

Zdravstvena njega bolesnika s ileostomom

Kovačić Trupković, Alenka

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:524324>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-18**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S
ILEOSTOMOM**

Završni rad br. 27/SES/2024

Alenka Kovačić Trupković

Bjelovar, srpanj 2024.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Alenka Kovačić Trupković**

JMBAG: **0314024555**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnika s ileostomom**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Đurđica Grabovac, mag. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit., predsjednik**
2. **Đurđica Grabovac, mag. med. techn., mentor**
3. **dr. sc. Rudolf Kiralj, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 27/SES/2024

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Izraditi pregled potrebne i dostupne literature vezane uz zdravstvenu njegu bolesnika s ileostomom
2. Opisati anatomiju i fiziologiju probavnog sustava
3. Opisati prisutne zdravstvene indikacije kod bolesnika za izvođenje ileostome
4. Navesti i opisati najnovije smjernice skrbi za bolesnike s ileostomama
5. Navesti načine dokumentiranja sestrinske skrbi u procesu zdravstvene njege, koja se primjenjuju u zbrinjavanju bolesnika s ileostomom

Datum: 26. ožujka 2024. godine

Mentor: **Đurđica Grabovac, mag. med. techn.**



SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE	4
4. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S ILEOSTOMOM	5
4.1. Anatomija i fiziologija gastrointestinalnog sustava.....	5
4.1.1. Usna šupljina.....	6
4.1.2. Jednjak.....	6
4.1.3. Želudac.....	7
4.1.4. Tanko crijevo.....	8
4.1.5. Debelo crijevo	9
4.2. Ileostoma.....	10
4.2.1. Indikacije i kontraindikacije za ileostomu	12
4.2.2. Medicinska pomagala za postavljanje i održavanje ileostome.....	12
4.2.3. Priprema bolesnika za postavljanje ileostome	13
4.2.4. Postupak postavljanja ileostome	13
4.2.5. Komplikacije ileostome.....	15
4.3. Zdravstvena njega ileostome.....	16
4.3.1. Sprječavanje i liječenje komplikacija ileostome	16
4.3.2. Kvaliteta života bolesnika	18
4.3.3. Uloga medicinske sestre u edukaciji bolesnika.....	19
4.4. Proces zdravstvene njege	19
4.4.1. Razdoblje nakon operacije	22
4.4.2. Edukacija bolesnika o zdravstvenoj njezi ileostome.....	25
5. ZAKLJUČAK.....	31
6. LITERATURA	32
7. OZNAKE I KRATICE	35
8. SAŽETAK	36
9. SUMMARY	37

1. UVOD

Ileostomija se definira kao postupak tijekom kojega se lumen ileuma provlači kroz trbušnu stjenku kroz kirurški otvor. Može se izvesti privremeno ili trajno, a njena osnovna funkcija je eliminacija stolice kroz ileum. Za postavljanje ileostome prvenstveno uključuju zaštitu distalne anastomoze, evakuaciju stolice kod bolesnika kod kojih je uklonjeno debelo crijevo i liječenje opstrukcije crijeva (1). Apsolutne indikacije ne postoje, a relativne su kratki mezenterij i karcinomi koji ograničavaju funkcionalnost ileuma. Ileostomu je potrebno postaviti dalje od ožiljaka, kožnih nabora i koštanih izbočina kako bi se osigurala funkcionalnost i izbjeglo istjecanje stolice. Oprema i pomagala koja se koriste kod postavljanja ileostome dijele se na opremu u radnoj fazi i pomagala u fazi održavanja, a svaki bolesnik se prije postavljanja ileostome treba educirati o njezi i pravilnom održavanju stome i stomalnog područja (1). Komplikacije ileostome se dijele na rane i kasne ili na specifične i opće, a javljaju se u oko 20 % bolesnika (2). Postavljanje ileostome smatra se operativnim zahvatom koji spašava život, može se provesti kao hitan ili elektivan zahvat, a ima izravan utjecaj na kvalitetu života bolesnika (3). Prije izvođenja zahvata kod bolesnika je potrebno procijeniti i utvrditi indikacije i kontraindikacije. Provođenje postupka i provođenje skrbi kod bolesnika s ileostomom provodi posebno educirani tim liječnika, medicinskih sestara, stomalnih terapeuta, psihologa i stručnjaka drugih djelatnosti koji su uključeni u skrb na izravan ili neizravan način (1).

U trenutku kada se donese odluka o postavljanju ileostome, bolesnika je potrebno upoznati s postupkom, indikacijama za izvođenje, mogućim komplikacijama, očekivanjima i ishodima. Također, bolesniku je potrebno pružiti psihološku podršku jer ileostoma nosi brojne izazove i ima izravan utjecaj na kvalitetu života. Medicinska sestra ima važnu ulogu u predoperativnom i postoperativnom razdoblju, preuzima odgovornost za edukaciju bolesnika, osiguravanje pomagala potrebnih za njegu ileostome (4). Nakon postavljanja ileostome bolesnici najčešće pokazuju visoku razinu zabrinutosti, straha, tjeskobe i uznemirenosti, što se očituje kroz postavljanje pitanja vezanih za njegu stome i stomalnog područja te utjecaj ileostome na njihov fizički, emocionalni, profesionalni i društveni život (5). Razina utjecaja ileostome na kvalitetu života ne ovisi isključivo o operativnom zahvatu i posljedičnim izazovima već također ovisi i o osnovnoj bolesti i razini samokontrole koju su bolesnici stekli prije postavljanja ileostome (4).

Osnova njege ileostome obuhvaća pražnjenje i mijenjanje stoma vrećice, rješavanje problema oštećenja i iritacije kože te problema istjecanja (6). Sustavi ileostome mogu biti jednodijelni i dvodijelni, a oba sustava uključuju vrećicu i pločicu koja prianja na kožu oko stome i štiti od istjecanja stolice. Pločice mogu biti modelirajuće i mogu se rezati prema veličini stome, a odabir vrste pločice ovisi o preferencijama bolesnika. Osim pločice i vrećice, drugi proizvodi koji se koriste za njegu stome uključuju fleksibilne prstenove za zaštitu kože i bolje prianjanje pločice, puder u prahu za upravljanje vlage, pastu za stomu, dezodoranse za vrećice i lubrikante koji olakšavaju pražnjenje vrećice (6). Medicinska sestra nakon postavljanja ileostome bolesnika treba educirati o pomagalima i proizvodima za njegu stome i poučiti ga o tome kako samostalno izvesti postupke pražnjenja i promjene pločice i vrećice, koji se mijenja u prosjeku dva puta tjedno, a češće kada postoji problem istjecanja stolice i iritacije kože. U edukaciju je potrebno uključiti stomalnog terapeuta. Intervencije medicinske sestre također uključuju edukaciju o prehrani, komplikacijama, načinu života i pravima koje ostvaruje kao bolesnik s ileostomom (4).

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je prikazati zdravstvenu njegu osoba kod s ilestomom. Dodatno, cilj rada je detaljno prikazati indikacije za izvođenje ilestome, poteškoće i komplikacije koje se javljaju kod bolesnika i specifičnosti zdravstvene njege kod bolesnika s ilestomom.

Također, cilj je prikazati suvremenu skrb, pomagala i mogućnosti koje su dostupne kako bi se unaprijedila kvaliteta života bolesnika s ilestomom.

3. METODE

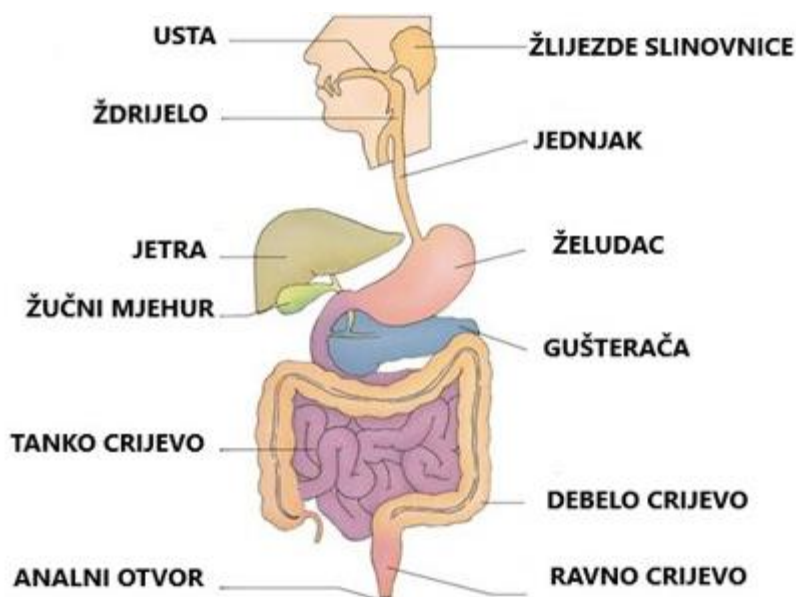
Rad je izrađen na temelju prikupljenih podataka iz stručne literature, koja je pretražena korištenjem elektroničkih baza podataka: Pubmed, Google scholar i BioMed Central. Kriteriji uključivanja koji su postavljeni prije pretraživanja literature su uključivali hrvatski i engleski jezik, vrijeme objave članaka u razdoblju ne starijem od 10 godina, stručne članke, istraživačke radove, knjige u elektroničkom izdanju, recenzirane članke, istraživačke članke, dostupan cjeloviti tekst članka. Pojmovi prema kojima je pretražena literatura su bili: edukacija bolesnika, gastrointestinalni sustav, ileostoma, predoperativna njega, postoperativna njega, uloga medicinske sestre, sestrinska dokumentacija, stoma, stoma sustav, zdravstvena njega.

4. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S ILEOSTOMOM

Planiranje i provođenje zdravstvene njege bolesnika s ileostomom prvenstveno zahtijeva razumijevanje anatomije i fiziologije gastrointestinalnog sustava, što se ujedno smatra ključnom komponentom u identificiranju patologije i postavljanju dijagnoze.

4.1. Anatomija i fiziologija gastrointestinalnog sustava

Gastrointestinalni (GI) sustav je organski sustav koji omogućuje unos hrane kroz usta, probavu razgradnjom, apsorpciju i eliminaciju stolice. Organi gastrointestinalnog sustava sadrže slojeve mišića koji omogućuju kretanje hrane procesom koji se naziva peristaltika. Proces peristaltike obuhvaća razgradnju i apsorpciju hrane (7,8). Gastrointestinalni sustav (Slika 4.1.) sastoji se od GI trakta i pomoćnih organa. GI trakt se sastoji od: usne šupljine, ždrijela, jednjaka, želuca, tankog crijeva, debelog crijeva i rektuma. Pomoćni organi uključuju zube, jezik, jetru, žučni mjehur, gušteraču i žlijezde slinovnice. Glavne funkcije GI sustava uključuju gutanje i probavu hrane, apsorpciju hranjivih tvari, izlučivanje vode i enzima te izlučivanje otpadnih tvari (7).



