

Sestrinska skrb za bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva

Čančar Crljenković, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:144:419216>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-31**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**Sestrinska skrb za bolesnika nakon operacije
karcinoma debelog crijeva**

Završni rad br. 56/SES/2017

Marina Čančar Crljenković

Bjelovar, veljača 2018.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Čančar Crljenković Marina** Datum: 10.07.2017. Matični broj: 000847

JMBAG: 0314008719

Kolegij: **PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE 1**

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb za bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., mentor**
3. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 56/SES/2017

U ovom preglednom radu potrebno je prikazati preoperativnu pripremu bolesnika i skrb za bolesnika nakon operativnog zahvata koji se izvode kod oboljelih od karcinoma debelog crijeva. Zdravstvena njega bolesnika obuhvaća psihološku pripremu bolesnika, dijagnostičku obradu i pripremu samog probavnog sustava kod bolesnika. Uloga medicinske sestre važna je tijekom boravka bolesnika u bolnici kao i nakon otpusta iz bolnice kada je potrebno osigurati bolesniku uvjete kako bi se što prije privikao na promjene koje su nastale i očuvao što veću samostalnost.

Zadatak uručen: 10.07.2017.

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



Zahvala

Zahvaljujem svojoj obitelji na strpljenju i razumijevanju tijekom svih godina studija, najviše mom mužu.

Posebice zahvaljujem mentorici Đurđici Grabovac dipl. med.techn. na nesebičnoj pomoći i usmjeravanju kako bi ovaj rad bio što kvalitetnije napisan.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Anatomija i fiziologija probavnog sustava.....	2
1.2. Maligne bolesti debelog crijeva	3
1.2.1. Simptomi i znakovi maligne bolesti debelog crijeva	4
1.2.2. Dijagnosticiranje maligne bolesti debelog crijeva.....	4
1.2.3. Liječenje maligne bolesti debelog crijeva.....	5
1.2.4. Prevencija maligne bolesti debelog crijeva	5
1.3. Kolostoma.....	6
2. CILJ RADA.....	7
3. PRIKAZ SLUČAJA	8
3.1. Anamnestički podaci	8
3.2. Klinička slika i tijek liječenja.....	8
3.3. Sestrinske dijagnoze	9
4. KOMPLIKACIJE KOLOSTOME.....	12
4.1. Rizični faktori	12
4.2. Rane komplikacije.....	12
4.2.1. Krvarenje	12
4.2.2. Retrakcija kolostome.....	13
4.2.3. Nekroza stome.....	13
4.2.4. Parastomalna evisceracija	13
4.2.5. Peristomalni apscesi, flegmone i fistule	14
4.2.6. Oštećenje kože u okolini stome.....	14
4.2.7. Peristomalna hernija	14
4.2.8. Mehanička okluzija	15
4.2.9. Perforacija	15
4.3. Kasne komplikacije	15

4.3.1.	Prolaps stome	15
4.3.2.	Sekundarne stenoze anusa.....	16
4.3.3.	Krvarenja	16
5.	RASPRAVA	17
5.1.	Zdravstvena nega bolnika s kolostomom	17
5.1.1.	Preoperativna priprema	17
5.1.2.	Postoperativna edukacija	18
6.	ZAKLJUČAK.....	22
7.	LITERATURA.....	23
2.	OZNAKE I KRATICE	25
3.	SAŽETAK.....	26
4.	SUMMARY	27

1. UVOD

Tumori debelog crijeva podijeljeni su na benigne i maligne tumore. Većinu benignih tumora čine adenomi i papilomi, koji se izbočuju u lumen crijeva i nazivaju se polipi. Rak debelog crijeva, carcinomacolonis, je najčešći maligni tumor debelog crijeva, odmah nakon raka želuca po učestalosti. Smrtnost od kolorektalnog karcinoma viša je od bilo kojeg drugog zloćudnog tumora, osim raka pluća. Tumor se javlja u svakoj životnoj dobi, ali obično poslije 40. godine. Poznati predisponirajući čimbenici karcinoma kolona jesu obiteljska polipoza kolona, kronični ulceroznikolitis i polipi kolona.

Kolostomija, anus praeter-naturalis, predstavlja otvor na debelom crijevu, colon, izvučen na prednju trbušnu stjenku prema van, a služi pražnjenju stolice. Anus praeternaturalis može biti privremeni, koji se radi kod ozljede, perforacije ili fistule kolona i kod karcinoma kolona u stanju ileusa, ili trajni, koji se radi kod inoperabilnog karcinoma kolona i rektuma i kod operabilnog raka rektuma prilikom radikalne amputacije rektuma. Nakon operacije bolesniku se postavlja trajni urinarni kateter, provodi se redovita kontrola i previjanje operativne rane na trbušnoj stijenci i u području analnog predjela, redovita kontrola kolostome, primjenjuju se antibiotici i nadoknada tekućine i elektrolita, te nakon pojave peristaltike, vjetrova i stolice, bolesnik može započeti uzimati tekućinu na usta. Potrebno je brinuti se o njezi kolostome, održavati redovnu higijenu i pridržavati se dijetalne prehrane. Velika podrška pacijentima u postupku rehabilitacije pružaju udruge koje okupljaju bolesnike kod kojih je izvedena kolostoma. U rad s bolesnicima uključeni su stomaterapeuti. Stomaterapeuti su educirani prvostupnici sestrinstva, koje kroz program cijeloživotnogorazovanja svladavaju dodatne vještine i stječu kompetencije iz područja enterostomalne terapije, inkontinencije i njege kronične i kirurške rane.

U radu je prikazana sestrinska skrb za bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva, kojemu je uvedena kolostoma. Prikaz slučaja sastoji se od anamnestičkih podataka, kliničke slike i tijeka liječenja bolesnika te zdravstvena njega bolesnika kroz proces zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege se odvija u četiri faze: utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege i evaluacija. Posebno poglavlje ovog rada posvećeno je mogućim komplikacijama kolostome, poboljšanju kvalitete života bolesnika s kolostomom, zdravstvenom odgoju bolesnika s kolostomom, te važnosti povećavanja stupnja

samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja, kao što su održavanje higijene, promjena podloge i stoma vrećice, za što je važna edukacija pacijenta i njegove obitelji.

1.1. Anatomija i fiziologija probavnog sustava

Izmjena tvari – metabolizam je ključni proces u ljudskom tijelu kojem je potrebna redovita opskrba hranjivim tvarima koje tvore nove molekule potrebne za rast novih i izmjenu istrošenih stanica i tkiva. Probavni sustav, *apparatus digestorius*, prihvaća hranu, te omogućuje unošenje hranjivih i drugih tvari u organizam, te se događa kemijska promjena sastava namirnica, kemijski spojevi se pretvaraju u jednostavnije i topljive u vodi. Probavni sustav krute i ne topljive tvari u vodipretvara u topljiv oblik te putem krvi one postaju hranom za stanice ili se skladište.

