

Zdravstvena njega u kući bolesnika sa kolostomom

Ferić, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:144:951816>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-03**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI BOLESNIKA S
KOLOSTOMOM

Završni rad br. 68/SES/2019

JOSIPA FERIĆ

Bjelovar, rujan 2019.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Ferić Josipa**

Datum: 18.07.2019.

Matični broj: 001130

JMBAG: 0314010953

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega u kući bolesnika sa kolostomom**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Goranka Rafaj, mag.med.techn., mentor
3. Živko Stojčić, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 68/SES/2019

Stoma je kirurški izveden otvor na trbušnoj stijenci koji predstavlja umjetnu vezu između probavne cijevi i kože. U radu je potrebno opisati kolostomu, zdravstvenu njegu i ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika sa kolostomom u kući, pojasniti vrste pomagala za stomu te njihovu upotrebu, specifičnosti prehrane osoba sa kolostomom te edukaciju samog pacijenta sa kolostomom i njegove obitelji o načinu života.

Zadatak uručen: 18.07.2019.

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**



SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA	4
4. PRIPREMA BOLESNIKA PRIJE OPERACIJE	5
4.1. Priprema bolesnika prije operacije	6
4.2. Prijeoperacijsko markiranje i pozicioniranje stome	7
5. STOMA	9
5.1. Vrste stoma.....	9
6. KOLOSTOMA	12
6.1. Indikacije za izvođenje kolostome	16
6.2. Izbor mjesta za postavljanje stome.....	17
6.3. Izgled kolostome	17
7. POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA STOMOM	19
7.1.1 Osnovni pribor.....	20
7.1.2. Stoma pomagala	21
7.1.3. Dodatni pribor	22
7.2. Promjena podloge s vrećicom	23
8. PREHRANA BOLESNIKA S KOLOSTOMOM	26
8.1. Mogući problemi vezani za prehranu	27
8.2. Problemi vezani za stomu.....	28
9. KVALITETA ŽIVOTA NAKON ZAVRŠETKA LIJEČENJA	30
10. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S KOLOSTOMOM U KUĆNOJ NJEZI	32
11. ZAKLJUČAK	37
12. LITERATURA	39

1. UVOD

Istraživanja su pokazala da u Sjevernoj Americi postoji preko 800 000 osoba s ostomijom i dodatnih 120 000 osoba koji godišnje idu na operativni zahvat kojim se izvede neka vrsta stome (1). Rezultati provedenih istraživanja upućuju na to da 43% do 70% pacijenata ima komplikacije koje su povezane s povećanim troškovima zdravstvene skrbi, lošom upotrebom pomagala i smanjenom kvalitetom života (2). S prosječnom dužinom boravka zbog nekomplikirane ostomije u okruženju akutne njege smanjenom sa 14 na 4,5 dana, djelatnici primarne zdravstvene zaštite moraju biti u mogućnosti učinkovito procijeniti postoperativno stanje bolesnika, provesti odgovarajuće sestrinske intervencije i slijediti preporuke pomagala te promovirati skrb o pacijentima kroz edukaciju bolesnika (3).

Pri pružanju skrbi bolesniku, potrebno je pružiti izravnu skrb kroz nastavne i praktične aktivnosti, promatranje i procjenu, procjenu mjesta stome i pojavu mogućih komplikacija, koordinaciju zdravstvenih potreba s drugim pružateljima zdravstvene skrbi i promociju vještina samozbrinjavanja u bolesnika. Potrebe je potrebno ocjenjivati tijekom sveobuhvatne procjene i pratiti putem pisane dokumentacije.

Kolostoma je riječ grčkog porijekla a sastoji se od riječi *colon* koja označava debelo crijevo i riječi *stoma* koja označava otvor. Takav jedan otvor nastaje izvođenjem zdravog dijela debelog crijeva na površinu trbuha koje se pričvrsti šavima. Otvor također služi za defekaciju čime se „ukida“ funkcionalnost anusa, ali sustav probavnih organa neometano radi. Ponekad je potrebno samo privremeno preusmjeravanje fekalnih masa. Trajna stoma se najčešće učini u raznim patološkim stanjima, kao što su kongenitalne anomalije, opstruktivne ili inflamatorne bolesti, traumatske disrupcije probavnog trakta ili malignosti gastrointestinalnog sustava (1). No, broj trajnih stoma se smanjuje zbog medicinskih i kirurških napredaka.