Slika 4.1. Gastrointestinalni sustav (9)

4.1.1. Usna šupljina

Usna šupljina ima četiri glavne funkcije (7). Prva funkcija se odnosi na senzornu percepciju hrane prije gutanja i mehaničke obrade djelovanjem zuba, jezika i nepčanih površina. Usna šupljina osigurava podmazivanje miješanjem hrane sa sluzi i izlučevinama žlijezda slinovnica i ograničenom probavom ugljikohidrata i lipida. Oralna sluznica obložena je pločastim epitelnim stanicama koje pomažu u apsorpciji hrane. Funkcije jezika uključuju mehaničku obradu hrane kompresijom i abrazijom, pomaže pri žvakanju i pripremi hrane za gutanje, percipira hranu pomoću receptora dodira, temperature i okusa te pomaže u razgradnji lipida. Unutar usne šupljine nalaze se tri para žlijezda slinovnica, parotidne žlijezde, sublingvalne i submandibularne žlijezde, koje proizvode slinu. Slina ima ulogu u sprječavanju trenja između sluznice usne šupljine i hrane, olakšava gutanje i pokreće probavu lipida i ugljikohidrata. Zubi osiguravaju mehaničku razgradnju hrane, a ždrijelo služi kao prolaz hrane do jednjaka nakon gutanja. Tijekom gutanja dolazi do zatvaranja nazofarinksa i grkljana što održava pravilan smjer hrane.

4.1.2. Jednjak

Jednjak (*esophagus*) je cjevasti izduženi organ GI sustava koji povezuje ždrijelo sa želucom. Hrana se prolaskom kroz jednjak transportira do želuca i dalje probavlja. Podijeljen je u tri anatomska segmenta: cervikalni, torakalni i abdominalni (10). Cervikalni segment počinje na *cricopharyngeus* i završava na suprasternalnom usjeku. Ovaj segment se nalazi iza dušnika, s kojim je spojen labavim vezivnim tkivom. Straga, prevertebralna fascija povezuje jednjak s trupom kralježaka (C6 do C8). Torakalni kanal se nalazi na lijevoj strani C6. Karotidna ovojnica i donji polovi štitnjače nalaze se lateralno od jednjaka u donjem dijelu vrata. Torakalni segment leži između kralježnice i dušnika u gornjem medijastinumu, protežući se od suprasternalnog usjeka do dijafragme, a na razini intervertebralnih diskova T4 do T5 prolazi iza luka aorte i ulazi u stražnji medijastinum. Abdominalni segment proteže se od dijafragme do fundusa želuca, spušta se i prolazi kroz dijafragmu na razini T10 i spaja se sa želucom (10).

Dužina jednjaka varira od 23 do 25 cm (10). Sfinketri su smješteni na proksimalnim i distalnim stranama, sluznica je obložena lumenom i vezivnim tkivom, a osnova građe su glatki i skeletni mišići. Jednjak je dobro prokrvljen, a opskrbljuje se krvlju preko ogranaka

donje tireoidne, lijeve želučane i lijeve grane frenične arterije. Inervacija jednjaka uključuje simpatički i parasimpatički živčani sustav. Glavni živci uključeni u inervaciju jednjaka su živac vagus, spinalni, torakalni i cervikalni živci (10).

4.1.3. Želudac

Želudac se nalazi između jednjaka i dvanaesnika, ~~nalazi se~~ lijevo od središnje linije tijela u središtu gornjeg dijela abdomena. Velik je, mišićav i šupalj organ koji omogućuje zadržavanje i probavljanje hrane. Sastoji se od četiri glavne regije koje uključuju kardiju, fundus, tijelo i pilorus (11). Kardija je povezana s jednjakom i mjesto je na kojemu hrana prvi puta ulazi u želudac. Fundus slijedi iza kardije, ima oblik kupole, a nakon njega se nalazi tijelo, koje predstavlja glavni i najveći dio želuca. Nakon tijela želuca dolazi pilorus, koji usmjerava hranu u duodenum, ili gornji dio tankog crijeva. Prva faza probave hrane je žvakanje, koje se događa u usnoj šupljini, a druga se događa u želucu. Primarne funkcije želuca uključuju privremeno skladištenje hrane i djelomičnu kemijsku i mehaničku probavu hrane. Gornji dijelovi želuca (kardija, tijelo i fundus) se opuštaju kako bi se omogućilo zadržavanje veće količine hrane, a donji dio želuca se kontrahira na ritmičan način u intervalima od 20 sekundi (mehanička probava) što olakšava razgradnju i miješanje hrane sa želučanim sokovima (kemijska probava). Sa svakom kontrakcijom donjeg dijela želuca, pilorični sfinkter propušta male količine razgrađene hrane (himus) u tanko crijevo (11).

Želudac razgrađuje hranu i distribuira je do dvanaesnika, a ovaj proces traje otprilike od dva do četiri sata, no isto ovisi o konzistenciji i vrsti hrane koja se konzumira (11). Sastoji se od pet različitih tipova stanica koje imaju metaboličke funkcije i osiguravaju peristaltiku. Dobro je prokrvljen, inervira se putem parasimpatičkih i simpatičkih živaca, a sastoji se od mišićnog tkiva raspoređenog u tri sloja Fiziološke varijacije želuca su brojne, a povezane su s položajem, veličinom i oblikom želuca, a isti se mogu mijenjati ovisno o obrascima prehrane (npr. kontinuirano prejedanje čini nabore želuca kontinuirano zategnutim (11).

4.1.4. Tanko crijevo

Tanko crijevo ključni je dio GI sustava koji je uključen u probavu i apsorpciju hranjivih tvari, razne endokrine funkcije i imunološku zaštitu. Kompleksna mreža krvnih žila, živaca, mišića i posebnih stanica međuovisnim radom omogućuje neometano izvršavanje prethodno navedenih funkcija. Prosječna duljina tankog crijeva je između 3 do 5 m, tri osnovne komponente koje ga čine su duodenum, jejunum i ileum, a proteže se u području između želučanog pilorusa i ileocekalnog spoja (8).

Od vanjskog do unutarnjeg dijela, slojevi tankog crijeva su serozni, muskularni, submukozni, lamina propria i sluznica (8). Serozni sloj je vanjski sloj koji se sastoji od mezotela i epitela. Prisutan je samo u jejunumu, ileumu i intraperitonealnim dijelovima duodenuma ili dvanaesnika. Muskularni se sastoji od dva glatka mišićna sloja, vanjskog koji je uzdužno orijentiran i unutarnjeg, kružno orijentiranog. Submukozni sloj se sastoji od sloja vezivnog tkiva koji sadrži krvne žile, živce i limfne žile. Lamina propria je rahli sloj vezivnog tkiva koji se nalazi duboko u sluznici, a u njemu se nalaze stanice imunološkog i limfnog sustava i krvne žile. Sluznica je najdublji sloj tankog crijeva (8).

Dvanaesnik je najproksimalniji, najširi i najkraći dio tankog crijeva, prosječne veličine 20 do 25 cm, zakrivljen je oko glave gušterače i ima oblik slova C (8). Ima gornje, silazne, inferiorno i uzlazno područje. Prva 2 centimetra duljine duodenuma su pokretna, ima mezenterij i leži intraperitonealno, a drugi dijelovi su retroperitonealno. Duodenum je dio crijeva gdje se nalaze Brunnerove žlijezde. Treitzov ligament veže duodenojejunalnu fleksuru za stražnji zid i služi kao granica između gornjeg i donjeg GI trakta. Jejunum je srednji segment tankog crijeva, dug otprilike 2,5 metra. Ovaj dio počinje na spoju s duodenumom, gdje se GI trakt nastavlja intraperitonealno. Jejunum sadrži mišićne reznjeve i resice. Ileum je najdistalniji segment tankog crijeva, veličine oko 3 metra i završava na cekumu, ima deblju stjenku i više je prokrvljen i ima manje mezenteričnog tkiva od ileuma. Histološki, ileum ima više limfnih čvorova od jejunuma (8).

Glavna funkcija tankog crijeva je razgradnja hrane, apsorpcija hranjivih tvari potrebnih tijelu i izlučivanje otpadnih tvari. Sudjeluje u imunološkim funkcijama, ima endokrinološku ulogu. Vanjski sloj tankog crijeva štiti od trenja u trbušnoj šupljini, skraćuje i izdužuje crijevo, dok unutarnji kružni sloj sužuje crijeva (12). Lamina propria podržava funkcije enterocita i olakšava obranu od patogena. Sluznica tankog crijeva

prekrivena je intraluminalnim resicama koje povećavaju njezinu površinu i omogućuju maksimalnu apsorpciju. Specifične stanice tankog crijeva imaju sljedeće funkcije (12):

- Enterociti – apsorpcija hranjivih tvari,
- Vrećaste stanice – štite sluznicu GI trakta, olakšavaju uklanjanje patogena iz crijeva,
- Pantheove stanice – izlučuju peptide, faktore rasta, enzime i citokine,
- Enteroendokrine stanice – izlučuju hormone,
- Četkaste stanice – imunološke reakcije, obrana sluznice i obnavljanje epitela,
- M stanice – pokretanje limfoidne imunološke odgovore.
- Limfne stanice – imunološka funkcija crijeva,
- Matične stanice – stvaraju različite tipove stanica tankog crijeva,
- Stanice receptora okusa – izražavaju receptore okusa, otkrivaju slatke, umami (slane) i gorke okuse u luminalnom sadržaju.

Jejunum i ileum opskrbljuju se krvlju iz bogate mreže arterija jejunuma i ileuma, a višestruke arterijske grane nazivaju se arterijske arkade (8). Vene tankog crijeva oponašaju arterijsku opskrbu, spajaju se u gornju mezenteričnu venu i pridružuju se slezenskoj veni tvoreći portalnu venu. Živčani sustav tankog crijeva ima parasimpatički i simpatički krak. Motorički impulsi iz ovih živaca kontroliraju krvne žile, sekreciju i pokretljivost crijeva.

Zdravstveni problemi koji mogu nastati zbog patologije tankog crijeva uključuju skraćivanje tankog crijeva, duodenalne ulkuse, Wilkiejev sindrom, Meckelov divertikulum i Crohnovu bolest (8). Dijagnostički i terapijski napredak rezultirao je poboljšanjima u ranoj dijagnostici i liječenju poremećaja i stanja tankog crijeva, no točno postavljanje dijagnoze je također uvjetovano poznavanjem i razumijevanjem anatomije i fiziologije tankog crijeva (8).

4.1.5. Debelo crijevo

Debelo crijevo dijeli se na osam dijelova, koji uključuju slijepo crijevo, caecum, uzlazno, poprečno, silazno i sigmoidno debelo crijevo, rektum, analni kanal i anus (13, 14). Počinje u desnoj strani abdomena, s uzlaznim debelim crijevom u kojega ulazi tanko crijevo. Caecum se nalazi u području ileocekalnog spoja, povezan je s uzlaznim debelim crijevom, a završni dio debelog crijeva otvara se u caecum. Slijepo crijevo je cilindričnog

oblika i nalazi se na posteromedijalnoj stjenki, fiksne lokalizacije, no promjenjivog položaja. Uzlazno debelo crijevo se nalazi sa stražnje desne strane u području abdomena i proteže se do jetrene fleksure, potom lateralno od žučnog mjehura pa do spoja s poprečnim debelim crijevom, gdje je omotan peritoneumom. Poprečno debelo crijevo je najduži dio, nalazi se između lijeve i desne količne fleksure, i nastavlja se kao silazno debelo crijevo (13,14).