Usta su početni dio probavnog sustava gdje se hrana mehanički usitnjuje i prenosi dalje putem ždrijela u probavnu cijev. U usnoj šupljini koju čine usne, zubi, jezik i pljuvačne žlijezde obavlja se uzimanje hrane i usitnjavanje hrane u probavnu cijev, a sadrži osjetila okusa, opipa, boli i toplinskog osjeta. Ždrijelo označava križanje dišnog i probavnog sustava, a građeno je od snažnog mišićja koje omogućuje gutanje, dok ždrijelna sluznica sadrži mnogo malih žlijezda koje izlučuju sluz što vlaži zalogaj i čini ga skliskim. Nalazi se iza usne šupljine i grkljana. Probavna cijev je duga oko osam metara i nastavlja se iz ždrijela u jednjak, želudac, tanko i debelo crijevo te na rektum(1,2).

U probavnoj se cijevi hrana kemijski razgrađuje i korisne se tvari resorbiraju, a ostatak tvari se izbacuju stolicom. Jednjak, *oesophagus*, cjevasti je mišićni organ dug 25 cm u nastavku ždrijela, a smješten je ispred kralješnice. Jednjak je iznutra obložen sluznicom koja sadrži mnoštvo sluznih žlijezda koje izlučivanjem sluzi podmazuju zalogaj kako bi lakše kliziodobno štiti donji dio jednjaka od kiselog želučanog sadržaja. Jednjak prolazi kroz ošit i ulazi u želudac, *gaster*, vrećasto spremište hrane obujma do litre i pol u kojem se hrana istodobno mehanički i kemijski probavlja. Hrana izmiješana sa želučanim sokom postaje kašasta (himus) i prolazi u tanko crijevo. Tanko crijevo, *intestinum tenue*, ima tri dijela, i to su

dvanaesnik, tašto i vito crijevo. Debelo crijevo, *intestinumcrassum*, dugačko je oko metar i pol i nastavlja se na tanko crijevo u desnom donjem kraju abdomena u kojem oblikuje okvir što okružuje vijuge tankog crijeva (2). Debelo crijevo spušta se prema zdjelici gdje tvori petlju prije nego što se proširi u ravno crijevo i potom završi analnim kanalom. Tanko se crijevo otvara u debelo crijevo i ispod tog ulaza u desnom donjem dijelu abdomena (hipogastrij) nastaje crijevna vreća kojom debelo crijevo započinje, a nazvana je slijepo crijevo, *ceacum*. U dnu se slijepog crijeva nastavlja uski zakržljali crvuljak, *appendixvermiformis*. Slijepo crijevo prema gore prelazi u uzlazno crijevo, *colonascendens*, koje dopire do jetre. Potom uzlazno crijevo zaokreće na lijevu stranu i seže do pod ošit ulijevo od želuca kao poprečno crijevo, *colontransfersum*, pa se spušta lijevom stranom trbuha silaznim crijevom, *colondescendes*. Debelo crijevo prije ulaza u malu zdjelicu savijeno je u obliku grčkog slova sigma, pa govorimo o zavojitu crijevu, *colonsigmoideum* i naposljetku završava ravnim crijevom. Ravno crijevo, *rectum*, oblikuje zavoj ispred križne kosti i završava proširenjem, *ampullarecti*, a otvara se prema van, *anus*. U području anusa postoje dva mišića zapirača, sfinktera, unutarnji oblikuje glatko mišićje koje nije pod voljnim utjecajem, a izvanjski mišić pripada zdjelichnoj pregradi i može se voljno stezati i opuštati(1,2).

1.2. Maligne bolesti debelog crijeva

Prema Registru za maligne bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo maligna bolest debelog crijeva je drugi najčešći oblik maligne bolesti u muškaraca, iza maligne bolesti pluća i u žena, iza maligne bolesti dojke (3). Tumorse može pojaviti duž cijelog debelog crijeva, premda je uočena tendencija povećanja učestalosti tumora proksimalnog dijela debelog crijeva. Etiološki čimbenici dijele se u tri skupine: obiteljsko nasljeđe, prehrana i kronične upalne bolesti debeloga crijeva. Srednja dob dijagnoze je od 55 do 65 godina. Do naglog porasta raka debelog crijeva dolazi u dobi iznad 65 godina starosti. Prehrambeni čimbenici i čimbenici suvremene civilizacije značajni su čimbenici razvoja raka debeloga crijeva (4,5). Ako se jave simptomi, oni su uglavnom kasni i nespecifični, stoga se tumori otkrivaju uglavnom slučajno, često kasno, u uznapređevaloj fazi, kada gotovo polovica već metastazira u jetru, limfne čvorove, mezenterij ili peritonej(5).

1.2.1. Simptomi i znakovi maligne bolesti debelog crijeva

Najčešći simptomi karcinoma debelog crijeva su primjese krvi sa stolicom, bol u trbuhu, promijenjen izgled stolice (tanka stolica, učestala stolica, proljev i opstipacija), vlažni plinovi, mršavljenje i umor.

Maligna bolest debelog crijeva raste polako i nakon što je dovoljno velika, izaziva simptome. Simptomi maligne bolesti debelog crijeva ovise ponajviše o mjestu nastanka i njegovoj veličini. Kako je početni dio debelog crijeva širi, simptomi bolesti nastaju kasnije. Tumor može narasti toliko da ga se može napipati preko trbušne stijenke, jedini znak bolesti može biti anemija zbog gubitka željeza krvarenjem i opća slabost. Lijevi dio je užji, pa najčešće dolazi do otežanog prolaza stolice kroz suženje te se pojavljuju kolike, te je moguća stolica s primjesom krvi. Mogu se pojaviti i lažni porivi na pražnjenje ili osjećaj nepotpunog pražnjenja. Tumor se može proširiti u okolne ili putem krvi na udaljene organe. Najčešće se širi na želudac i jetru, te se pojavljuje bol ispod desnog rebrenog luka i žutica(4,5).

1.2.2. Dijagnosticiranje maligne bolesti debelog crijeva

Metoda ranog otkrivanja maligne bolesti debelog crijeva je test na okultno krvarenje. Testiranje se izvodi tri dana za redom čime se povećava vjerojatnost da će test biti pozitivan. Ako je test pozitivan, potrebne su daljnje pretrage(5).Liječnik će obratiti pažnju na simptome kao što su: gubitak težine tijela, bljedoća, pigmentacija i suhoća kože te otekline.Ako liječnik posumnja na karcinom, potreban je pregled završnog dijela debelog crijeva prstom – digitorektalni pregled. Iako se oko 60% maligne bolesti debelog crijeva nalazi u njegovom završnom dijelu, potrebno je svakako kolonoskopom pregledati crijevo. Kolonoskopijom seotkrivaju i najmanje promjene u debelom crijevu, moguća je i biopsija tkiva za daljnju analizu.