Stome se najčešće klasificiraju u skladu s područjem crijevnog sustava na kojem se stoma nalazi (sigmoidni dio, debelo crijevo, ileum). Anatomska konstrukcija i oblik stome imaju utjecaj na zbrinjavanje bolesnika s kolostomom. Lokacija stome (da li je proksimalno ili distalno od ileocekalnog zalistka ili proksimalno od anusa) značajno utječe na vrstu i volumen izlučivanja. Ileostome, cekostome i stome uzlaznog crijeva obično produciraju >500 ml sadržaja/svaki dan koji se sastoji od probavnih enzima, dok silazne/sigmoidne kolostome produciraju formiranu stolicu koja ne sadrži probavne enzime (2,3).

Medicinska sestra mora poznavati vrste stoma, njihovo zbrinjavanje te biti vješti edukator kako bi pomogla bolesniku u daljnjem zbrinjavanju stome s krajnjim ciljem poboljšanjem i očuvanjem kvalitete života.

U Završnom radu će biti prikazana anatomija debelog crijeva, priprema bolesnika prije operacije s objašnjenjem vrste stoma kao i poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika sa stomom. Također, poseban osvrt je učinjen obzirom na prehranu bolesnika s kolostomom kao i kvalitetu života bolesnika nakon liječenja. Posebno je opisana zdravstvena njega bolesnika s kolostomom u kućnoj njezi kao vrlo specifično područje djelovanja medicinske sestre i rada u prilagođenim uvjetima s ograničenim resursima – kući bolesnika.

2. CILJ RADA

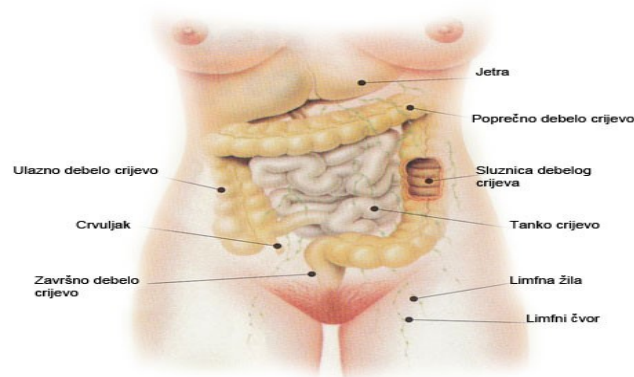
Cilj Završnog rada je prikazati zdravstvenu njegu bolesnika s kolostomom u kućnoj njezi.

3. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA

Debelo crijevo je pri završetku probavnog sustava smješteno u abdomenu. Kod odrasle osobe dužina mu je od jednog do jednog i pol metra. U početnom dijelu na desnoj strani je nešto šire, a onda se polagano sužava od uzlaznog, poprečnog i silaznog dijela pa sve do završnog dijela na lijevoj strani.

Temeljna značajka debelog crijeva je skladištenje sadržaja prispjelog iz tankog crijeva te izbacivanje tog istog sadržaja jakim pokretima peristaltike. Debelo crijevo osim navedenog uzima i vodu iz crijevnog sadržaja te ju vraća u organizam kao i elektrolite i masne kiseline. No, to ima dvojak ulogu, Naime u njega pristižu i mnoge tvari koje mogu biti i štetne te su posljedično tome moguća i oštećenja sluznice debelog crijeva. Sedentarni oblik života, prehrambeni obrazac pun masti i mesnih proizvoda ali i prekomjeren unos alkohola rezultiraju usporenom crijevnom peristaltikom zbog čega se štetni sadržaj u debelom crijevu dulje zadržava te oštećuje sluznicu. Crijevna sluznica se kroz neko vremensko razdoblje počinje sve teže obnavljati što može rezultirati različitim malignim oboljenjima i drugim vrstama bolesti. Osim navedenog, značajnu ulogu mogu imati i genetski činitelji koji pogoduju nastanku upalnih i bakterijskih bolesti, ali i malignih oboljenja.