Razlike u duljini, obliku i pokretljivosti ovise o prirođenim abnormalnostima, spolu, genetici, prehrani, razini dugotrajnog naprežanja i različitim kliničkim stanjima. Silazno debelo crijevo prati poprečno, nalazi se na lijevoj strani abdomena, a završava u sigmoidnom debelom crijevu. Manjeg je promjera, fiksnog položaja (15). Sigmoidno debelo crijevo je crijevo koje povezuje silazno debelo crijevo i rektum. Ima oblik slova S, dobro je prokrvljeno i nalazi se u području zdjelice, no može se pomaknuti u trbušnu šupljinu. Donji dio debelog crijeva povezuje sigmoidno debelo crijevo i analni kanal, a počinje kao nastavak sigmoidnog crijeva. Završni dio debelog crijeva je rektum, čiji je završni dio ampula, a ima funkciju privremenog zadržavanja stolice, kontrole defekacije i održavanje kontinencije (17,18).

4.2. Ileostoma

Ileostomija je operativni postupak kojim se lumen tankog crijeva provuče kroz trbušnu stjenku kroz kirurški napravljen otvor, najčešće na desnoj strani abdomena (1). Postupak se može provoditi u svrhu postavljanja privremene ili trajne ileostome, čija je svrha evakuirati stolicu preko ileuma, a ne kroz anus. Sadržaj koji se evakuira putem ileostome je tekuće ili kašaste konzistencije, što odgovara konzistenciji stolice koja se nalazi u tankom crijevu. Količina sadržaja koji se evakuira iz ileostome može varirati, ali obično se kreće od 200 do 700 ml dnevno (1).

Ileostoma se formira od dijela ileuma, a tijekom planiranja kirurškog zahvata potrebno je procijeniti anatomiju prednjeg trbušnog zida i crijeva (1). Procjena anatomije prednjeg trbušnog zida obuhvaća kožu, potkožno masno tkivo, fascija (Scarpina, Camperova), prednju i stražnju ovojnicu rectusa, mišiće, i peritoneum. Mišići uključuju vanjske i unutarnje kose mišiće, poprečni trbušni mišić i rectus abdominis. Hvatište kosih i poprečnih mišića nalazi se na različitim razinama za donja rebra i grebene ilijake, dok

rectus abdominis nastaje od kostalnog ruba i širi se do pubične kosti. Trbušni mišići obavijeni su fascijom i imaju guste tetive koje se spajaju na središnjoj liniji i tvore središnju strukturu prednjeg trbušnog zida (linea alba). Ileostoma se provodi kroz rectus abdominis i fasciju, čime se smanjuje rizik od kasnijeg stvaranja parastomalne kile, koja se najčešće razvija kada sadržaj crijeva prolazi kroz područje na kojemu je napravljen kirurški rez (1).

Dva su osnovna tipa ileostome: završna (krajnja, trajna ileostoma) i bipolarna (rezom podijeljena na dva dijela, loop ileostoma, privremena ileostoma) (19). Loop ileostoma se najčešće koristi kao privremeno rješenje za eliminaciju stolice kako bi se zaštitila distalna anastomoza (anastomoza debelog crijeva kod parcijalne resekcije debelog crijeva) i spriječio prolaz stolice kroz spoj dvaju krajeva crijeva. Postavlja se tako da se distalna petlja ileuma izvuče iznad površine kože s dva lumena koji se dreniraju u stoma vrećicu (19). Nakon što distalna anastomoza zacijeli, što najčešće traje u razdoblju od tri do šest mjeseci, oba kraka loop ileostome mogu se ponovno spojiti, čime se uspostavlja kontinuitet GI trakta, što omogućuje prolaz stolice u debelo crijevo. Kod loop ileostome, proksimalni ud je onaj koji izbacuje stolicu, a distalni ima ulogu mukozne fistule koja drenira sekret proizveden unutar sluznice iz lumena u cekum. Distalni ud ne drenira izlučevine debelog crijeva ako je ileocekalni zalistak kompetentan, što može uzrokovati nakupljanje sekreta i nadutosti i povećava rizik od perforacije debelog crijeva u slučaju opstrukcije. Završna ileostoma (Slika 4.2.) se postavlja kada je uklonjeno debelo crijevo i ostaje formirana do kraja života (8).



Slika 4.2. Završna ileostoma (8)

4.2.1. Indikacije i kontraindikacije za ileostomu

Indikacije i kontraindikacije za formiranje ileostome su različite, no sve su uvjetovane istim ishodom – preusmjerenje i eliminacija stolice izvan tijela, bez da stolica uđe u debelo crijevo (8). Indikacije za postavljanje ileostome uključuju zaštitu distalne anastomoze, evakuacija stolice kod bolesnika kod kojih je uklonjeno debelo crijevo i opstrukcija crijeva. Stanja kod kojih najčešće dolazi do uklanjanja debelog crijeva su najčešće kolorektalni karcinom, Chronova bolest, ulcerozni kolitis i obiteljska adenomatozna polipoza. Apsolutne kontraindikacije za postavljanje ileostome ne postoje, a relativne uključuju kratki mezenterij i tumore koji sprječavaju ili ograničavaju funkcionalnost ileuma. Kratki mezenterij onemogućuje eksteriorizaciju ileuma kroz trbušnu stjenku na kožu bez napetosti, što je posebno često kod osoba s prekomjernom tjelesnom težinom i pretilošću. Ileostomu je važno formirati što je moguće distalnije kako bi se omogućila dovoljna duljina crijeva za apsorpciju hranjivih tvari. Kod ileostome s velikim izlazom može doći do poremećaja elektrolita, koji se trebaju redovito kontrolirati. Laboratorijske kontrole elektrolita posebno je važno provoditi kod bolesnika s oštećenjem ili bolesti bubrega i bolesnika s malapsorpcijom koja može rezultirati pothranjenošću. U procesu formiranja ileostome batrljak se treba izbaciti iznad površine kože kako bi se spriječio kontakt kože sa sadržajem koji istječe (efluentom). Važno je naglasiti kako se ileostoma treba postaviti što dalje od ožiljaka, kožnih nabora i koštanih izbočina, što smanjuje rizik od komplikacija poput istjecanja stolice i oštećenja kože (8).

4.2.2. Medicinska pomagala za postavljanje i održavanje ileostome

Medicinska pomagala i oprema potrebna za postavljanje ileostome dijele se na pomagala u fazi postavljanja i fazi održavanja. Pomagala i oprema u fazi postavljanja se odnose na ona koja se koriste u operativnoj fazi, odnosno u fazi formiranja ileostome. Uključuju opremu, materijale i kirurške instrumente koji ovise o vrsti operativnog zahvata i ileostome koja se postavlja, osobnu zaštitnu opremu zdravstvenih djelatnika, otopine za dezinfekciju, otopine i lijekove koji se primjenjuju prije, tijekom i neposredno nakon zahvata (8). Pomagala koja se koriste za održavanje ileostome uključuju stoma vrećice, pločice, fleksibilne prstenove za zaštitu kože i bolje prijanjanje pločice, puder u prahu za smanjenje razine vlage, pastu ili ljepilo za stomu, dezodoranse za vrećice i lubrikante koji

olakšavaju pražnjenje vrećice, remen za osiguravanje ileostome, vlažne maramice za čišćenje, sredstvo za odstranjivanje ljepila i vrećica za otpad (6,8).

4.2.3. Priprema bolesnika za postavljanje ileostome

Priprema bolesnika uključuje i fizičke i psihičke elemente pripreme (8). Prije postupka potrebno je bolesnika informirati o indikacijama za operativni zahvat, objasniti mu postupak i pružiti podršku kako bi lakše prošao kroz proces prilagodbe na ileostomu. Proces fizičke pripreme ovisi o tome da li se provodi hitni ili planirani operativni zahvat. U ovom dijelu pripreme provodi se priprema operativnog polja (brijanje, dezinfekcija), procjenjuje se dokumentacija bolesnika što uključuje nalaze laboratorijskih i drugih dijagnostičkih pretraga, životne navike (pušenje, konzumacija alkohola) i vrijednosti glukoze u krvi (GUK). Procjena nutritivnog statusa i indeksa tjelesne mase važna je i provodi se obavezno kod planiranog postupka, što je posebno značajno kod bolesnika s prekomjernom tjelesnom težinom i pretiilošću. Od bolesnika se u nekim slučajevima može zatražiti optimiziranje tjelesne težine kako bi se smanjila napetost mezenterija nakon izvođenja postupka (8). Ako postoji potreba i ako laboratorijski nalazi pokazuju odstupanja od normalnih vrijednosti, potrebno je provesti korektivne postupke, posebno ako se radi o poremećaju vrijednosti elektrolita. Fizička priprema također uključuje procjenu kože, kožnih nabora, oštećenja, prisutnost kila, priraslica, deformiteta i ožiljaka u području operativnog zahvata. Najvažniji dio fizičke pripreme je pozicioniranje mjesta ileostome, koja se najčešće postavlja na desnoj strani abdomena, na bolnom rectus musculusa, na razini gdje je pacijent može vidjeti i lako joj pristupiti. Ileostomu je potrebno postaviti na način koji ne ometa kožne nabore i omogućuje lako postavljanje remena, a ako je moguće treba izbjeći područje rebrenog ruba i pupka. Ako se provodi hitni operacijski zahvat u svrhu postavljanja ileostome, koji je najčešće indiciran zbog opstrukcije ili perforacije crijeva, kod bolesnika se postavlja nazogastrična sonda. Nazogastrična sonda se također postavlja ako postoji rizik od razvoja postoperativnog ileusa (8).

4.2.4. Postupak postavljanja ileostome

Mjesto postavljanja ileostome se prije operacijskog zahvata označava neizbrisivom tintom ili znakom „X“ koji se urezuje u kožu (8). Ovaj način označavanja mjesta osigurava da se oznaka vidi i nakon provedenog postupka dezinfekcije operativnog polja. Ako se

provodi laparotomija, tada se linea alba (odrezani rub trbušne stijenke) hvata Kocherovim ili Littlewoodovim stezaljkama i uvuče prema središnjoj liniji kako bi se dva ruba rane približila jedan drugom. Navedeno osigurava anatomski ispravan položaj zatvaranja trbušnog zida, što također olakšava (i potvrđuje) određivanje mjesta na kojemu će se postaviti ileostoma nakon zatvaranja kirurške rane. Ako se laparoskopski postavlja bipolarna ileostoma, tada se ileum može uhvatiti Johanovim atraumatskim hvataljkama i primaknuti prema prednjem trbušnom zidu, što osigurava položaj u kojemu neće biti prisutna napetost trbušnog zida (8).