Ultrazvučnim pregledom mogu se otkriti metastaze u jetri, dok se CT-om može otkriti povećanje limfnih čvorova i slično(4,5,6,7).

1.2.3. Liječenje maligne bolesti debelog crijeva

Hemikolektomija je operativni postupak koji se izvodi u dva slučaja: ako karcinom zahvaća početni, desni dio crijeva, uklanja se taj dio i izvodi se desna hemikolektomija, a ako je zahvaćen završni, lijevi dio, izvodi se lijeva hemikolektomija. Kad je zahvaćen završni dio crijeva, rektum i to za više od 6 cm od anusa, radi se nisko uklanjanje crijeva. Ako je karcinom postavljen niže tada se postavlja trajna kolostoma. Laparoskopna resekcija debelog crijeva je novija operativna metoda, a izvodi se ponajprije desna hemokolektomija i sigmoidektomija. Hartmannova operacija označava resekciju sigme i gornjeg dijela rektuma s očuvanjem završnog dijela rektuma i anusa i oblikovanjem kolostomije(5,6,7,8).

1.2.4. Prevencija maligne bolesti debelog crijeva

Edukacija bolesnika je veoma važna u prevenciji maligne bolesti debelog crijeva. S obzirom na povezanost prehrane koja sadrži visoke udjele životinjskih masti i pojave malignih bolesti, medicinska sestra treba savjetovati izbjegavanje masne, jako pržene, dimljene i suhomesnate hrane, u prehranu uvesti što više voća i povrća, birati zdrave masnoće te voditi računa o redovitoj stolici. Uz prehranu iznimnu važnost predstavlja tjelesna aktivnost i lijekovi. Važna zadaća medicinske sestre je savjetovanje o pravilnoj prehrani već u vrtićima, jer djeca od najranije dobi trebaju biti poticana na zdravu i raznoliku prehranu i tjelesnu aktivnost. U svrhu ranog otkrivanja i smanjenja smrtnosti od maligne bolesti debelog crijeva u Hrvatskoj se provodi Nacionalni program ranog otkrivanja maligne bolesti debelog crijeva koji obuhvaća sve žene i muškarce u dobi od 50-74 godine. Testiranje se provodi svake 2-3 godine, a osobe s pozitivnim nalazom se pozivaju na daljnje pretrage radi utvrđivanja uzroka krvarenja. U zdravstvenom prosvjećivanju i prevenciji maligne bolesti debelog crijeva značajnu ulogu ima medicinska sestra i u primarnoj

zdravstvenoj zaštiti. Patronažna sestra koja ulazi u domove pacijenata provodi dugotrajnu edukaciju i savjetuje promjene životnih navika i stavova(9,10,11,12,13).

1.3. Kolostoma

Kolostoma (grčki „colon“ debelo crijevo i „stoma“ otvor) nastaje kada se zdravo debelo crijevo izvede na površinu trbušne šupljine gdje se učvrsti šavovima te predstavlja novi izlaz za stolicu. Oblik je najčešće okrugao ili ovalan, crveno-ružičaste boje, ali može biti raznih veličina i nepravilnih oblika. Nakon operacije stoma je otečena te se postupno smanjuje i dostiže konačnu veličinu nakon tri mjeseca od operacije. Stoma nema živčane nastavke i zbog toga je neosjetljiva na bol stoga je potrebna vrlo pažljiva manipulacija. Najčešći uzroci formiranja stome mogu biti maligna oboljenja debelog crijeva, upalne bolesti debelog crijeva, ozljede i perforacije, urođene abnormalnosti i sl.

Kolostoma može biti privremena i trajna. Kod perforacije crijeva, ozljeda, kod tumora u stanju ileusa, fistula koristi se privremena. Kada bolest onemogućuje normalnu crijevnu funkciju ili kada mišići koji kontroliraju eliminaciju stolice ne funkcioniraju zadovoljavajuće koristi se trajna. Niska maligna bolest rektuma i upalne bolesti crijeva su najčešći uzrok tome. Postoje dva oblika kolostome: dvocijevni i jednocjevni. Dvocijevna ili bipolarna kolostoma je kolostoma s dva crijevna otvora. Vijuga debelog crijeva se izvuče kroz operativnu ranu na trbušnoj stijenci. Jednocjevna ili terminalna kolostoma je stoma s jednim crijevnim otvorom(4,14,15).

Preko kolostome stavljaju se vrećice za jednokratnu uporabu, vrećice s gumenim karaya – prstenom ili zaštitna podloga (stomadhesiva) sa spojnicom za receptakulum(16).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj njezi pacijenta nakon operacije karcinoma debelog crijeva kod kojeg je izvedena trajna kolostoma. Važna je uloga medicinske sestre u psihičkoj i fizičkoj pripremi pacijenta prije operativnog zahvata te nakon zahvata kako bi se pacijent što bolje osamostalio u postupcima skrbi za kolostomu što ima za cilj pacijentov što brži povratak svojim svakodnevnim obavezama.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podaci

Pacijent dolazi na hitni prijem radi bolova u abdomenu. U obiteljskoj anamnezi negira teže bolesti. Dosadašnje bolesti koje navodi su benigna hiperplazija prostate, te arterijska hipertenzija unazad par godina. Sada se žali na bolove unazad 2 – 3 mjeseca u gornjem dijelu abdomena koji se javljaju povremeno kao stezanje. Navodi da ga zaboli nakon obroka. Prije mjesec dana u jednom navratu imao krvav iskašljaj. Žali se na bolove u području vrata, desnog ramena i lakta koji traju unazad par godina. Nije bilo mučnine, povraćanja, povišene temperature. Negira druge tegobe. Ima uredan apetit. Izgubio na tjelesnoj težini 6 kg unazad mjesec dana. Mokrenje uredno, negira dizurične smetnje. Tijekom obavljanja nužde, navodi da povremeno ima krv na toalet papiru, zadnji put prije mjesec i pol dana.

RR 120/80 mmHg, puls 80/min. Pri svijesti, u kontaktu, orijentiran, pokretan, eukardan i eupnoičan u mirovanju. Afebrilan. Koža i sluznice blijede, slabije prokrvljene. Glava i vrat b.o. Abdomen je mekan, bezbolan, lijevo ima ingvinalnu herniju.

