire usta, te osušiti usta staničevinom
6. Ukloniti povraćan sadržaj
7. Pacijenta smjestiti u udoban položaj
8. Osigurati mu čistu posudu za povraćanje i staničevinu
9. Prozračiti sobu i obavijestiti liječnika
10. Ubilježiti u sestrinsku dokumentaciju[12].

4.8.3 Žeđa

To je svjesna želja za pijenjem vode, a javlja se zbog dehidracije stanica, tj. povišenog osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Javlja se kao posljedica zabrane uzimanja tekućine prije operacije, djelovanje lijekova, premedikacije i gubitak tekućine tijekom operacije.
Potrebno je pacijentu objasniti uzrok suhoće usta, potrebno je vlažiti usnice i jezik, provoditi njegu usne šupljine, pratiti količinu izlučene i primljene tekućine, te primjenjivati propisanu i.v. nadoknadu tekućine i elektrolita[12].

4.8.4 Štucavica

Ponavljano je nevoljno grčevito stezanje praćeno naglim zatvaranjem epiglotisa, što izaziva karakteristične zvukove. Za pacijenta je vrlo neugodno, posebice kod operiranih i iscrpljujuća. Kada se ne zna točan uzrok štucavice, na usta se stavlja papirnata vrećica i u nju se udiše i izdiše pet minuta ili se zadrži dah dok se uzima veliki gutljaj vode (za one pacijente koji smiju uzimati tekućinu)[12].

4.8.5 Poteškoće s nadutosti (meteorizam)

Javlja se kao posljedica neaktivnosti gastrointestinalnog sustava, zbog djelovanja lijekova, anestetika, te pacijentove neaktivnosti. Medicinska sestra je dužna slušati peristaltiku pacijenta i provoditi postupke koji će omogućiti izlaženje plinova. Neke od zadaće su: mijenjati pacijentov položaj u krevetu, poticati bolesnika da se kreće, ne davati tekućinu ni hranu dok se ne uspostavi peristaltika, te prema potrebi uvesti nazogastričnu sondu[12].

4.8.6 Poteškoće s mokrenjem

Količina koju je pacijent unio, te izlučena količina regulira se u prvih 48 sati. Nakon operacije pacijent većinom ne mokre, a diureza je smanjena. Poteškoće se javljaju jer dolazi do smanjena stvaranja mokraće, nedostatka podražaja ili zbog psihičkih ili fizičkih poteškoća kod prilagodbe na novo stanje.

Zadaće medicinske sestre su da kontrolira količinu urina, kontrolira satnu diurezu, te da kontrolira unos tekućine. Osim toga, medicinska sestra treba poticati pacijenta na mokrenje, staviti ga u prikladan položaj tijekom mokrenja, osigura mu privatnost, te po potrebi uvesti urinarni kateter. Bitno je da se obavijestiti liječnika ako je diureza manja od 500 mL[12].

4.9 Poslijeoperacijske komplikacije

Poslijeoperacijske komplikacije su velika opasnost za operirane pacijente, te one mogu produžiti sam oporavak pacijenta. Zdravstvena njega usmjerena je da se što prije prepoznaju i spriječe takve komplikacije. Zadaci medicinske sestre su da prate svijest pacijenta, osiguravaju dobro disanje, kontroliraju sve vitalne funkcije, kontroliraju drenažu, zavoje i mokrenje.

Komplikacije koje se javljaju su:

1. Poslijeoperacijski šok
2. Respiratorne komplikacije
3. Dekubitus
4. Upala parotidnih žlijezda
5. Komplikacije od strane rane[12].

4.10 Zadaće sestre u postupcima sa kirurškom ranom

Rana je prekid kože ili sluznice sa gubitkom tkiva i prekidom krvnih i limfnih žila, a izazvan je traumom ili kirurškim nožem tijekom operacije. Rane mogu cijeliti primarno i sekundarno, a na njih djeluju opći i lokalni čimbenici. U lokalne čimbenike spada: dob, stanje uhranjenosti, dijabetes ili neke dodatne ozljede, dok u lokalne čimbenike spada prokrvljenost i fizikalne osobine rane[15]. Svrha zbog čega se rana previja je da se osiguraju optimalni uvjeti za brže cijeljenje, da se rana zaštiti od kontaminacije mikroorganizama iz okoliša, te da ne bi došlo do prijenosa infekcije na ostale pacijente. Previjanje nakon operacije radi se drugi ili treći dan nakon ili po potrebi prije, ako je tako odredio liječnik[12].