Krug ili elipsa kože od 2,5 do 3 cm izrezuje se monopolarnom dijatermijom (kože se može podići prema gore pomoću Alice ili Littlewood stezaljke) (4). Tkivo se zatim secira kroz potkožno masno tkivo do prednje fascijalne ovojnice rectus musculusa, koja se zatim otvara kroz križni rez. Rectus musculus je raširen ili uvučen medijalno, no pozornost se mora obratiti na krvne žile koje se protežu duboko u središtu ovog mišića. Nakon što se uvuče, ispod mišića se vidi stražnja ovojnica koja je obično zatvorena i pričvršćena za peritoneum na donjoj površini. Još jedan križni rez se napravi na stražnjoj ovojnici, a zatim se dvije Kellyjeve kopče koriste za hvatanje peritoneuma i njegovo podizanje. Škarama za disekciju napravi se rez u peritoneumu između dvije kopče što omogućuje pristup u peritonealnu šupljinu. Kirurški rez se rasteže do širine dva prsta, što osigurava dovoljno prostora za tanko crijevo i formiranje ileostome. Sljedeći korak u formiranju ileostome je nježno provlačenje odabranog segmenta terminalnog ileuma kroz prethodno formiran prolaz (Slika 4.3.) (4,8).



Slika 4.3. Formirana ileostoma (4)

Nakon što se provedu prethodno navedeni postupci, provodi se postupak formiranja bipolarne ili krajnje ileostome (8). Ako se postavlja bipolarna ileostoma, petlja ileuma se uvlači kroz rez na trbušnoj stjenki na kožu. Ako se formira krajnja ileostoma, tada se jednostavno spojeni kraj ileuma izvlači na površinu kože. Ileum bi trebao biti postavljen tako da je proksimalni ud ileostome na 12 sati i da je približno 5 cm iznad kože. Kada se ileum izvuče iznad površine kože postavlja se seromuskularni upijajući konac, što sprječava vraćanje ileuma ispod površine kože. Nakon navedenih postupaka provodi se konačna provjera i procjena orijentacije, kontrola hemostaze i drenaže, a potom se zatvara abdomen, a operativna rana se zaštiti sterilnom gazom. Prije formiranja ileostome preporučeno je zatvoriti sve kirurške otvore kako bi se spriječila kontaminacija rane stolicom iz ileuma (8).

4.2.5. Komplikacije ileostome

Komplikacije ileostome mogu se klasificirati kao trenutne, rane ili kasne ili kao specifične i opće komplikacije. Važno je napomenuti da komplikacije nakon izrade ileostome ima oko 20 % bolesnika (8). Opće komplikacije variraju ovisno o vrsti operacije koja se provodi. Specifične komplikacije mogu uključivati stenozu, ishemiju, nekrozu, krvarenje, infekciju, apsces, parastomalnu kilu, retrakciju ili prolaps, neravnotežu elektrolita, dehidraciju, oštećenje bubrega, hematome, serome, opstrukciju, stvaranje fistule i iritaciju kože (8). Jedna od komplikacija nakon operacijskog zahvata postavljanja ileostome je postoperativni ileus. Rizik od postoperativnog ileusa je značajno veći kod bolesnika kod kojih je prije formiranja ileostome proveden postupak rektalne resekcije i kod bolesnika koji su pretili (19, 20).

Komplikacije postupka ileostome mogu uzrokovati laceraciju (zbog zgrušavanja), mukokutanu supuraciju, odvajanje stome od kože i peritonitis (21). Nekroza stome može nastati zbog ograničenog i slabog protoka krvi tijekom kirurškog zahvata. Prolaps stome se događa kada je stoma pomaknuta i proksimalno crijevo klizi kroz bočnu stranu otvora stome. Retrakcija stome se događa kada se stoma smanji približno 5 cm ispod površine kože, što je najčešća kasna komplikacija kod bolesnika koji dobiju na tjelesnoj težini. Do retrakcije stome može doći kod adhezije, sepse, nadutosti i određenih kirurških tehnika. Opstrukcija crijeva je česta komplikacija i zahtijeva kiruršku intervenciju. Učestalost

komplikacija je veća kod bipolarne ileostome, no one ne predstavljaju opasnost za život bolesnika, a većina komplikacija liječi se kirurškom intervencijom (21).

4.3. Zdravstvena njega ileostome

Nakon postavljanja ileostome bolesnika je prvenstveno potrebno educirati kako samostalno provoditi postupke njege ileostome (22). Postupak promjene stoma vrećice može predstavljati značajan izazov za bolesnika, što zahtijeva metodički pristup kojim se bolesniku olakšava svladavanje vještina mijenjanja stoma sustava. Bolesnika je prvenstveno potrebno educirati o važnosti higijene ruku, koja se provodi prije i nakon provedenih postupaka zdravstvene njege ileostome. Nakon pranja ruku, sva potrebna pomagala se stavljaju nadohvat ruke, što uključuje posudu s toplom vodom, maramice za peristomalno čišćenje i sušenje kože, novi stoma sustav, pomagalo za mjerenje stome i rezanje stoma pločice (osim ako se radi o samomodelirajućoj pločici) i vrećica za otpad. Ako bolesnik ima stoma vrećicu koja se može prazniti, tada se treba savjetovati da se ista prazni u odgovarajuću posudu. Nježno uklanjanje i odlaganje stoma pločice i vrećice, zajedno s temeljitim čišćenjem peristomalne kože, ključni su koraci njege ileostome. Precizno mjerenje ileostome osigurava dobro pristajanje nove stoma pločice, koja se treba dodatno učvrstiti ljepilom. Ako pacijent ima dvodijelni sustav, tada se stoma vrećica postavlja na već zalijepljenu pločicu prema uputama proizvođača. Precizno prisanjanje stoma vrećice sprječava istjecanje stolice i smanjuje rizik od iritacije kože i odljepljivanja stoma pločice s kože (22).

4.3.1. Sprječavanje i liječenje komplikacija ileostome

Pravilna njega ileostome smatra se najvažnijom mjerom sprječavanja komplikacija. Optimizacija ishoda ileostome podrazumijeva početak edukacije bolesnika i pripremu za prilagodbu na ileostomu tijekom predoperativnog razdoblja. Preporučeno je bolesnika prije operativnog zahvata uključiti u grupe podrške i provesti individualnu edukaciju i savjetovanje, što može značajno smanjiti stope komplikacija i poboljšati dugoročne ishode. Navedeno također olakšava psihosocijalnu prilagodbu bolesnika (23).

Učinkovita njega stome i kontinuirano praćenje medicinske sestre važno je za pravovremeno prepoznavanje znakova i simptoma komplikacija povezanih s ileostomom. Da bi se spriječila pojava komplikacija na koži, važno je osigurati adaptivni stoma sustav (pločice koje precizno prijanjaju oko ileostome) i terapiju u slučaju potrebe te poučiti bolesnika važnosti održavanja područja između kože i stoma pločice čistim i suhim (24).

Ishemija, koja proizlazi iz neadekvatne opskrbe krvlju izloženog dijela crijeva, rezultira ljuštenjem sluznice i potencijalnom venskom kongestijom (25). Dugotrajna venska kongestija može dovesti do poremećaja u opskrbi ileostome arterijskom krvlju, što dovodi do nekroze. Priprema predviđenog dijela crijeva za stomu puno prije operacije može pomoći u prepoznavanju i ublažavanju ishemije. Rizik od ishemije je veći kod bolesnika koji su pretili, posebno ako se podijeli veća površina mezenterija kako bi se izbjegla napetost. Neposredna postoperativna ishemija također može biti posljedica edema crijeva i može dovesti do naknadnog cijeljenja sluznice, ali može biti praćeno i mukokutanom odvajanjem i stenozom. U vrlo teškim slučajevima retrakcije, ileostoma se uvlači i odvaja od kože. Čimbenici rizika za odvajanje uključuju pothranjenost, ishemiju, napetost i loše šivanje kirurškog reza i ileostome. U teškim slučajevima potrebna je hitna operacija i revizija ileostome jer u suprotnom može doći do razvoja peritonitisa (25).

Parastomalna kila se javlja kod velikog broja bolesnika unutar prve dvije godine nakon operacije, no može se javiti i do 30 godina nakon operacije (26). Predstavlja oblik incizijske kile koja se nalazi u blizini ili neposredno uz stomu. Simptomi parastomalne kile često uključuju ispupčenje peristoma tijekom kašlja, nelagodu ili bol povezanu sa ileostomom i poteškoće u postavljanju stoma pločice, što posljedično može dovesti do istjecanja stolice. Fizikalnim pregledom može se otkriti vidljivo ispupčenje uz ileostomu, što je posebno izraženo tijekom Valsalva manevra u stojećem položaju (26). Valsava manevar je postupak izvođenja forsiranog izdisaja uz zatvoreni glotis, što dovodi do povećanja intratorakalnog tlaka. Dijeli se u četiri faze: početak naprezanja, pozitivan intratorakalni tlak, prolazna faza i povratak intratorakalnog tlaka na optimalne vrijednosti (27). Defekti fascije koji se mogu vidjeti u okolini ileostome dodatno potvrđuju dijagnozu parastomalne kile, koja se ne liječi ako ne uzrokuje dodatne poteškoće, no važno je osigurati odgovarajuću potporu ileostome. Kirurška intervencija potrebna je u slučaju opstrukcije, inkarceracije ili strangulacije kile (26).

4.3.2. Kvaliteta života bolesnika

Prisutnost ileostome može dovesti do promjena u percepciji tijela i značajno utjecati na fiziološke, psihološke, emocionalne i društvene aspekte života bolesnika. Postizanje sveobuhvatnog pristupa liječenju bolesnika uvjet je za postizanje visoke razine kvalitete života (28). Izazovi s kojima se bolesnici s ileostomom suočavaju imaju značajan utjecaj na obiteljsko, društveno i profesionalno okruženje. Također, uključuju pitanja vezana za partnerske odnose i seksualnost, sliku tijela, potrebu za promjenom stila života i odijevanja, samopouzdanje te stvaranje i održavanje odnosa s drugima. Osim navedenih, na kvalitetu života također može utjecati vrsta operativnog zahvata i ileostome, težina zdravstvenog stanja koje je uvjetovalo postavljanje ileostome, poteškoće u provođenju njege i promjene stoma sustava. Ovi učinci ileostome na kvalitetu života su dugoročni i mogu otežati postizanje dobrobiti i blagostanja bolesnika. Edukacija i informiranje bolesnika o postupku, pružanje pomoći u procesu prihvatanja mogu kod bolesnika potaknuti na pozitivna razmišljanja jer ileostoma značajno produljuje život i smanjuje rizik od neželjenih ishoda osnovne bolesti (28). Saznanje da je ileostoma doživotna može za bolesnika biti uznemirujuće jer se povezuje s nizom ograničenja u svim aspektima života, što ima utjecaj na psihičko zdravlje i dobrobit. Kod bolesnika s ileostomom često su prisutni negativni osjećaji koji mogu uključivati ljutnju, strah, bespomoćnost, tjeskobu i frustraciju (29).