Maligna oboljenja debelog crijeva mogu se podijeliti na dobroćudne i zloćudne. Najčešća maligna oboljenja su adenomi (polipi) i adenokarcinomi. Uklanjanje polipa i otkrivanje karcinoma u početnoj fazi rasta osnovna je svrha liječenja i sprječavanja razvoja karcinoma (1).



Slika 2.1. Anatomija probavnog sustava

Izvor: <http://hlpr.hr/rak/vijest/rak-debelog-crijeva>

4. PRIPREMA BOLESNIKA PRIJE OPERACIJE

Ako iz nekog razloga određeni dio tankog ili debelog crijeva ne može obavljati svoju funkciju ili je obolio, u cilju liječenja, pristupa se odstranjenju, premošćavanju ili isključivanju tog dijela crijeva, da bi ostali zdravi dijelovi probavnog sustava mogli i dalje nesmetano funkcionirati. S obzirom na dužinu tankog i debelog crijeva takve intervencije su moguće bez značajnijih smetnji u radu cjelokupnog probavnog sustava.

Opće stanje bolesnika sa stomomom

Izvođenje dijela zdravog crijeva na površinu abdomena nije operacija novijeg datuma. Izvodi se od kraja 18.stoljeća, ali su tehnike operacijskog zahvata danas suvremenije (4). Promijenjen je i stav prema bolesnicima s kolostomom koje se nekad smatralo manje vrijednim, „prljavim“, s neugodnim mirisom kojeg se bilo teško riješiti. Suvremena pomagala i sredstva koja se danas koriste u održavanju i njezi kolostome, kao i razvijenijoj svijesti i tolerantnosti ljudi, doprinosi da se ovi bolesnici smatraju jednako vrijednima u odnosu na ostale članove društva. U potpuno odjevenog bolesnika sa stomomom, ukoliko se on osjeća zdravo i krepko i ukoliko je psihički stabilna osobnost, ni po čemu se ne može primijetiti da ima stomu. U današnje vrijeme ljudi sa stomama vode u potpunosti normalan i ispunjen život, što podrazumijeva redovito izvršavanje dužnosti i zadataka koje su obavljali prije stome, normalnu komunikaciju, obiteljski život, druženje s prijateljima i obavljanje raznih društvenih aktivnosti, kao i upražnjavanje različitih oblika odmora, uključujući i plivanje i druge aktivnosti, ovisno o sklonosti čovjeka. Danas najveći broj bolesnika prihvaća život sa stomomom kao nešto što je sasvim uredu. Čak i u promijenjenim okolnostima oni imaju ispravan i stabilan psihološki odnos prema sebi, svome tijelu i svome društvenom statusu. Bolesnici su svjesni prednosti koje postižu takvom operacijom i neizbježnosti promjena u načinu života nakon završetka liječenja. Njima su danas lako dostupna sredstva koja se koriste u održavanju i njezi stome, imaju dobru komunikaciju s multidisciplinarnim timom i najčešće imaju punu podršku obitelji i prijatelja, a prema potrebama pruža im se i podrška i pomoć psihologa ili psihijatra. U razvijenim sredinama postoji i služba podrške i društva bolesnika sa stomomom u kojima oni međusobno razmjenjuju iskustva ali i dobivaju neophodne savjete (5).

4.1. Priprema bolesnika prije operacije

Kada se bolesnika uputi u dijagnozu i kada mu se, kao preporučeni slijed liječenja, prvi put predoči izvođenje kolostome, njegova prva reakcija može biti negativna. U prvi tren bolesnik teško prihvaća takve drastične promjene na svome tijelu i nekakve nepoznate drastične promjene u svom budućem životu. Uslijed nedovoljnog poznavanja činjenica u vezi s kolostomom i uslijed straha od nepoznatog, neminovno se postavlja pitanje, da li je takav život vrijedan življenja.