3.2. Klinička slika i tijek liječenja

Pacijent je primljen na Odjel abdominalne kirurgije radi operativnog liječenja karcinoma debelog crijeva. Nakon preoperativne obrade i pripreme učinjen je operativni zahvat. Intraoperacijski eksplorativno nije pronađena metastaza u jetri. Tumor se ne palpira jer je ekstraperitonealno. Učinjena je TME rektuma, a preparat je upućen na analizu radi utvrđivanja udaljenosti tumora od resekcijskog ruba. Makroskopska udaljenost tumora iznosi 2 mm, a mikroskopski u rubu sumukozno invazivni tumor. Formirana je kolostoma. Operativni zahvat je protekao bez komplikacija kao i postoperativni tijek. Bolesnik ustaje i hoda, te mu je postupno s parenteralne uvedena peroralna prehrana koju dobro tolerira, fiziološke funkcije su uredne i uspostavljene, postupno je po smanjenju aktivnosti odstranjen abdominalni dren. Bolesnik je dobrog općeg stanja, afebrilan. Rane uredno cijele. Kolostoma uredno funkcionira.

3.3. Sestrinske dijagnoze

Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom osnovne bolesti što se očituje izjavom bolesnika „Brinem se“

Cilj: Tijekom hospitalizacije bolesnik će verbalizirati svoje osjećaje

Medicinska sestra će:

1. Stvoriti odnos povjerenja
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti
3. Osigurati mirnu i tihu okolinu
4. Informirati bolesnika o planiranim postupcima
5. Koristiti razumljiv jezik pri informiranju i poučavanju
6. Potaknuti bolesnika da potraži pomoć sestre ili bližnjih kada se osjeća zabrinuto
7. Potaknuti bolesnika da verbalizira osjećaje
8. Izbjegavati površnu potporu i žaljenje

Evaluacija: Bolesnik je verbalizirao svoje osjećaje, opisuje smanjenu razinu anksioznosti.

Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom

Cilj: Tijekom hospitalizacije bolesnik neće dobiti infekciju.

Medicinska sestra će:

1. Mjeriti vitalne znakove
2. Pratiti vrijednost laboratorijskih nalaza i izvještavati o njima
3. Pratiti izgled izlučevina
4. Pridržavati se pravila aseptičnog načina rada
5. Održavati povoljne mikroklimatske uvijete
6. Primijeniti propisani antibiotik
7. Educirati pacijenta o rizičnim čimbenicima za infekciju, načine prijenosa, mjerama prevencije, ranim simptomima i znakovima infekcije

Evaluacija: Tijekom hospitalizacije nije došlo do infekcije. Pacijent zna nabrojati rane simptome i znakove infekcije.

Neupućenost u toaletu kolostome u/s nedostatkom specifičnog znanja što se očituje izjavom bolesnika „Kako se mijenja ova vrećica?“

Cilj: Tijekom hospitalizacije bolesnik će biti u stanju demonstrirati toaletu kolostome

Medicinska sestra će:

1. Uputiti bolesnika da prazni vrećicu ako je ispunjena od jedne trećine do jedne polovine
2. Uputiti bolesnika da je najbolje vrijeme za promjenu vrećice 2 – 4 sata nakon obroka kada su crijeva najmanje aktivna
3. Pripremiti potreban pribor
4. Oprati ruke i osigurati privatnost
5. Objasniti bolesniku svaki korak
6. Staviti rukavice
7. Skinuti staru vrećicu i baciti u infektivni otpad
8. Nježno obrisati staničevinom stomu i okolno tkivo
9. Pažljivo oprati stomu blagim sapunom i vodom
10. Posušiti stomu i okolno tkivo nježnim tapkanjem
11. Obrijati dlake na mjestu prijanjanja podloge
12. Odljepiti papir s poleđine pripremljene podloge, nježno otisnuti vrećicu
13. Prikopčati zaštitni pojas kako bi osigurali bolji položaj vrećice
14. Uputiti bolesnika da miruje 5 minuta kako bi omogućili što bolje prijanjanjestoma - vrećice
15. Hrabriti bolesnika da se samostalno uključi u njegu
16. Hrabriti obitelj da se uključi u njegu bolesnika

Evaluacija: Bolesnik demonstrira vještine i znanja vezana uz toaletu kolostome

Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/s kolostomom što se očituje izjavom bolesnika „Ne mogu ni pogledati vrećicu“

Cilj: Bolesnik će prihvatiti novonastalu situaciju i biti u stanju dodirivati i gledati vrećicu bez nelagode

Medicinska sestra će:

1. Ohrabriti bolesnika da izrazi svoje osjećaje u vezi izgleda
2. Pomoći bolesniku odabrati odgovarajuću odjeću
3. Poticati bolesnika na ostvarivanje kontakta sa obitelji i prijateljima
4. Ohrabriti bolesnika u gledanje kolostome
5. Ohrabriti bolesnika u dodirivanje kolostome
6. Omogućiti razgovor bolesnika sa psihologom ukoliko se bolesnik negativno suočava s novonastalim stanjem

Evaluacija: Bolesnik prihvaća novonastalu situaciju, dodiruje i gleda vrećicu bez nelagode

4. KOMPLIKACIJE KOLOSTOME

4.1. Rizični faktori

Različita istraživanja ukazuju na rizične faktore poput godina, upalnih crijevnih bolesti, indeksa tjelesne mase, komorbiditet, dijabetes, ASA anestetički rizik, manjak predoperativne skrbi od strane medicinskih sestara specijaliziranih za stomei hitnih operacija. Mnogi od ovih faktora kontrolira kirurg, ali je neophodno uzeti u obzir da su mnoge komplikacije povezane sa tehnikom operacije i stoga mogu biti prevenirane (5,6,7).

4.2. Rane komplikacije

Rane komplikacije javljaju se unutar mjesec dana od operacije stome. Upalne komplikacije predstavljaju 39–82 % komplikacija stome. Obuhvaćaju duži boravak u bolnici i izvanbolničku skrb, koji povećavaju financijske troškove i ugrožava psihološko stanje. Komplikacije mogu postati ozbiljne, sa potrebom za novom operacijom (7%) i smrtnošću (0,6–8%) (7,16).

4.2.1. Krvarenje

Razlog krvarenja je obično neadekvatna hemostaza. Javlja se u ranom postoperativnom tijeku i to iz rubova stome ili mezenterija. Rijetko je jačeg intenziteta, pa obično spontano prestaje. Ako je krvarenje jače, potrebno je učiniti hemostazu. Zbog mogućeg krvarenja preporučuje se apliciranje prozirne vrećice nakon kreiranjastome, jer će se tako krvarenje lakše uočiti (7.16,17).

4.2.2. Retrakcijakolostome

Retrakcijakolostome je ozbiljna komplikacija. Njezine posljedice mogu ići od loše funkcije stome, pa sve do pojave sterkoralnogperitonitisa. Razlozi retrakcije leže u neadekvatnoj kirurškoj tehnici. Terapija je kirurški zahvat, te se formira stoma ukoliko se postojeća ne može reparirati, mobilizacijom retrahirane ili potonule stome (7,19).