Nakon operativnog zahvata dnevna rutina bolesnika se mijenja, mijenjaju se odnosi u partnerskoj vezi, profesionalni uvjeti (nemogućnost izvođenja određenih poslova) i financijske okolnosti, što potencijalno može narušiti kvalitetu života. Proces prilagodbe novoj stvarnosti zahtijeva učinkovitu komunikaciju, prihvatanje i razumijevanje, što su sve dugoročni procesi i odvijaju se kod svakog bolesnika na drugačiji način i različitim intenzitetom (24). Kontinuirana potreba bolesnika da poboljša vlastitu kvalitetu života mogu dovesti do prihvatanja novih životnih navika, postavljanja novih ciljeva i definiranja različitih prioriteta u odnosu na stanje prije postavljanja ileostome. Navedeno se može lakše postići ako bolesnik prihvati podršku i pomoć stručnih službi. Prihvatanjem pomoći bolesnik može razviti učinkovite obrasce ponašanja, steći nova znanja i vještine te višu razinu samostalnosti i autonomije. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u pružanju pomoći bolesnicima s ileostomom, olakšavanju njihovog osnaživanja, pružanju podrške,

stjecanju vještina njege stome, prihvaćanju novonastale situacije i razvijanju novih mehanizama suočavanja i prilagodbe na nove životne okolnosti (24, 29).

4.3.3. Uloga medicinske sestre u edukaciji bolesnika

Bolesnici nakon postavljanja ileostoma prolaze kroz proces fizičke i psihičke prilagodbe, koja se može značajno olakšati kvalitetnom edukacijom i pružanjem podrške. U procesu prilagodbe medicinska sestra ima ključnu ulogu u psihološkoj prilagodbi bolesnika i stjecanju vještina njege ileostome. Edukaciji bolesnika treba pristupiti na organiziran, sustavan i metodički način, korištenjem edukativnih materijala u pisanom obliku, koje se obavezno daju bolesniku nakon operativnog zahvata. Edukacija bolesnika mora uključivati sve aspekte njege stome, isto kao i utjecaje stome na sva područja života. Očekivani ishodi edukacije trebaju biti realno postavljeni, sukladno bolesnikovim mogućnostima, motivaciji i procijenjenim sposobnostima učenja i izvođenja vještina (22).

4.4. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege kod bolesnika s ileostomom uključuje procjenu potreba, postavljanje ciljeva i planiranje intervencija usmjerenih na postizanje istih. Medicinske sestre u procesu procjene trebaju utvrditi probleme i izazove s kojima se bolesnik suočava, pomoći mu da odredi prioritete te ga educirati o načinu njege ileostome i sprječavanju komplikacija (30). Proces zdravstvene njege potrebno je usmjeriti na razvijanje vještina samozbrinjavanja, koje kod ovih bolesnika uključuju samostalno provođenje postupaka njege i promjene stoma sustava. Na sva pitanja koja bolesnik postavi medicinska sestra treba odgovoriti na razumljiv način, a postupke njege ileostome potrebno je demonstrirati, a potom dozvoliti dovoljno vremena bolesniku da samostalno provede postupke uz nadzor. Na ovaj način medicinska sestra ima mogućnost procijeniti razinu razumijevanja i samostalnosti bolesnika. Najčešći problemi zdravstvene njege koji su prisutni kod bolesnika s ileostomom vezani su za održavanje i provođenje pravilne njege, prehranu i probleme s probavom, prepoznavanje i sprječavanje komplikacija, samozbrinjavanje, sliku tijela i samopouzdanje, promjene u načinu života i pridržavanje preporuka. Procjena medicinske sestre također treba obuhvatiti kožu u području ileostome, opstrukciju i

drenažu, promjene cirkulacije, pojavu edema i nutritivni status bolesnika. Nakon što medicinska sestra provede procjenu bolesnika i identificira potrebe i prioritete, pristupa se formiranju sestrinskih dijagnoza i izradi plana zdravstvene njege. Sestrinska dijagnoza predstavlja osnovu za daljnje planiranje procesa zdravstvene njege, a temelji se na individualnoj procjeni stanja bolesnika i kliničkoj prosudbi medicinske sestre. Ciljevi koji se postavljaju u odnosu na sestrinske dijagnoze trebaju biti realni i ostvarivi, što povećava razinu motivacije bolesnika za napredovanje u procesu učenja. Kod planiranja intervencija u obzir se moraju uzeti mogućnosti bolesnika, njegove preferencije i procijenjene sposobnosti za izvođenje planiranih postupaka (30).

Najčešće sestrinske dijagnoze koje se mogu postaviti kod bolesnika s ileostomom uključuju slijedeće (4, 31 – 34):

- Bol u/s operativnim zahvatom postavljanja ileostome što se očituje procjenom boli na vizualno analognoj skali za procjenu boli (VAS)
- Rizik za oštećenje integriteta kože u/s istjecanjem sadržaja ileostome
- Rizik za infekciju u/s oštećenjem integriteta kože
- Nedovoljna razina vještina u/s promjenom stoma sustava što se očituje nepravilnim postavljanjem stoma pločice
- Nedovoljna razina znanja u/s priborom za njegu ileostome što se očituje postavljanjem pitanja o proizvodima i zašto se određeni proizvod koristi u postupku promjene stoma sustava
- Neučinkovito suočavanje s promjenama u životnim navikama u/s postavljanjem ileostome što se očituje povlačenjem bolesnika u sebe, narušenim odnosima s drugima i odbijanjem komunikacije
- Sram u/s postavljanjem ileostome što se očituje izjavama bolesnika „sramim se jer moram nositi ovu vrećicu“
- Strah u/s promjenom stoma sustava što se očituje izjavom bolesnika „bojim se sam mijenjati stoma pločicu i vrećicu jer mislim da će se odvojiti od kože“
- Poremećaj slike o sebi u/s operativnim zahvatom postavljanja ileostome što se očituje izjavom bolesnika „Nikada više neću izgledati kao prije operacije“
- Rizik za poremećaj seksualne funkcije u/s promjenama u fizičkom izgledu
- Rizik za poremećaj u partnerskim odnosima u/s smanjenim samopouzdanjem.

Sestrinska dokumentacija bitan je dio procesa zdravstvene njege jer olakšava komunikaciju unutar multidisciplinarnog tima i pomaže u osiguravanju kontinuiteta zdravstvene skrbi bolesnika s ileostomom (31). U sestrinsku dokumentaciju bolesnika s ileostomom potrebno je naznačiti da li je ileostoma trajna ili privremena, mjesto formiranja ileostome (trbušni kvadrant), kožne nabore, karakteristike ileostome i okolne kože. Važno je u dokumentaciju upisati vrstu stoma sustava koji se koristi kod bolesnika (jednodijelni, dvodijelni). Medicinska sestre u dokumentaciju upisuju stanje, potrebe i preferencije bolesnika. Dokumentira se cjelokupni izgled ileostome, uključujući boju (crvena, svijetlo crvena, ružičasta, blijedo ružičasta, ljubičasta, plava, crna), edeme, vlažnost, prisutnost krvi, razinu napetosti te oblik i lokalizaciju. Mjeri se i upisuje visina ileostome u odnosu na kožu, što može uključivati: u razini kože, iznad razine kože (izražava se u cm), ispod razine kože (retrakcija) i visoko iznad kože (prolaps). Veličina ileostome se dokumentira u milimetrima, a mjeri se posebno dizajniranim mjeracem za stome. Okrugle stome se mjere promjerom, a ovalne najširom duljinom i širinom. Lumen ileostome se dokumentira tako što se u dokumentaciju upisuje broj lumena, stenoza ili striktura, položaj, a lokacija lumena se označava pomoću sustava sata (12 sati znači da je ileostoma u ravnini s glavom bolesnika). Dokumentira se miris, odnosno prisutnost ili odsutnost neugodnih mirisa te se opisuje spoj stome i peristomalne kože, koji može biti spojen ili odvojen (31).

Sestrinska dokumentacija također sadrži informacije o efluentu, peristomalnoj koži, vrsti pribora i opreme koju bolesnik koristi, podatke o boli, znakovima komplikacija, zapaženim promjenama i razini znanja i vještina bolesnika u provođenju postupaka njege stome. Kod ileostome se opisuju karakteristike efluenta koje uključuju: količinu, konzistenciju, ukupan izgled (gust, viskoznan, tekući, tjestast, uljast, oblikovan, mekan, rijedak, katranast). Opisuju se karakteristike peristomalne kože (boja, edem, čvrstoća, intaktnost, zadebljanja, bljedilo, lezije, tekstura, ožiljci, rez, osip, mrlje, vlažnost), a koža se procjenjuje minimalno 5 do 6 cm izvan ileostome (4,31).

Dokumentiranje pribora i pomagala uključuje upisivanje vrste stoma seta, naziv i kontakt proizvođača, veličinu pakiranja, broj stoma setova i pomagala koja su isporučena bolesniku. Važno je obratiti pozornost na to da li bolesniku odgovara set koji se koristi, a u slučaju da postoje poteškoće u postavljanju ili dolazi do istjecanja stolice, može se preporučiti promjena vrste stoma seta. Procjena funkcionalnosti i prijanjanja stoma pločice te komplikacije povezane sa postavljanjem stoma seta. U ovom dijelu dokumentacije se

također treba navesti da li je bolesnik usvojio vještine postavljanja seta i da li je informiran o načinu naručivanja proizvoda nakon otpusta iz bolnice (31).

Sva zapažanja tijekom procjena i postupci koji su provedeni kod pacijenta tijekom hospitalizacije upisuju se u sestrinsku dokumentaciju, kronološkim slijedom i uz potpis medicinske sestre koja je izvela procjenu, odnosno postupak (31). Dokumentiraju se sve izmjene plana skrbi, provedba intervencija prema nalogu liječnika i preporuke za daljnje provođenje zdravstvene skrbi. Dokumentiraju se sve procjene boli, što uključuje intenzitet, vrijeme pojave boli, uzročni čimbenici, kvaliteta, trajanje, čimbenici ublažavanja boli, varijacije, intervencije i učinkovitost intervencija. Kod bolesnika je važno kontinuirano procjenjivati i pratiti pojavu znakova i simptoma komplikacija ileostome i peristomalne kože, a sva zapažanja se upisuju u dokumentaciju. Ovo može uključivati: mukokutanu separaciju, stenozu, nekrozu, krvarenje, dermatitis, folikulitis, peristomalnu herniju, peristomalnu hiperplaziju, pseudoverrukozne lezije, alergijski dermatitis, kontaktni dermatitis, istjecanje sadržaja ileostome, infekcije. Prisutnost ovih stanja potrebno je posebno naglasiti u dokumentaciji uz navedene postupke koji su provedeni i postupke koji su preporučeni za daljnje provođenje kako bi se postigli željeni ishodi skrbi (31).