Da bi bolesnik svjesno prihvatio operaciju i život s kolostomom svakako je neophodno da kirurg koji će izvršiti zahvat i medicinska sestra učine razgovor s bolesnikom, koji će ga detaljno upoznati s razlogom izvođenja kolostome, načinom i mjestom na kojem će biti izvedena, njenim funkcioniranjem i održavanjem. Bolesniku treba predočiti što takvom intervencijom postiže i kakav ga život očekuje nakon završetka liječenja. Od neprocjenjivog je značaja da on prihvati da se sve to radi u njegovom interesu, jer je kolostoma jedina šansa za preživljavanje ili za kvalitetniji život, bez prethodnih tegoba, zbog kojih se i prvotno obratio liječniku. U ovom razgovoru sudjeluje i medicinska sestra koja će kasnije preuzeti brigu o izvedenoj stomi i po potrebi konzultirati se s kirurgom koji se učinio operativni zahvat. Također je korisno da se razgovor učini i s članovima uže obitelji. Ovaj razgovor je najbolje obaviti nakon razgovora s bolesnikom ali svakako u njegovom prisutstvu. Ponekad razgovor nije moguće obaviti prije operacije. To se događa zbog hitnosti same operacije ili zbog toga što kirurg prvotno nije planirao njeno izvođenje, već se za to odlučio u toku operacije. Tada je neophodno da nakon njenog završetka, kada se bolesnik u potpunosti probudi iz anestezije upozna, bolesnika s razlogom izvođenja stome, njenom vrstom i daljem režimu života. Medicinska sestra ima značajnu ulogu i u ovim slučajevim jer, osim što sudjeluje u razgovoru, preuzima brigu o izvedenoj stomi i pruža neophodne informacije bolesniku (5).

Stoga medicinska sestra/ enterostomalni terapeut mora poznavati:

- zdravstveno stanje i stadij bolesti kod bolesnika,
- razlog operacije koji zahtjeva privremenu ili trajnu stomu,
- vrstu stome koja će biti kreirana,
- individualan plan zdravstvene njege,
- bolesnikovo razumijevanje i perspektive života sa stomom,
- ima li bolesnik potporu obitelji u skrbi te koje će sustave podrške biti potrebno dodatno uključiti radi osiguranja kontinuiteta skrbi.

4.2. Prijeoperacijsko markiranje i pozicioniranje stome

Pozicioniranje ili markiranje stome treba biti prioritet u prijeoperacijskoj pripremi. Prije označavanja mjesta stome, u obzir treba uzeti sljedeće faktore :

- fizičko stanje (konstitucija tijela, pokretljivost, upotreba pomagala pri kretanju, trenutna težina i nedavne promjene tjelesne težine, stanje vida i spretnost ruku),
- društvene aktivnosti (profesionalno zanimanje, bavljenje sportom, hobiji, način odijevanja, kulturni i vjerski aspekti),
- područja na površini abdomena koja treba izbjegavati (koštana ispupčenja, kožni nabori, ožiljci od prethodnih operacija, opekline, područje pupka, bokovi, linija pojasa, područje kože koje je bilo pod utjecajem onkološkog zračenja, viseću kožu, viseće dojke kod žena, prisutnost hernije/kile),
- vidljivost (u području koje bolesnik može vidjeti i dosegnuti)
- predviđanje kirurga, želje bolesnika, vrstu stome (6).

Priprema materijala i postupak markiranja:

- pripremiti kirurški permanentni marker, zaštitnu poliuretansku prozirnu prekrivku - foliju, podložnu stoma pločicu i vrećicu
- osigurati privatnost bolesniku.
- bolesniku objasniti proceduru i zamoliti ga za aktivnu suradnju sukladno mogućnostima.
- učiniti inspekciju obučenog bolesnika, u sjedećem položaju., te ga upitati o navikama odijevanja
- učiniti inspekciju trbuha u različitim položajima (stojeći, ležeći, sjedeći, nagnut prema naprijed)
- palpirati ravni trbušni mišić (lat. *musculus rectus abdominis*). To je najlakše učiniti kada bolesnik leži na leđima, podigne glavu i ramena od podloge.
- odabrati mjesto na vrhu trbuha ukoliko bolesnik ima veliki trbuh. Ako je izrazito pretio stoma se pozicionira u gornjem kvadrantu trbuha.
- izabrati mjesto stome ovisno o vrsti operacije, a u slučaju neizvjesnosti označiti više mjesta za izvedbu– u konzultaciji s kirurgom.