4.2.3. Nekroza stome

Nekroza u najlakšoj formi zahvaća samo rub stome i rješava se spontanom demarkacijom. Međutim, nakon takve rubne nekroze može rezultirati stenoza kolostome. Nekroza može zahvatiti veći dio stijenke crijeva. U takvim slučajevima može doći do formiranja sterkoralnogperitonitisa. Razloge nekroze treba tražiti u prevelikoj devaskularizaciji stijenke crijeva, tenziji crijeva sa sekundarnom ishemijom, nategnuću ili kompresiji mezenterija s oštećenjem vaskularizacije ili u razvoju tromboze. Liječenje je kirurško, a sastoji se od resekcije nekrotičnog segmenta s izvođenjem novog anusa. Kod lateralnog anusa preporučuje se izvođenje novoga dvostrukog terminalnog anusa, ili se može primijeniti slijepo zatvaranje distalnog odvodnog kraka dok se proksimalni formira kao terminalna, unipolarna stoma. Međutim, takav se postupak smije primijeniti samo u bolesnika s preopstuiranimdistalnim krakom. Ako je opstuiran, treba ga ušiti u kožu u obliku mukozne fistule (7,16,17).

4.2.4. Parastomalna evisceracija

Radi se o „hernijaciji“ vijuge crijeva parastomalno, tj. između stijenke eksterioriziranog crijeva i ruba incizije. Potrebno je hitno kirurško liječenje kako bi se prevenirala ishemija i nekroza prolabirane vijuge. Ta komplikacija se obično javlja kod kreiranja stome u laparotomijskoj rani i u slučajevima preširokog otvora za stomu na stjenci trbuha. Reoperacija je prijeko potrebna, a mora ukloniti spomenute pogreške u formiranju stome. Katkada će biti potrebno kreirati novu stomu (7,16,17,18,19).

4.2.5. Peristomalni apscesi, flegmone i fistule

Peristomalni apscesi, flegmone i fistule mogu pretvoriti stomu u sterkoronalnu kloaku i dovesti do sterkoralnogperitonitisa. Razlozi su: šavovi koji prolaze kroz čitavu stjenku crijeva i dovode do infekcije okolnog tkiva crijevnim bakterijama, a zatim traumatizacije crijeva instrumentalnim manipulacijama ili neadekvatnim protezama, te nastavljanje osnovnog procesa (npr. Chronova bolest). Mnoge se površne fistule povuku spontano, ali one dublje zahtijevaju resekciju i rekonstrukciju stome sa promjenom lokacije da se prevenira infekcija. Tretman je kirurška drenaža gnojnog žarišta s izvođenjem nove stome (5,6,7).

4.2.6. Oštećenje kože u okolini stome

Oštećenje kože u okolini stome je najčešće kod ileostomije i cekostomije. Koža je iritirana tekućim crijevnim sadržajem, zbog čega dolazi do teških dermatitisa s pojavom ulceracija, apscesa i flegmona ako se odmah ne pristupi liječenju. Razlog treba tražiti u neadekvatnoj prehrani, lošoj njezi stome, primjeni neprikladnih sustava za kolekciju stolice i prvenstveno u neadekvatnoj tehnici kreiranja stome (5,6,7).

4.2.7. Peristomalna hernija

Peristomalna hernija posljedica je postoperativne infekcije područja stome, loše tehnike kreiranja stome, npr. u području rane nakon laparotomije, te ekscesivne muskuloaponeurotičneincizije koja nije reparirana ili zanemarivanje fiksacije crijeva za aponeurozu trbušne stjenke. Tretman je kirurški s izvođenjem stome na drugom mjestu i reparacijom primarnog defekta. Nedavne randomizirane probe, pokazale su da se učestalost parastomalnih hernija i u otvorenoj i u laparaskopskoj operaciji, znatno smanjila upotrebom profilaktičnih mreža, bez povećanja komplikacija. Vježbe za prevenciju peristomalne hernije su nagibanje zdjelice; rolanje koljenima u ležećem položaju, te modificirani trbušnjaci (4,5).

4.2.8. Mehanička okluzija

Mehaničku okluziju mogu uzrokovati intraperitonealne priraslice, zatim tzv. fekalomi, i strana tijela, osobito ako je stoma relativno uska. Tretman je ili kirurški ili pak pokušaj lavaže kod fekaloma(4,5).

4.2.9. Perforacija

Perforacija je obično posljedica neadekvatnih instrumentalnih postupaka ili bolesti stijenke crijeva (diverkuli, Chronova bolest i sl.). Terapija je ovisna o uzroku perforacije (4,5,6,7).

4.3. Kasne komplikacije

Kasne komplikacije se javljaju mjesec dana i više nakon operacije. Redovna kontrola od strane specijaliste za stome može spriječiti ove komplikacije. Ona omogućuje pravovremene intervencije radi održavanja optimalnog stanja stome, što rezultira boljom kvalitetom života i manjim financijskim troškovima(4,5,7).

4.3.1. Prolapsstome

Prolapsstome se može manifestirati banalnom propulzijom sluznice koja nema većeg praktičkog značenja, pa sve do invaginacije cijele stijenke crijeva na van s disfunkcijom stome. Predisponirajući faktori za njezin nastanak su: preširoki otvor na trbušnom zidu, izvođenje stome u ožiljku, izostavljanje fiksiranja stijenke crijeva za parijetalniperitonej i aponeurozu trbušnog zida. Prolabiranastoma se obično može reponirati, ali efekt je kratkotrajan. Definitivno liječenje je kirurško, najbolje formiranjem nove stome (4,5,7,8).

4.3.2. Sekundarne stenoze anusa

Obično se radi o stenozama zbog retrakcijestome, rjeđe zbog ožiljaka kože ili dubljih dijelova trbušne stjenke. Razlozi su stomalne i peristomalne infekcije sa sekundarnom fibrozom ili opetovane traume protezama. Uski kanal kroz trbušnu stjenku sa stenoziranjem lumena može također biti razlogom otežane funkcije stome. Terapija dilatacijom obično ne dovodi do trajnih rezultata. Zbog toga je potrebno pristupiti kirurškom zahvatu i riješiti razloge nastanka stenoze, a katkada će biti potrebno kreirati novu stomu (4,5,8).

4.3.3. Krvarenja

Krvarenja se javljaju zbog lezija sluznice stome grubim manipulacijama, kod nošenja neadekvatnog kolostomskog zaštitnog pomagala i sl. međutim, mogu postojati i intrainestinalni uzroci: polip, diverkuli, infekcije crijeva i sl. (4,5,8).