4.10.1 Priprema pribora:

Kolica za previjanje potrebno je oprati i dezinficirati, te složiti pribor. Na gornjoj polici nalazi se sve sterilno: otopine za previjanje, setovi za previjanje, rukavice. Na srednjoj polici sve čisto: zavoji, leukoplast, PVC rukavice. Na donjoj polici nečisto: posuda za odlaganje upotrijebljenih instrumenata, upotrijebljene bubrežaste zdjelice. Prije samog previjanja potrebno je provjeriti sav pribor[12].

4.10.2 Priprema prostora:

Previjanje se vrši u posebnoj prostoriji – previjalištu ili u bolesničkoj sobi, te se soba mora očistiti 1 sat prije previjanja, zatvoriti prozore i vrata, osigurati dobro osvjetljenje i privatnost bolesnika. Po potrebi koristiti paravan[12].

4.10.3 Priprema osoblja:

Medicinska sestra i liječnik moraju staviti kapu i masku, zaštitnu pregaču, oprati ruke i obući rukavice neposredno prije previjanja[12].

4.10.4 Priprema bolesnika:

Važno je uputiti bolesnika u važnost previjanja, ukratko objasniti postupak i upozoriti ga da za vrijeme previjanja ništa ne dira rukama i ne priča, te da okrene glavu u suprotnu stranu. Potrebno ga je smjestiti u odgovarajući položaj[12].

4.11 Postupci kod previjanja

Nakon što smo pripremili pribor, prostor, osoblje i bolesnika, potrebno je otkriti područje rane i osloboditi ranu od zavoja i leukoplasta. Kod samog previjanja rane potrebno je biti iznimno oprezan s obzirom da se radi o intimnom području pacijenta. Potrebno je maknuti gazu sa pincetom, te zavojni materijal baciti u posudu za nečisto, a pincetu u posudu za nečiste instrumente. Zatim je potrebno oprati ruke, pregledati ranu, otvoriti sterilni set za previjanje i otvoriti otopine. Nakon što smo to napravili stavljaju se sterilne rukavice. Okolina same rane se dezinficira uzdužnim ili kružnim pokretima. Nakon što se je rane pregledala i nakon što se dezinficirala stavlja se sterilni tupfer, ali ne više od 2-3 sloja gaze kako bi se moglo pratiti

krvarenje i sekrecija rane. Skidaju se rukavice, učvrsti se zavoj, pacijenta se stavi u udoban položaj, raspremi se pribor, te se operu ruke[12,15].

4.12 Smjernice za kućnu skrb

Dolaskom kući, pacijent treba biti dobro educiran što i kako smije raditi, te kako pomoći sam sebi. Sitz kupka se može koristiti u svrhu smanjenje svrbeža, iritacije ili bolova. Radi se na način da pacijent sjedne u 8-10 cm tople vode, 3 puta dnevno nakon pokreta crijeva. Potrebno je saviti koljena ili staviti noge bočno i držati ih izvan vode ako se radi u kadici. Potrebno je sjediti 15-20 minuta, te nakon toga lagano osušiti područje pamučnim ručnikom. Također, može se na analno područje staviti led. Između kože i leda stavlja se tanka tkanina, te se radi nekoliko puta dnevno po 10 minuta. Nakon toga stavlja se topli, mokri ručnik još 10-20 minuta.

Nakon dolaska kući također je potrebno pridržavati se uputa od strane liječnika što se tiče lijekova protiv bolova. Kod osobne higijene koristiti vodu i sapun bez mirisa, nositi rublje od pamuka i laganu odjeću da se smanji vlaga u analnom području. Veliku važnost treba obratiti na prehranu. Potrebno je koristiti hranu bogatu vlaknima kao što su kruh, žitarice, sirovo i suho voće, te piti dovoljno tekućine. Izbjegavati naprezanje nakon obavljanja nužde, ne dugo sjediti na toaletu, te ići u kupaonicu što je prije moguće. Oporavak traje od 6 tjedana do 2 mjeseca, a većina pacijenata vraća se na posao u roku od 10 dana. Obraća se pozornost da se ne diže teški teret u prvih 2-3 tjedna[20,21].

5. Sestrinske dijagnoze i intervencije

5.1 Strah u/s ishoda bolesti što se očituje izjavom pacijenta „Bojim se kako će teći oporavak“

„Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti.“ Vodeća obilježja koja se javljaju: pacijent izjavljuje da ga je strah, javlja se napetost i tjeskoba, dolazi do manjka koncentracije, javlja se impulzivnost, tahikardija, vrtoglavica, te dolazi do povraćanja, proljeva i grčeva.