- izbjegavati liniju pojasa.
- planirati mjesto koje je dobro vidljivo i lako dostupno bolesniku.
- da planirano mjesto izvedbe stome bude 5 cm od operacijskog reza i pupka
- izabrano mjesto dezinficirati, posušiti, označiti vodootpornim markerom i zaštititi prekrivkom.
- na označeno mjesto postaviti podložnu stoma pločicu i vrećicu, a bolesnik evaluira položaj stome u svim ranije navedenim položajima (4).

5. STOMA

5.1. Vrste stoma

Stoma je općenit naziv za otvor izrađen kirurškim putem kojim se neki unutrašnji organ, preko abdominalnog zida, povezuje s površinskom stijenkom. Naziv vrste stome ovisi od toga koji je unutrašnji organ u pitanju ili koji dio tankog ili debelog crijeva se izvodi na trbušni zid.

U stome za hranjenje ubrajamo: gastrostomu i jejunostomu.

Gastrostoma i jejunostoma se izvode kod bolesnika s funkcionalnim donjim dijelom probavnog sustava i nemogućnošću peroralnog unosa hrane. Najčešće je riječ o malignim bolestima usne šupljine ili jednjaka, neurološkim bolesnicima s gubitkom refleksa gutanja ili slično. Hoće li se cijev ugraditi u želudac (gastrostoma) ili u tanko crijevo (jejunostoma) ovisi o tome koliko je želudac funkcionalan (4).

Jejunostoma i ileostoma podrazumijeva izvođenje početnog, odnosno završnog dijela tankog crijeva na trbušni zid. Jejunostoma najčešće ima svrhu unosa hrane kad hranjenje oralnim putem, preko usta, zbog različitih razloga nije moguće. Cjevčica se postavlja laparotomijom (ili laparoskopski) direktno u jejunum. Hranjenje se provodi najčešće kontinuirano, pomoću enteralnih pumpi jer bolesnik nije u stanju primiti potrebnu količinu hrane u bolusu. Ileostoma ima svrhu pražnjenja sadržaja crijeva prije nego što taj sadržaj stigne u debelo crijevo.

Gastrostoma je spajanje želuca s prednjim trbušnim zidom u cilju unošenja hrane preko kirurškim putem napravljenog otvora. Gastrostoma se postavlja endoskopskim putem, takav postupak se naziva PEG (engl. *Percutaneous Entero Gastrostomy*). Zamjena PEG-a je moguća nakon tri mjeseca po postavljanju, i tada se može zamijeniti „button“ stomom. Cijevi se rutinski ne mijenjaju, već samo u slučaju komplikacija. U slučaju ispadanja cijevi, potrebno ju je odmah vratiti natrag. Za hranjenje se preporuča korištenje gotovih enteralnih pripravaka ili jako miksane gotovo tekuće domaće hrane. Nakon hranjenja stoma se treba isprati čistom vodom ili gorkim čajem. Vrijeme trajanja hranjenje je minimalno 15 minuta.

Nefrostoma, ureterostoma i cistostoma su nazivi koji označavaju izvođenje organa za izlučivanje mokraće na trbušni zid.

Crijevna stoma je kirurškim putem napravljen otvor na trbušnoj stijenci kroz koju se izvede crijevo. Mogu biti unipolarne ili terminalne (vidljiv jedan lumen – proksimalni krak), ili bipolarne (vidljiva dva lumena – proksimalni i distalni krak crijeva).

Bipolarna „loop“ stoma

Tijekom operacije za izvođenje bipolarne „loop“ stome, crijevo kolona se izvede kroz abdominalnu inciziju na površinu tijela i to otvorenim ili laparoskopskim pristupom. Na površini kože izvedeni kolon se presječe i rubovi se fiksiraju za kožu abdomena.