5. RASPRAVA

5.1. Zdravstvena njega bolesnika s kolostomom

5.1.1. Preoperativna priprema

Bolesnici kojima je potrebna operacija često su tjeskobni, u strahu i potišteni. Prisutan je strah od neizbježnog operacijskog zahvata, te strah od boli, gubitka tijela i smrti. Uloga medicinske sestre je informirati bolesnika o operativnom zahvatu te davanjem uputa i savjeta o prevladavanju teškoća s kojima će se susretati. Potrebno je upoznati pacijenta s vrstom zahvata i stome, nastoji se smanjiti strah, tjeskoba i zabrinutost te se na taj način pomaže bolesniku da izgradi povjerenje i samopouzdanje. Pacijenta se educira o tome što je kolostoma, zbog čega se izvodi, kako izgleda na tijelu i što bolesnik mora sam činiti kako bi njegovao stomu. Važno je poticati bolesnika na postavljanje pitanja kako bi na taj način ujedno umanjili strah i omogućili bolje usvajanje željenog ponašanja(7,11,14).

Fizička priprema bolesnika za operaciju na kolonu traje tri dana: dva dana bolesnik uzima tekuće obroke i hranu s malo ostataka te magnezij sulfat, drugi dan uvečer daje se klizma, treći dan samo tekuća hrana, magnezij sulfat i peroralni neomicin 1g plus eritromicin 1 g tri puta. Neki liječnici preporučuju metronidazol plus neomicin ili tetraciklin plus neomicin. Ujutro na dan operacije ispiru se crijeva dok se ne dobije čista tekućina. Sat prije operacije stavi se gumena cijev u rektum da bi se ispustio eventualno zaostali tekući sadržaj. Kožu od sredine prsnog koša do ispod prepona treba dan ranije i ujutro prije operacije oprati i dezinficirati. Brijanje se obavlja neposredno prije operacije. Operacija karcinoma kolona opsežan je zahvat pa u pravilu treba predvidjeti krv za transfuziju(7,15,16).

5.1.2. Postoperativna edukacija

Svaki bolesnik koji se budi iz anestezije nakon kirurškog zahvata zahtijeva intenzivnu brigu medicinske sestre koja je usmjerena na prepoznavanje i otklanjanje poslijeoperacijskih poteškoća kao što su bol, mučnina, povraćanje, žeđ, štucavica, poteškoće s mokrenjem i na sprečavanje i prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija kao što su krvarenje i šok, tromboza, respiratorne komplikacije, te sprečavanje infekcije i edukacija pacijenta. Pacijenta treba smjestiti u Fowlerov položaj, mjeriti vitalne funkcije svakih 15 min tijekom prva tri sata, a zatim svakih 30 min. sve dok liječnik ne kaže drugačije. Potrebno je obratiti pažnju na mogućnost krvarenja (pad krvnog tlaka, mjeriti puls) te na vrijeme uočiti poslijeoperacijske komplikacije. Medicinska sestra treba mjeriti diurezu urina zbog mogućnosti retencije, kontrolirati sadržaj drenova te mjeriti i bilježiti količinu i izgled sadržaja drena(11). Pacijenti na analgeziju reagiraju individualno – kod nekih će se bol suzbiti blagim analgeticima, dok će kod drugih biti potrebni jaki analgetici ili narkotici(7). Potrebno je educirati pacijenta o vježbama disanja i iskašljavanja koje treba provoditi najmanje svaka dva sata jer zastoj sekreta u dišnim putovima pogoduje razvoju mikroorganizama, što može dovesti do upale pluća. Za vrijeme iskašljavanja napinje se trbušna stjenka, što u pacijenta uzrokuje bol na mjestu operativnog reza. Pacijent treba lagano rukom pritisnuti operativnu ranu i iskašljati(7,11,16).

Nakon operacije pacijent je najmanje 48 sati na parenteralnoj prehrani, ponekad i duže do uspostave peristaltike. Po uspostavi peristaltike postupno mu se daje čaj na žlicu, te idući dan pacijent dobiva tekuću dijetu, a potom kašastu te nakon toga dobiva laganu dijetalnu prehranu. Nakon operacije pacijent mora što prije, ovisno o svojim fizičkim i psihološkim sposobnostima, prihvatiti i usvojiti postupke njege stome koju će provoditi samostalno, svakodnevno(10,11,16). Kada pacijent nije u mogućnosti skrbiti sam o sebi, u edukaciju moramo uključiti obitelj ili osobe koje će skrbiti o njemu, uputiti ih u pravilnu prehranu, mogućnosti nabave pomagala za stomu, uputiti u rad „Stoma kluba“ i mogućnost uključivanja u klub.

Kvaliteta života pacijenta s kolostomom uvelike ovisi o tome koliko su on i njegova obitelj ili skrbnici usvojili postupke u njezi kolostome i prihvatili način života s njom. Danas su bolesnicima s kolostomom na raspolaganju razna pomagala poput vrećica, pasta, pudera i deodoranata. Pasta služi za poravnavanje neravnina i bora oko kolostome i štiti okolinu

kolostome od izlivanja stolice. Elastični remen služi za pridržavanje pločice i pruža veću sigurnost kod bavljenja sportom ili toplijim vremenskim razdobljima. Postoje i deodoranti koji neutraliziraju mirise i osiguravaju podmazivanje unutarnje strane vrećice. Na taj način osigurava se da je sadržaj koji izlazi iz stome uvijek na dnu vrećice, a ne oko stome. Maramice za zaštitu kože štite kožu od iritacije ispod pločice, a puder je namijenjen za uporabu za kožu oko stome. On ima veliku mogućnost upijanja vlage te održava kožu suhom i ublažava nadražnost.

Pomagala za stomu moraju dobro prijanjati uz kožu, biti nepropusni dovoljne veličine za crijevni sadržaj, ne smiju izazivati alergijske iritacije po koži, trebaju biti što diskretniji ispod odjeće te idealni za tjelesne, profesionalne i sportske aktivnosti. Osim prikupljanja stolice, vrećica pomaže u sprečavanju širenja neugodnih mirisa i pod njom je stoma zaštićena od vanjskih utjecaja. Većina sistema za jednokratnu upotrebu mogu se koristiti tijekom 2 – 5 dana, a neki modeli mogu trajati i duže. Svi modeli moraju se promijeniti odmah ako dođe do curenja stolice, a svaka vrećica mora se isprazniti ako je ispunjena od jedne trećine do jedne polovine. Najbolje vrijeme za promjenu vrećice je kada su crijeva najmanje aktivna, obično 2 – 4 sata nakon obroka. Nakon određenog perioda većina pacijenata moći će sami predvidjeti koje je vrijeme najprikladnije za promjenu. Pri izboru sistema vrećica treba uzeti u obzir koji sistem omogućava najbolje prijanjanje uz kožu i zaštitu kože kod svakog pacijenta. Vrsta vrećice biti će izabrana ovisno i o lokaciji i strukturi stome, konzistenciji fekalnih masa i sl.