U dijelu sestrinske dokumentacije koja se odnosi na edukaciju bolesnika i članova obitelji upisuje se vrijeme provedenih edukacija, obuhvaćene teme, ime i prezime edukatora te imena i prezimena članova obitelji bolesnika koji su sudjelovali u edukaciji. Nakon provedenih edukacija medicinska sestra procjenjuje razinu razumijevanja bolesnika i članova obitelji o temama o kojima su informirani, a rezultati ove procjene uvodi u sestrinsku dokumentaciju. Na temelju ove procjene daju se daljnje smjernice za informiranje i edukaciju te preporuke o temama koje je potrebno ponoviti. Medicinska sestra koja uvodi podatke u dokumentaciju mora se potpisati te navesti i da li su polaznicima edukacije podijeljeni edukativni materijali o njezi ileostome i preporukama vezanim za potrebne promjene u načinu života nakon operativnog zahvata (31).

4.4.1. Razdoblje nakon operacije

Nakon postavljanja ileostome bolesnik ostaje hospitaliziran nekoliko dana, ovisno o procjeni stanja i uspješnosti prilagodbe (32). U ranoj postoperativnoj fazi proces praćenja bolesnika usmjeren je na njegu i toaletu kirurške rane i praćenje procesa zacjeljivanja. Medicinska sestra u postupanju s ranom treba poštivati pravila aseptičnog rada, koristiti

jednokratne i sterilne materijale, a ako postoji potreba rana se previja oblogama. U postupku zbrinjavanja rane potrebno je kontinuirano procjenjivati promjene na koži kako bi se spriječila veća oštećenja. Sve promjene potrebno je dokumentirati u sestrišku dokumentaciju i o njima obavijestiti liječnika. Ovisno o vrsti promjena, planiraju se i provode postupci usmjereni na sprječavanje razvoja infekcije i postizanje učinkovitog zacjeljivanja rane. Ovisno o vrsti operativnog zahvata kod bolesnika se postavlja drenaža, kojom se postiže uklanjanje tekućine u operativnom području i sprječava se nastanak apscesa. Kod bolesnika može biti potrebno primijeniti tekućinu intravenski, ovisno o procjeni potreba i prisutnom riziku od dehidracije. U slučaju poteškoća s mokrenjem, kod bolesnika se postavlja urinarni kateter, što zahtijeva praćenje diureze i karakteristika izlučenog urina. Kod bolesnika s urinarnim kateterom dodatno se provode mjere praćenja i sprječavanja razvoja infekcije. Praćenje stanja ileostome od medicinske sestre zahtijeva poznavanje znakova i simptoma poremećaja protoka krvi u ileostomu, koji mogu rezultirati razvojem nekroze koja zahtijeva hitnu kiruršku intervenciju (4). Znakovi nekroze uključuju tamnocrvenu, ljubičastu ili crnu boju i neugodan miris. Ileostoma kod koje nisu prisutni znakovi promjena ili razvoja komplikacija je crvena, vlažna i izlazi iznad površine kože oko 2 cm. Nakon operativnog zahvata, ileostoma može izgledati otečeno i edematozno, a na trajnu veličinu se smanjuje za oko šest do osam tjedana nakon formiranja (32).

U ovoj fazi zbrinjavanja bolesnika ključna je suradnja multidisciplinarnog tima, kojom se postiže sveobuhvatan pristup bolesniku i olakšava se rješavanje svih poteškoća koje se mogu javiti u procesu oporavka nakon kirurškog zahvata. Multidisciplinarni tim obuhvaća stručnjake iz različitih područja, koji djelovanjem unutar svog djelokruga rada postižu zajedničke ciljeve. U proces skrbi važna je uloga nutricionista i dijetetičara, koji se uključuju u procjenu nutritivnog statusa i planiranje prehrane nakon formiranja ileostome (4).

Medicinske sestre trebaju poticati bolesnika na što ranije ustajanje iz kreveta i hodanje, uz primjenu analgetika u slučaju postojanja boli. Rana mobilizacija smatra se jednom od najvažnijih preporuka nakon operativnog zahvata jer smanjuje rizik od postoperativne upale pluća i venske tromboembolije. U nekim situacijama, ovisno o procjeni potreba i mogućnosti bolesnika, uključivanje fizikalnih i radnih terapeuta u proces skrbi može pomoći u postizanju postavljenih ciljeva vezanih za mobilizaciju (32). Kod bolesnika se također preporučuje što raniji unos hrane i tekućine na usta. Početak hranjenja preporučen je nekoliko sati nakon operativnog zahvata, a postupak hranjenja treba biti

indiciran od strane liječnika. Oralni unos hrane moguć je tek nakon što se uspostavi crijevna peristaltika, koja se očituje crijevnim zvukovima, nadutošću i pražnjenjem crijeva (4).

Mučnina i povraćanje česti su nakon operativnog zahvata, a povezani su s primjenom anestezije. U slučaju da bolesnik osjeća mučninu, obavezno se obavještava liječnika, koji prema procjeni ordinira farmakološku terapiju ili poseban način prehrane, odnosno dijetu s niskim udjelom vlakana. Nakon postignutog poboljšanja, dijeta se modificira u odnosu na razinu tolerancije bolesnika (4). Kod bolesnika s ileostomom potrebno je kontinuirano nadzirati unos i iznos tekućine zbog velikog izlaza (više od 1200 ml dnevno), što može dovesti do dehidracije i neravnoteže elektrolita. U slučaju izlaza u količinama iznad 1200 ml dnevno obavezno se obavještava liječnika. Visoku količinu izlaza učinak potrebno je odmah prijaviti liječniku i dokumentirati u sestrinskoj dokumentaciji. Rizik od opstipacije kod bolesnika s ileostomom postoji, stoga je važno preporučiti izbjegavanje hrane koja dokazano može dovesti do zatvora. Prehrambene namirnice koje je potrebno izbjegavati uključuju kukuruz, kokice, orašaste plodove, salatu od kupusa, celer i grejp. Znakovi opstipacije uključuju izostanak ili drastično smanjen izlaz tijekom 24 sata, abdominalnu bol i oteklinu ileostome. Ako se neki od ovih znakova pojave, bolesnik treba prestati jesti krutu hranu, piti toplu tekućinu i javiti se liječniku ako se opstipacije ne riješi navedenim metodama (33). Bolesnika je važno educirati da uzima manje i češće obroke i dovoljnu količinu tekućine. Žvakanje hrane je bitno jer dobro sažvakana hrana optimizira probavu i apsorpciju. Bolesnik bi trebao slijediti posebne preporuke liječnika i nutricioniste o prehrani. Specifične prehrambene preporuke općenito ovise o nutritivnim potrebama bolesnika, na temelju kojih se izrađuje plan prehrane. Kod bolesnika s ileostomom je rizik od pothranjenosti nizak, osim u slučajevima gdje je odstranjen veći dio ileuma, što smanjuje razinu apsorpcije i ograničava druge probavne procesa. Ovi su bolesnici izloženi većem riziku od dehidracije jer se zaobilazi debelo crijevo koje je odgovorno za apsorpciju vode i elektrolita, posebno natrija i kalija, stoga se u preporukama treba naglasiti veći unos natrija i kalija u prehrani, sve dok ne postoje opravdane kontraindikacije (4).

Kontrola boli važna je u ranoj postoperativnoj fazi. Svi bolesnici osjećaju bol nakon zahvata, koja se povezuje s kirurškom ranom i potrebom za mirovanjem. Osjećaj boli može se smanjiti primjenom farmakološke terapije prema nalogu liječnika i poučavanjem bolesnika o nefarmakološkim postupcima, poput zauzimanja poštenog položaja (34). Učinkovitom kontrolom boli povećava se razina samostalnosti, olakšava rana mobilizacija

i poboljšava samostalnost bolesnika u izvođenju postupaka njega ileostome. Prije primjene analgetika kod bolesnika je potrebno procijeniti prisutnost alergija. Nakon operativnog zahvata postavljanja ileostome nije preporučena primjena opioda jer mogu dovesti do opstipacije i poremećaja peristaltike crijeva. Bolesnika je potrebno upozoriti da lijekove za suzbijanje boli ne uzima bez prethodnog obavještanja medicinske sestre ili liječnika (4). Procjena boli provodi se korištenjem vizualno analogne skale (VAS), kojom se bol procjenjuje na skali od 1 do 10, pri čemu ocjena 1 znači stanje bez boli, a ocjena 10 nepodnošljivu bol. Prilikom procjene bolesnika je potrebno ispitati o lokalizaciji i karakteristikama boli. Bol se procjenjuje prije i nakon primjene analgetika, u vremenskim razmacima koji ovise o učestalosti i intenzitetu boli. Ovaj način procjene omogućuje uvid u učinkovitost primijenjene terapije te korekciju vrste lijeka, doze i načina primjene (34).

4.4.2. Edukacija bolesnika o zdravstvenoj njezi ileostome

U fazi prije otpusta iz bolnice bolesnika je važno informirati o mogućim komplikacijama te utvrditi razinu poznavanja i razumijevanja ranih simptoma i znakova istih (4). Provodi se procjena usvojenosti informacija i stečene vještine njege ileostome. Bitno je procijeniti razumijevanje bolesnika o znakovima i simptomima komplikacija, prvenstveno istjecanja stolice, zastoja i nekroze ileostome, promjena na koži i infekcije. U ovoj fazi zdravstvene skrbi provodi se intenzivna edukacija o korištenju pomagala za njegu stome. Način edukacije i materijali koji se koriste ovise o tome da li je bolesniku preporučan jednodijelni ili dvodijelni stoma sustav. Oba sustava uključuju stoma vrećicu i pločicu, koja služi kao barijera koja prianja na kožu oko ileostome i štiti od istjecanja sadržaja. U jednodijelnom sustavu, pločica i vrećica su povezani, dok su u dvodijelnom sustavu odvojeni, a vrećica se može ukloniti i spojiti nova vrećica dok kožna barijera ostaje na mjestu (Slika 4.4.) (4).



Slika 4.4. Dvodijelni stoma sustav (4)

Za pravilno pristajanje, središnji otvor stoma pločice mora biti izrezan tako da odgovara veličini stome (6). Stoma pločica se ne reže ako bolesnik ima modelirajuće ili rastezljive pločice, koje se postavljaju tako da se otvor pločice raširi, a nakon postavljanja se formira u odnosu na veličinu ileostome. Odabrana vrsta stoma sustava ovisi o preferencijama i potrebama bolesnika, ali i o dostupnosti određenih sustava na tržištu. Bolesnika je potrebno educirati o dodatnim materijalima, proizvodima i pomagalicama koja se koriste u procesu njege stome. Ovo uključuje proizvode koji poboljšavaju pristanjanje pločice na kožu oko ileostome, što smanjuje rizik od odljepljivanja i povećava vremenski razmak između dvije promjene stoma sustava. Fleksibilni zaštitni prstenovi imaju ulogu u zaštiti kože i poboljšavanju pristanjanja stoma pločice. Puder u prahu koristi se za upijanje vlage, koja može dovesti do odljepljivanja stoma pločice i istjecanja sadržaja ileostome između kože i kožne barijere. Pasta ili ljepilo za stomu dodatno učvršćuje stoma pločicu, a bolesnika je potrebno informirati o načinu nanošenja i količini ljepila koja je potrebna za postizanje željene učinkovitosti. Lubrikanti olakšavaju skidanje stoma pločice, a maramice za čišćenje skidaju ljepilo koje se može zadržati na površini kože gdje je bila postavljena stoma pločica. Dezodoransi za stoma vrećice se koriste kako bi se smanjio intenzitet neugodnih mirisa, što je za bolesnike posebno važno kada izlaze izvan kuće i kada se nalaze u istom prostoru s drugim ljudima (6).