Mogući ciljevi:

1. Pacijent će znati prepoznati činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
2. Pacijent će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos
- Identificirati s pacijentom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
- Poticati pacijenta da verbalizira strah
- Stvoriti osjećaj sigurnosti, te obraćati pažnju na znakove straha
- Redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima
- Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
- Koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijenta
- Govoriti polako i umirujuće
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka
- Poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- Osigurati dovoljno vremena za razgovor [16]

5.2 Anksioznost u/s odvojenošću od obitelji

Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti. Vodeća obilježja su hipertenzija, tahikardija ili tahipneja, razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, smanjena

komunikativnost, glavobolja, mučnina i/ili proljev, plačljivost i vrtoglavica, te sklonost ozljeđivanju.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
- Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...).
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
- Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
- Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
- Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći.
- Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi.
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
- Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
- Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
- Izbjegavati površnu potporu, tješenje i žaljenje.
- Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede…)[17].

5.3 Visok rizik za infekciju u/s operativne rane

Stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora. Kritični čimbenici: kemoterapija, primjena imunosupresiva, dugotrajna primjena antibiotika.

Mogući ciljevi:

1. Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije
2. Pacijent će usvojiti znanja o načinu prijenosa i postupcima sprečavanja infekcije, demonstrirati će pravilnu tehniku pranja ruku.
3. Pacijent će znati prepoznati znakove i simptome infekcije.

Intervencije:

- Mjeriti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim pacijentima mjeriti dva puta dnevno, te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C).
- Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima.
- Učiniti brisove
- Održavati higijenu ruku prema standardu.
- Obući zaštitne rukavice prema standardu.
- Primijeniti mjere izolacije pacijenata prema standardu.
- Obući zaštitnu odjeću prema standardu: kapa, maska, ogrtač, nazuvci za cipele, naočale.
- Poučiti posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s pacijentom.
- Poučiti posjetitelje ponašanju u uvjetima izolacije.
- Održavati higijenu prostora prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP).
- Ograničiti širenje mikroorganizama u okolinu zrakom (prašina, rastresanje posteljnog rublja, održavanje filtera klima-uređaja i sl.).
- Prikupiti i poslati uzorke za analizu prema pisanoj odredbi liječnika (urin, krv, sputum, drenaža, brisovi i sl.), te evidentirati i izvijestiti o nalazu.
- Podučiti pacijenta važnosti održavanja higijene ruku.
- Održavati higijenu perianalne regije nakon eliminacije prema standardu.
- Provoditi higijenu usne šupljine prema standardu.
- Aspiracija dišnoga puta prema standardu[17].

6. Zaključak

Na samom kraju može zaključiti da poteškoće sa hemoroidima ima više od 50% stanovništva iznad 50-te godine. Oni se javljaju vrlo često i bez simptoma, a do problema dolazi kad hemoroidalni pleksus natekne zbog povećanog tlaka. Jednostavno, može reći da su hemoroidi rastegnute i otečene krvne žile.

Može ih podijeliti na dvije skupine, vanjske, one koje su smještene uz rubni dio anusa i na unutarnje, koje se razvijaju unutar anusa, a najčešće mjesto nastanka hemoroida započinje nakon *Dentate Line,* koja se nalazi otprilike na sredini, te oko tog mjesta započinje stvaranje različitih stupnjeva hemoroida.

Samo liječenje hemoroida može se podijeliti na konzervativno liječenje, nekirurški i kirurški. Konzervativno liječenja bazira se od adekvatnog unosa hrane i vlakana tj. od dijete koja je bogata vlaknima i preporuča se kod pacijenata

Briga za pacijenta od strane medicinske sestre je od trenutka prijema pacijenta na odjel gdje započinje razgovor sa pacijentom i prikupljanje potrebnih podataka (sestrinska anamneza, mjerenje vitalnih funkcija, postavljanje dijagnoza, plan i program zdravstvene njege). Fizička priprema odnosi se na obavljanje potrebnih pretraga, prehranu, edukaciju pacijenta i obitelji, te pripremu probavnog sustava. Osim fizičke pripreme jako je važna psihološka priprema pacijenta gdje je potrebno postignuti što realnije prihvaćanje operativnog zahvata kod pacijenta.