Kolostoma se formira na lijevoj donjoj strani trbušne stijenke, ispod razine pupka. Moguće su i druge pozicije, ovisno o dijelu debelog crijeva koje je odstranjeno(13). Pri postavljanju podloge spojene sa zaštitnom podlogom za kožu medicinska sestra mjeri stomu pomoću šablona za mjerenje otvora stome te izabire veličinu otvora koji odgovara stomi. Izabranu veličinu otvora treba ocrtati na pozadini zaštitne podloge koja se lijepi na kožu i izrezati otvor koji će najbolje odgovarati. Važno je da medicinska sestra uputi bolesnika da stoma nema receptore za bol i da otvor podloge ne smije biti premalen kako ne bi došlo do nekroze tkiva u doticaju podloge i stome. Isto tako treba izbjegavati preveliki otvor jer će tada koža biti izložena utjecaju stolice te će se oštetiti, a to je prilično bolno i oporavak je dugotrajan. U periodu između šest tjedana do tri mjeseca, stoma će se suziti do svoje normalne, odnosno trajne veličine.

Za promjenu vrećice potrebno je:

- pripremiti potreban pribor
- oprati ruke i osigurati privatnost
- objasniti postupak pri izvođenju svakog koraka jer postoji mogućnost da će bolesnik nakon nekog vremena samostalno izvoditi postupak
- staviti rukavice
- skinuti i baciti staru vrećicu te nježno obrisati maramicom stomu i okolno tkivo
- pažljivo oprati stomu blagim sapunom i vodom i osušiti je nježnim tapkanjem, ostaviti da se stoma u potpunosti osuši, pregledati stomu i okolnu kožu te ako je potrebno, obrijati dlake da bi se podloga bolje prilijepila i da bi se izbjegla iritacija kože prilikom skidanja podloge pri idućoj promjeni
- odlijepiti papir s poleđine pripremljene podloge, namjestiti preko stome i nježno je pritisnuti.

Pacijenta će medicinska sestra uputiti da miruje oko 5 minuta kako bi se podloga bolje priljubila uz kožu. Toplina tijela poboljšat će i omekšati podlogu te povećati sigurnost prianjanja. Ako je potrebno, medicinska sestra će prikopčati zaštitni pojas kako bi se osigurao bolji položaj vrećice i povećala sigurnost. U vrećici treba ostaviti malo zraka kako bi se omogućilo sadržaju da padne na dno vrećice. Radi dodatnog osiguranja, može se papirnatim flasterom pričvrstiti podloga za kožu. Vrećice za stome proizvode se u više modela i veličina s ciljem udobnosti, sigurnosti i jednostavnije primjene. Na primjer, vrećice za jednokratnu upotrebu sa zatvorenim dnom mogu odgovarati pacijentu koji vrši irigaciju ili koji želi vrećicu baciti odmah nakon svakog pražnjenja. Drugom pacijentu može više odgovarati vrećica za višekratnu upotrebu koja se može drenirati. Pacijentu koji često mora prazniti vrećicu (zbog dijareje, svježe stome) može više odgovarati jednostruki sistem vrećica za jednokratnu upotrebu koje se mogu drenirati jer imaju kopču za zatvaranje. Vrećice za jednokratnu upotrebu sa bez kopče ispuštanje stolice mogu ići u kompletu s adhezivnim diskom, zaštitnom podlogom za kožu, remenima za pričvršćivanje, ugljenim filtrima za plinove. Obično se proizvode od čvrste, neprozirne plastike, a pojedini modeli vrećica imaju mogućnost ispuštanja plinova iz vrećice.

Pražnjenje vrećice:

- okrenuti vrećicu tako da dno bude gore i otkaçiti zaštitnu kopču
- omogućiti da se sadržaj isprazni u toalet ili noćnu posudu
- obrisati dno vrećice i ponovo staviti zaštitnu kopču
- nakon izvođenja i objašnjenja postupka, ohrabriti bolesnika da seuključí u njegu.

Ako medicinska sestra ne daje dovoljno obavijesti i informacija o kolostomi, bolesnik ih prikuplja sa svih strana, od drugih bolesnika, članova obitelji, posjetitelja, kao i drugih nekvalificiranih i nedovoljno obaviještenih osoba, što kod bolesnika može stvoriti potpuno pogrešnu sliku. Takav dojam može bolesnika obeshrabriti u pridržavanju savjeta i uputa te u suradnji sa zdravstvenim osobljem. Bolesnici koju su temeljito educirani, manje su tjeskobni. U komunikaciji sa bolesnikom, zdravstvenom osoblju se savjetuje da pokuša saznati što bolesnika najviše zabrinjava i ograničava, izbjegavati medicinsko nazivlje te da razgovor ne bude strogo služben(7,11,14,15,16,17,18,19).

6. ZAKLJUČAK

Maligna bolest debelog crijeva može se otkriti na temelju simptoma ili kod osoba bez simptoma tijekom rutinskih pregleda i testova. Uloga medicinske sestre pri dijagnozi i ranom otkrivanju karcinoma su upoznavanje javnosti sa programom zdravstvenog prosvjeđivanja o problemima karcinoma debelog crijeva. Medicinska sestra mora usmjerivati na promjene načina života već u najranijoj dobi, a kasnije raznim akcijama tijekom školovanja, mora također upoznati populaciju sa mjerama i postupcima u borbi protiv raka (nepušenje, pravilna prehrana, tjelesna aktivnost).

Program ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva pridonosi poboljšanju zdravlja populacije jer se preventivnim mjerama otkrivaju maligne bolesti debelog crijeva u ranom stadiju. Programom je obuhvaćena ciljna populacija, a svi građani moraju imati jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira. Liječenje karcinoma debelog crijeva provodi se kirurškim putem, kemoterapija i radioterapija. Cilj primarne kirurške terapije je uklanjanje karcinoma kolona, područja limfne drenaže te okolnih organa. Svrha prije operacijske pripreme je osigurati pacijentu najbolju moguću psihološku, fizičku, emocionalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat. Pacijenti koji se psihički i fizički dobro pripreme, bolje podnose kirurški zahvat i bolove, oporavljaju se brže, rjeđe imaju komplikacije, hospitalizacija se skraćuje. Svrha poslije operacijske zdravstvene njege je što prije postići stanje u kojem će pacijent samostalno zadovoljavati svoje potrebe. Zdravstvena je njega operiranih pacijenata usmjerena na prepoznavanje i uklanjanje ili umanjivanje poslije operacijskih poteškoća i komplikacija. Kvaliteta života pacijenta sa kolostomom uvelike ovisi o tome koliko su on i njegova obitelj usvojili postupke o njezi stome i prihvatili način života sa stomom. Komunikacija između medicinske sestre i pacijenta važan je čimbenik u pružanju sestrinske skrbi svakom pacijentu.