Medicinska sestra treba bolesnika poučiti da isprazni stoma vrećicu kada nije puna više od jedne trećine jer u suprotnom može postati preteška i odmaknuti se od stoma pločice te dovesti do istjecanja sadržaja. Stoma vrećicu se preporučuje prazniti izravno u

zahodsku školjku te mu objasniti kako zauzeti ispravan položaj kod pražnjenja stoma vrećice na ovaj način (30). U procesu edukacije pozornost je potrebno obratiti na sustav zatvaranja stoma vrećica, jer svaki sustav ima jedinstveni mehanizam, koji može uključivati kopču za zatvaranje ili zatvarač koji zahtijeva rotiranje u određenom smjeru. Nakon pražnjenja stoma vrećice, unutrašnjost vrećice na mjestu zatvaranja potrebno je obrisati vlažnom maramicom ili vlažnim ručnikom kako bi se vrećica mogla dobro zatvoriti. Nakon zatvaranja laganim povlačenjem stoma vrećice se provjerava da li je dobro zatvorena. Bolesniku je važno naglasiti da se stoma vrećica ne bi trebala ispirati vodom jer voda može oslabiti brtvljenje i dovesti do istjecanja stolice. Dezodorans se može primijeniti direktno u vrećicu nakon svakog pražnjenja, što smanjuje intenzitet neugodnih mirisa (4).

Stoma sustav potrebno je mijenjati u prosjeku dva puta tjedno ili u svakoj situaciji kada postoje znakovi istjecanja ili iritacije kože. Stoma sustavi trebali bi osigurati lako, sigurno i učinkovito brtvljenje u trajanju od najmanje tri dana. Bolesnici s ileostomom mogu povremeno osjetiti istjecanje sadržaja, što se smatra iznimkom, a ne pravilom, jer ima negativan utjecaj na kvalitetu života (4, 6). Ako je istjecanje kontinuirano, potrebno je pokušati s promjenom tehnike postavljanja ili vrste stoma sustava. Medicinske sestre trebaju procijeniti postupke koje bolesnik provodi u procesu njege stome te utvrditi postoje li pogreške u načinu postavljanja i promjene stoma sustava. Vrijeme promjene stoma sustava potrebno je dogovoriti s bolesnikom, a određuje se u odnosu na njegovu dnevnu rutinu prije postavljanja ileostome. Najbolje doba dana za promjenu stoma sustava individualno je i razlikuje se od bolesnika do bolesnika. Vrijeme se također treba planirati u dogovoru s članovima obitelji, pri čemu se posebno naglašava član obitelji koji sudjeluje u procesu njege ileostome. Vrijeme promjene sustava stome potrebno je planirati rano ujutro prije uzimanja hrane i tekućine ili najmanje dva sata nakon obroka u toku dana. Planiranje vremena u odnosu na navedeno promjenu čini lakšom i bržom zbog manje količine stolice. Osim navedenog, stoma sustav se preporučuje mijenjati nakon tuširanja, no odluka o vremenu promjene ovisi o bolesniku i njegovoj dnevnoj rutini (4, 6).

U ovoj se fazi bolesniku treba osigurati zaliha stoma sustava i ostalih proizvoda i pomagala za njegu ileostome. Bolesnika je važno savjetovati o načinu skladištenja pomagala, koja trebaju biti organizirana na jednom mjestu. Važno je da mjesto na kojemu se čuvaju pomagala za ileostomu nije izloženo previsokim ili preniskim temperaturama,

koje mogu oslabiti učinkovitost ljepljivih površina i smanjiti sigurnost stoma sustava nakon postavljanja na kožu (4).

Osim usmene edukacije i demonstracije postupaka, bolesniku se prije otpusta izdaju upute za njegu stome u pisanom obliku, poput informativnog letka, brošure i drugih edukativnih materijala. Ove upute bi trebale sadržavati tekst kojim se objašnjavaju svi koraci postupka, a isti treba biti napisan razumljivo, jasno, jezikom koji bolesnik razumije i treba sadržavati kronološki slijed koraka njege stome. Preporučeno je da edukativni materijali sadrže slike (npr. izgled ileostome s nekrozom, retrakcija ileostome), koje bolesniku omogućuju usporedbu što može olakšati prepoznavanje znakova komplikacija (4,6).

Koraci u procesu promjene stoma sustava kod ileostome mogu se sažeti na slijedeće (4):

1. nježno uklanjanje stoma sustava pomoću sredstva za uklanjanje ljepila, uklanjanje stoma pločice od vrha prema dolje uz podupiranje kože kako bi se smanjio rizik od oštećenja,
2. izmjeriti ileostomu, izrezati ili oblikovati novu stoma pločicu u veličini i obliku ileostome,
3. očistiti i temeljito posušiti kožu oko ileostome, bez korištenja hidratantnih sredstava i sapuna jer mogu ometati prijanjanje stoma pločice
4. pregledati ileostomu i okolnu kožu, ako postoje oštećenje primijeniti puder u prahu, obavijestiti medicinsku sestru o postojanju oštećenja,
5. provjeriti odgovara li veličina stoma pločice, ukloniti zaštitnu foliju, nanijeti pastu ili ljepilo za stoma pločicu, postaviti stoma pločicu na kožu,
6. stoma vrećicu centrirati iznad stome, nježno je pritisnuti na mjesto kako bi se osiguralo dobro brtvljenje, provjeriti da li je stoma vrećica dobro postavljena laganim povlačenjem prema dolje.

S obzirom da ileostoma utječe na fizičko, psihičko i emocionalno funkcioniranje bolesnika, prije otpusta iz bolnice potrebno je osigurati maksimalnu razinu pomoći i podrške (4, 6). U proces zdravstvene skrbi se preporučuje uključiti psihologa ili psihijatra, ovisno o procijenjenim potrebama bolesnika. Medicinske sestre trebaju bolesnika poticati na verbaliziranje osjećaja, strahova i tjeskobe te im objasniti da se ne trebaju sramiti

ileostome. Učinkovito prihvaćanje ileostome omogućuje bolesniku vođenje aktivnog života i sudjelovanje u aktivnostima kao i prije postavljanja ileostome. Ovisno o stanju bolesnika prije operativnog zahvata, ileostoma može imati pozitivan utjecaj na kvalitetu života jer smanjuje utjecaj osnovne bolesti na izvođenje svakodnevnih životnih aktivnosti. Ileostoma ne ograničava bolesnika u području obiteljskog, profesionalnog i društvenog života. Izvođenje tjelesne aktivnosti se preporučuje, a konzultacije s liječnikom su potrebne samo ako se radi o tjelesnoj aktivnosti koja uključuje dizanje teškog tereta i visoku razinu naprezanja i napora, poput npr. dizanje utega u teretani jer može doći do razvoja kile (4, 6).

Bolesnika je potrebno savjetovati da kada izlazi iz kuće ili ide na putovanje nosi sa sobom rezervni pribor za promjenu stoma sustava, kako bi mogao promijeniti stoma pločicu i vrećicu u slučaju da dođe do istjecanja. U slučaju putovanja potrebno je ponijeti dvostruko više stoma setova u odnosu na broj koji se smatra potrebnim. Pribor za promjenu bolesnik može nositi u posebnoj torbici koju dobije prije odlaska kući iz bolnice (4).

Kada se govori o provođenju osobne higijene i tuširanju, bolesnik se može tuširati bez da se stoma set skida, a nakon tuširanja ga je potrebno dobro posušiti i provjeriti da li je pločica dobro pričvršćena i vrećica zatvorena. Ako bolesnik preferira tuširanje bez stoma seta, tada se preporučuje skinuti stoma pločicu prije tuširanja, a nakon sušenja kože postaviti novi set. U ovom slučaju potrebno je prethodno pripremiti set za promjenu kako bi se postavio odmah po završetku tuširanja. Bolesnici s ileostomom mogu se baviti sportom. Rekreativno plivanje preporučuje se sa stoma setom koji se zaštiti posebnom torbicom oko struka, a prije plivanja je potrebno isprazniti stoma vrećicu i dodatno je pričvrstiti vodootpornom ljepljivom trakom. Izbor kupaćeg kostima često predstavlja izazov, a žene se najčešće odlučuju za jednodijelne kostime koji pokrivaju stoma set i smanjuju osjećaj neugodnosti (4,6).

Uzimajući u obzir da ileostoma utječe na fizički izgled, može dovesti do poremećaja partnerskih odnosa i smanjenja seksualne želje bolesnika. Osjetljivost na vlastitu sliku tijela je uobičajena, a prisutnost ileostome dodatno povećava ranjivost i smanjuje osjećaj samopouzdanja. Medicinske sestre trebaju pružiti podršku bolesniku i poticati ga na izražavanje osjećaja i zabrinutosti. U razgovor je potrebno uključiti i partnera, što može dodatno povećati razinu povjerenja i održati partnerske odnose na visokoj razini. Kako bi

se smanjio osjećaj nelagode, bolesniku se mogu preporučiti manje vrećice ili kapice za ileostomu, koje se mogu nabaviti od proizvođača, a za prekrivanje stoma seta postoji posebno dizajnirano donje rublje (4).

Sve zdravstvene ustanove u kojima se provode postupci postavljanja ileostome trebaju imati osnovne potrepštine i pribor za promjenu stoma seta, koji se bolesnicima daje pri otpustu. Paket koji bolesnik dobije treba sadržavati sve za promjenu stoma seta dok mu se preko liječnika obiteljske medicine ne osiguraju pomagala za dulje vremensko razdoblje. Ovisno o proizvođaču pomagala za ileostomu, medicinska sestra treba bolesniku osigurati edukativne materijale i knjižicu sa savjetima o njezi ileostome i stomalnog područja (4,6).

Bolesnik iz bolnice odlazi s minimalno pet rezervnih setova i priborom za njegu ileostome. Dolaskom kući, bolesnik ili netko od članova obitelji treba se s medicinskom dokumentacijom i sestričkim otpusnim pismom javiti liječniku obiteljske medicine, koji u zdravstvenu skrb uključuje patronažnu službu i službu zdravstvene njege u kući. Ove se službe uključuju ovisno o potrebama pacijenta, a za cilj imaju pružiti pomoć i podršku bolesniku te mu olakšati prilagodbu na novi način života. Liječnik obiteljske medicine prema preporukama s otpusnog pisma ispisuje recepte i doznake za pomagala. Bolesnika je potrebno poticati na uključivanje u lokalne grupe podrške, ako su aktivne na području na kojem bolesnik živi. Sva pitanja koja bolesnik ima može postaviti liječniku ili medicinskoj sestri tijekom kućnih posjeta, koje se dogovaraju sukladno potrebama i preferencijama bolesnika i obitelji (4).