Neke od intervencija medicinske sestre prije operacije su da kontrolira vitalne funkcije, da prati pacijentovo zdravstveno stanje, priprema probavni trak, osigura laganu probavu, provodi osobnu higijenu i propisanu terapije, dok na dan operacije provjerava da li je pacijent natašte, priprema krevet, priprema operativno polje, stavlja elastične čarape/ zavoj, daje propisanu terapiju, te pratiti pacijenta do operacijske dvorane. Nakon operacije glavni cilj se svodi da se postigne onaj stupanj samostalnosti koji je pacijent imao prije operacije. Također, kontrolirati zavoje, regulirati stolicu, poticati pacijenta na vježbe disanja, iskašljavanja, te poticanje na što ranije ustajanje iz kreveta.

Na samom kraju možemo zaključiti da operacija hemoroida spada u takozvane rutinske operacije, te se pacijenta ne zadržava dugo u bolnici. Komplikacije se mogu javiti, no ne javljaju se često.

7. Literatura

[1] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-probave/anorektalne-bolesti/hemeroidi, dostupno 27.08.0218

[2] http://www.centarzahemoroide.com/cemu-sluze-hemoroidi/, dostupno 27.08.2018

[3] Harvard Women's Health Watch, What to do about hemorrhoids, broj 15, lipanj 2008, str. 4-5

[4] M. Neuberg: Zdravstvena njega bolesnika kod operativnih zahvata na abdomenu, PPT, str. 112-122, Varaždin, 2018

[5] I. Andreis, D. Jalšovec: Anatomija i fiziologija, Školska knjiga, Zagreb, 2009.

[6] P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta: Temelji anatomije čovjeka, Zagreb, 1999

[7] F. Hibberts, A. Schizas: Assessment and treatment of patients with haemorrhoids, Nursing Standard, 01.06.2010, str. 51-56

[8] K. Muhammad Yunas, A. Syed-Iftikhar, J. Qutbi Alam: First degree hemorrhoida, Professional Medical Journal, 2013 str., 576-580

[9] I. Prpić i usradnici: Kirurgija za medicinare, priručnik za ispite, Zagreb, 2005

[10] V. Čuk, M. Šćepanović, I. Krdžić, M. Kenić i suradnici: Where are we now in the treatment od hemorrhoids, Acta Medica Medianae, ožujak 2015, str. 97-106

[11] M. A. Nasir, R. Masroor, Y. Arafat, Q. Butt: Injection sckerotherapy versus rubber and ligation for second degree hemorrhoids, Pakistan Armed Forces Medical Journal, prosinac, 2017, str. 996-1002

[12] N. Prlić, V. Rogina, B. Muk: Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2008

[13] http://www.poliklinika-leptir.hr/kirurgija/priprema-za-operaciju-hemoroida/, dostupno 31.08.2018

[14] http://www.hkms.hr/data/1244023163_159_mala_BOL-DIPLOMSKI%20RAD%20-%20Irena%20Benko.pdf , dostupno 03.09.2018

[15] https://obs.ba/images/stories/RADOVI%20IZ%20KUCE/Njega%20hirurske%20rane.pdf, dostupno 03.09.2018

[16] https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf dostupno 04.09.2018

[17] http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf , dostupno 06.09.2018

[18] https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/hemoroidi-lijecenje-i-prevencija dostupno 19.09.2018

[19] M. Persoli-Gudelj, Klasifikacija i kvantifikacija boli, Vaše zdravlje, br. 70, veljača 2010

[20] https://myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=uf7564 dostupno 19.09.2018

[21] http://www.healthcommunities.com/gastrointestinal-surgery/postoperative-care-complications-hemorrhoidectomy.shtml dostupno 19.09.2018

Popis slika

Slika 1. Dijelovi debelog crijeva 6
http://www.znanje.org/i/i2012/12iv03/12iv0312/index3.htm
Slika 2. Prikaz unutarnjih i vanjskih hemoroida 7
https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/rijesite-zauvijek-probleme-s-hemoroidima
Slika 3. Stupnjevi hemoroida.....9
http://hemoroidi.hr/hemoroidi.html
Slika 4. Skale procjene boli 22
https://www.slideserve.com/fay/procjena-boli

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, MATEJA ČUS *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Sestrinska skrb za pacijenta kod operacije bremenjače *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Čus Mateja
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, MATEJA ČUS *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Sestrinska skrb za pacijenta kod operacije bremenjače *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Čus Mateja
(vlastoručni potpis)