7. LITERATURA

1. P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta. Temelji anatomije čovjeka. Zagreb: Naklada Naprijed 1999. 72-74
2. A. Marušić: Atlas anatomije čovjeka Sobotta; Trup, unutarnji organi, donji ud, Slap; Zagreb, 2006.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske, Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten br 36, Zagreb, 2015.
4. M. Štulhofer: Kirurgija probavnog sustava, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
5. Prpić i suradnici: Kirurgija za medicinare, 3. nepromijenjeno izdanje, Školska knjiga Zagreb, 2005. 388-407
6. E. Vrdoljak, M. Šamija, Z. Kusić, M. Petković, D. Gugić, Z. Krajin: Klinička onkologija, Medicinska naklada Zagreb, 2013.
7. M. Stanec, D. V. Vrdoljak, M. Turić: Kirurška onkologija, Medicinska naklada Zagreb, 2011.
8. I. Prpić i suradnici: Kirurgija, udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, IV. izdanje, Školska knjiga Zagreb, 2009.
9. N. Antoljak: Organizirani probir za rak debelog crijeva – stepenica na putu smanjenje smrtnosti, Medix, br. 107/108
10. M. Šamija, H. Kaučić, A. Mišir Krpan: Klinička onkologija, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, 2012.
11. S. Kalauz: Zdravstvena njega kirurških bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2000.
12. T. Brkić, M. Grgić. Kolorektalni karcinom, novosti u gastroenterologiji. Medicus 2006. Vol. 15, No. 1, 89-97
13. Hawk ET, Levin B. Colorectal cancer prevention. J Clin Oncol. 2005;23:378–388.
14. G. Fučkar. Proces zdravstvene njege, Zagreb. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1995.
15. S. Šepec, B. Kurtović, T. Munko, M. Vico, D. Abcu Aldan, D. Babić, A. Turina. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: HKMS, 2011.

16. D. Tuđan. Zadaci medicinske sestre kod bolesnika sa intestinalnom stomom, Nastavni tekstovi iz kolegija Zdravstvena njega odraslih II, 2015.

17.N. Prlić ,V. Rogina , B. Muk. Zdravstvena njega bolesnika s operacijom crijeva.Zdravstvena njega 4. Školska knjiga Zagreb 2005. str 145-152

18.T. Šoša , Ž. Sutlić ,Z. Stanec . I. Tonković i suradnici. Kiruške bolesti kolona i rektuma. Naklada Ljevak Zagreb 2007. str 502-521

19.I. Prpić i suradnici. Karcinom kolona i rektuma. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga Zagreb 2005. str 388–407

2. OZNAKE I KRATICE

BO – bez osobitosti

RR – krvni tlak

TME - totalna mezorektalna ekscizija

TZV – tako zvano

U/S – u svezi s

3. SAŽETAK

Kolostoma se izvodi tako da se zdravo debelo crijevo izvede kroz kožu na površinu trbušne šupljine gdje se učvrsti, te služi funkciji novog otvora za stolicu. Najčešće indikacije za operaciju kolostome mogu biti maligna oboljenja debelog crijeva, upalne bolesti debelog crijeva, ozljede i perforacije, urođene abnormalnosti i slično. Karcinom se može pojaviti duž cijelog debelog crijeva, premda je uočena tendencija povećanja učestalosti karcinoma proksimalnog dijela debelog crijeva. Etiološki čimbenici dijele se u tri skupine: obiteljsko nasljeđe, prehrana i kronične upalne bolesti debelog crijeva. Najčešći simptomi karcinoma debelog crijeva su primjese krvi sa stolicom, bol u trbuhu, promijenjen izgled stolice (tanka stolica, učestala stolica, proljev i opstipacija), vlažni plinovi, mršavljenje i umor. U svrhu ranog otkrivanja i smanjenja smrtnosti od maligne bolesti debelog crijeva u Hrvatskoj se provodi Nacionalni program ranog otkrivanja maligne bolesti debelog crijeva koji obuhvaća sve žene i muškarce u dobi od 50-74 godine. Cilj programa je otkriti malignu bolest u početnom stadiju te smanjiti smrtnost. U zdravstvenom prosvjećivanju i prevenciji maligne bolesti debelog crijeva značajnu ulogu ima medicinska sestra i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Dobra prijeoperacijska priprema pacijenta omogućuje bolje subjektivno podnošenje operacijskog postupka i poslijeoperacijskog tijeka bolesti. Poslijeoperacijska sestrinska skrb pacijenta s operacijom crijeva usmjerena je na prepoznavanje i otklanjanje poslijeoperacijskih simptoma i znakova (bol, mučnina, povraćanje, žeđ, štucavica, poteškoće s mokrenjem), sprečavanje i prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija (krvarenje i šok, tromboza, respiratorne komplikacije), sprečavanje infekcije i edukacija pacijenta.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvena njega, karcinom, debelo crijevo, operacija, kolostoma.

4. SUMMARY

Colostomy is performed by bringing the healthy colon to the skin through the skin of the abdominal cavity where it is fixed and serves as a function of the new opening for the chair. The most common indications for colostomy surgery may be malignant colon disease, inflammatory bowel disease, injury and perforation, birth abnormalities and the like. Carcinoma can occur along the whole colon, although the tendency to increase the incidence of proximal colon cancer is observed. Etiological factors are divided into three groups: family legacy, nutrition and chronic inflammatory bowel disease. The most common symptoms of colon cancer are stomach pain, abdominal pain, changed appearance of the chair (thin chair, frequent stool, diarrhea and constipation), dull gases, weight loss and fatigue. For the purpose of early detection and reduction of mortality from malignant colon disease in Croatia, a National Program for Early Detection of Malignant Bowel Syndrome involving all women and men aged 50-74 is being conducted. The goal of the program is to detect malignant disease in the initial stage and reduce mortality. In health education and prevention of malignant bowel disease, nurses and primary health care play a significant role. Good preoperative preparation of the patient allows for a better subjective submission of the surgical procedure and postoperative course of the disease. The postoperative nursing care of a patient with bowel surgery is focused on the recognition and elimination of postoperative symptoms and signs (pain, nausea, vomiting, thirst, stinging, urinating), prevention and recognition of postoperative complications (bleeding and shock, thrombosis, respiratory complications) infections and patient education.

KEYWORDS: Health care, cancer, colon cancer, surgery, colostomy

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 primjerenom označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>04.02.2018</u>	MARINA ČANČAR ČELJEKović	Marina Č. Čeljenković

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

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

MARINA ČANČAR ČUJENKOVIĆ

ime i prezime studenta/ice

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

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 07. 02. 2018.

Marina Č. Čujenković
potpis studenta/ice