5. ZAKLJUČAK

Ileostomija je postupak postavljanja privremene ili trajne ileostome s ciljem postizanja eliminacije stolice iz tijela kroz ileum. Može se provesti kao hitan ili dogovoren operativni zahvat. Indikacije uključuju zaštitu distalne anastomoze, evakuaciju stolice kod bolesnika kod kojih je uklonjeno debelo crijevo i liječenje opstrukcije crijeva. Ileostomu je potrebno postaviti dalje od ožiljaka, kožnih nabora i koštanih izbočina, što osigurava funkcionalnost i smanjuje rizik od istjecanja. Oprema i pomagala koja se koriste kod postavljanja ileostome dijeli se na onu u radnoj fazi i fazi održavanja, a svaki bolesnik se treba educirati o njezi stome i stomalnog područja te o mogućim komplikacijama i kako ih pravovremeno prepoznati. Prije izvođenja zahvata utvrđuju se indikacije i kontraindikacije, te se na osnovu procjene donosi odluka o operativnom zahvatu. U provođenju zdravstvene skrbi sudjeluje multidisciplinarni tim koji se sastoji od velikog broja stručnjaka različitih profesionalnosti, što osigurava sveobuhvatan pristup bolesniku. U trenutku kada se donese odluka o postavljanju ileostome, bolesnika je potrebno upoznati s postupkom, indikacijama, mogućim komplikacijama, očekivanjima i ishodima te mu pružiti psihološku podršku jer ileostoma ima izravan utjecaj na kvalitetu života. Medicinska sestra ima važnu ulogu u skrbi za bolesnika, edukaciji i osiguravanju potrebnih pomagala za njegu ileostome. Nakon postavljanja ileostome bolesnici najčešće pokazuju visoku razinu zabrinutosti, straha, tjeskobe i uznemirenosti zbog negativnih utjecaja ileostome na njihov fizički, emocionalni, profesionalni i društveni život. Medicinska sestra nakon postavljanja ileostome bolesnika treba educirati o prehrani, promjenama u načinu života, pravima koja ostvaruje te o postupcima njege stome i kako samostalno izvesti postupke pražnjenja i promjene pločice i vrećice.

6. LITERATURA

1. Rajaretnam N, Lieske B. Ileostomy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
2. Kann BR. Early stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2008;21(1):23-30.
3. Morris A, Leach B. A Qualitative Exploration of the Lived Experiences of Patients Before and After Ileostomy Creation as a Result of Surgical Management for Crohn's Disease. *Ostomy Wound Management*. 2017;63(1):34-9.
4. Cross HH. CE: Nursing Care for Patients After Ostomy Surgery. *American Journal of Nursing*. 2023;123(8):34-41-
5. Rosenberger L, Erbe J. Improved quality of life after ostomy surgery. *Wound Management & Prevention*. 2022;68(5).
6. Mahoney MF, Rozenboom BJ. Basic ostomy skin care: a guide for patients and healthcare providers. Iowa: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society; 2018.
7. Ogobuiro I, Gonzales J, Shumway KR, Tuma F. Physiology, Gastrointestinal. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
8. Collins JT, Nguyen A, Badireddy M. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Small Intestine. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
9. Fiziologija prehrane; 2024. [Internet] Dostupno na: <https://edu.cooking-tour.eu/fiziologija-prehrane/> (Datum pristupa: 1.5.2024.)
10. Chaudhey SR, Bordoni B. Anatomy, Thorax, Esophagus. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
11. Chaudhry SR, Liman MNP, Peterson DC. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Stomach. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
12. Burman A, Kaji I. Luminal Chemosensory Cells in the Small Intestine. *Nutrients*. 2021;13(11):3712.
13. Sulaiman S, Marciani L. MRI of the Colon in the Pharmaceutical Field: The Future before us. *Pharmaceutics*. 2019;11(4):146.
14. Azzouz LL, Sharma S. Physiology, Large Intestine. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
15. Yeung TM, Stocchi L, Mortenson NJ. Chapter 139 - Anatomy and Embryology of the Colon. U: Yeo CJ, (ur.). *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. Amsterdam: Elsevier; 2012.

16. Harkins JM, Sajjad H. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Sigmoid Colon. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
17. Wang YHW, Wiseman J. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Rectum. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
18. Pisarska M, Gajewska N, Małczak P, Wysocki M, Witowski J, Torbicz G, i sur. Defunctioning ileostomy reduces leakage rate in rectal cancer surgery - systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2018;9(29):20816-25.
19. Reichter M, Weber C, Pons-Kuhnemann J, Hecker M, Padberg W, Hecker A. Protective loop ileostomy increases the risk for prolonged postoperative paralytic ileus after open oncologic rectal resection. *International Journal of Colorectal Disease*. 2018;33(11):1551-7.
20. Greenberg AL, Kelly YM, McKay R, Varma MG, Sarin A. Risk factors and outcomes associated with postoperative ileus following ileostomy formation: a retrospective study. *Perioper Med (Lond)*. 2021;10:55.
21. Mehboob A, Miacevic A, Adler JR. Frequency and Complications of Ileostomy. *Cureus*. 2020;12(10):e11249.
22. O'Connor G. Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*. 2005;14(6):320-4.
23. Murken DR, Bleier JI. Ostomy-related complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2019;32:176-82.
24. Mithany RH, Shahid MH, Shahid R, Hannan A, Umar Gill M, Aslam S. Ileostomy 101: Understanding the Basics for Optimal Patient Care. *Cureus*. 2023;15(10):e46822.
25. Watson AJ, Nicol L, Donaldson S, Fraser C, Silversides A. Complications of stomas: their aetiology and management. *British Journal of Community Nursing*. 2013;18:111-2,114,116.
26. Aquina CT, Iannuzzi JC, Probst CP, Kelly KN, Noyes K, Fleming FJ, i sur. Parastomal hernia: a growing problem with new solutions. *Digestive Surgery*. 2014;31:366-76.
27. Srivastav S; Jamil RT, Zeltser R. Valsalva Maneuver. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
28. Zewude WC, Derese T, Suga Y, Teklewold B. Quality of life in patients living with stoma. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2021;31:993-1000.
29. Stavropoulou A, Vlamakis D, Kaba E, Kalemikerakis I, Polikandrioti M, Fasoï G, i sur. „Living with a stoma“: exploring the lived experience of patients with permanent

- colostomy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(16):8512.
30. Colewell JC; Hudson K. Postoperative education of the patient with a fecal or urinary diversion. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT, (ur.). *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society core curriculum: ostomy management*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2022.
 31. Morgan N. Ostomy documentation tips; 2016. [Internet] Dostupno na: <https://woundcareadvisor.com/ostomy-documentation-tips/> (Datum pristupa: 1.6.2024.)
 32. Swearingen PL, Wright J. *All-in-One Nursing Care Planning Resource: Medical-Surgical, Pediatric, Maternity, and Psychiatric-Mental Health* 5th Ed. Missouri: Mosby; 2018.
 33. McCartney T, Markwell A, Rauch-Pucher M, Cox-Peber J. Caring for patients after ileostomy surgery. *American Journal of Nursing*. 2023;123(2):36-41.
 34. Dydyk AM, Grandhe S. *Pain Assessment*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

7. OZNAKE I KRATICE

cm – centimetar

GI – gastrointestinalni

GUK – glukoza u krvi

m – metar

mm – milimetar

VAS – vizualno analogna skala

8. SAŽETAK

Ileostomija je postupak kojim se lumen ileuma provlači kroz trbušnu stjenku kroz kirurški otvor s ciljem eliminacije stolice kroz ileum. Može se izvesti privremeno ili trajno. Apsolutne indikacije ne postoje, a relativne su one koje ograničavaju ili mogu ograničiti funkcionalnost ileuma. Oprema i pomagala kod ileostome dijele se na opremu u radnoj fazi i pomagala u fazi održavanja. Svakog bolesnika je prije postavljanja ileostome potrebno educirati o njezi i pravilnom održavanju stome i stomalnog područja i potencijalnim komplikacijama koje se mogu biti rane i kasne. Postavljanje ileostome opisuje se kao postupak koji spašava život, može se provesti kao hitan ili elektivan zahvat ovisno o indikacijama, a ima izravan utjecaj na kvalitetu života bolesnika. Provođenje postupka i provođenje skrbi kod bolesnika s ileostomom provodi posebno educirani tim liječnika, medicinskih sestara, stomalnih terapeuta, psihologa i stručnjaka drugih djelatnosti koji su uključeni u skrb na izravan ili neizravan način. Formiranje ileostome, neovisno o indikacijama i o tome da li se provodi kao hitan ili dogovoren operativni zahvat ima značajan utjecaj na život bolesnika. Smatra se postupkom koji spašava život, no dugoročno predstavlja izazov za bolesnika. Medicinska sestra ima važnu ulogu u zdravstvenoj skrbi za bolesnika nakon ileostomije, pri čemu se posebno naglašava edukacija i informiranje bolesnika o postupcima njege stome i stomalnog područja. Od velike je važnosti poticati bolesnika da nastavi aktivno živjeti, uz prihvaćanje promjena u načinu života koje se mogu prilagoditi navikama i aktivnostima koje je bolesnik imao prije operativnog zahvata.

Ključne riječi: ileostoma, zdravstvena njega ileostome, edukacija bolesnika

9. SUMMARY

Ileostomy is a procedure in which the lumen of the ileum is passed through the abdominal wall through a surgical opening with the aim of eliminating stool through the ileum. It can be performed temporarily or permanently. There are no absolute indications, and those that limit or may limit the functionality of the ileum are relative. Equipment and aids in ileostomy are divided into equipment in the working phase and aids in the maintenance phase. Before placing an ileostomy, every patient needs to be educated about the care and proper maintenance of the stoma and stomal area and potential complications that can be early and late. Placing an ileostomy is described as a life-saving procedure, it can be performed as an emergency or elective procedure depending on the indications, and it has a direct impact on the patient's quality of life. The procedure and care for patients with an ileostomy is carried out by a specially trained team of doctors, nurses, stoma therapists, psychologists and experts in other fields who are directly or indirectly involved in care. The formation of an ileostomy, regardless of the indications and whether it is performed as an emergency or an agreed surgical procedure, has a significant impact on the patient's life. It is considered a life-saving procedure, but in the long term it represents a challenge for the patient. The nurse plays an important role in the health care of the patient after ileostomy, where special emphasis is placed on educating and informing the patient about procedures for the care of the stoma and stomal area. It is of great importance to encourage the patient to continue living actively, while accepting lifestyle changes that can be adapted to the habits and activities the patient had before the operation.

Key words: ileostomy, ileostomy health care, patient education.

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

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

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>2. srpnja 2024.</u>	<u>ALENKA KOVAČIĆ TRUPČIĆ</u>	<u>Alenka K. Trupčić</u>

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

ALENKA KOVAČIĆ TRUPKVIĆ
ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 2. srpnja 2014.

Lenka K. Trupkvić
potpis studenta/ice