Bitubularna „double - barrel“ stoma

Kod bitubularne stome govori se zapravo o dvije stome smještene jedna do druge. Crijevna petlja izvede se odvojeno na površini abdomena te tvori proksimalnu i distalnu stomu. Proksimalna stoma je bliža tankom crijevu i kroz nju izlazi sadržaj dok kod distalne stome koja vodi do rektuma izlazi samo sluz (mukoza). Prilikom izvođenja ove vrste stome potrebno je imati na umu udaljenost između proksimalne i distalne stome kako bi se stoma pomagalo postavilo na svaku od izvedenih stoma. Vrlo često se krajevi crijeva u konačnici spoje i uspostavi se crijevni kontinuitet. Ovakva stoma rijetko se izvodi.

Terminalna „end“ stoma

Terminalna „end“ stoma je vrlo česta, a izvodi se na silaznom (descendentnom), kolonu i sigmi. Uglavnom je to trajna stoma (4).

Stome tankog crijeva:

Stome tankoga crijeva dijelimo na:

- a) ileostome – najčešća stoma tankog crijeva (izvodi se na ileumu, obično nakon potpunog uklanjanja debelog crijeva/kolektomije)
- b) jejunostome – izvode se na dijelu tankog crijeva (jejunumu), vrlo su rijetke – tek kod slučajeva vrlo kompliciranih i opsežnih kirurških zahvata na debelom crijevu

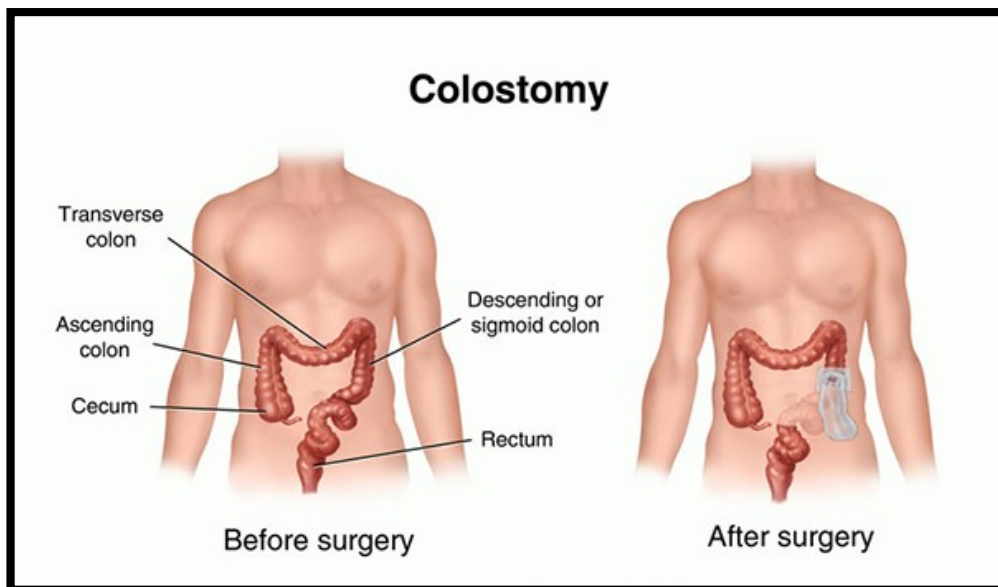
Ileostoma

Ileostoma se izvodi zbog potrebe eliminacije sadržaja tankog crijeva. Indikacija za izvođenje su stanja, malformacije ili traume koje zahtijevaju zaobilazanje debelog crijeva. Najčešći razlozi za njeno izvođenje su upalne bolesti crijeva, polipoza kolona i malignom. Mjesto gdje će se ileostoma izvesti mora se prijeoperacijski pažljivo odrediti i označiti (markirati). Treba paziti da se ne izvede blizu kostiju, kožnih nabora, ožiljaka ili mjestu koje je bolesniku teško vidljivo i dostupno za samonjegu. Stolica koja izlazi na ileostomu je tekuća, vrlo nagrizajuća jer sadrži probavne enzime koji u kontaktu s kožom vrlo brzo dovode do njenog oštećenja. Iz tog razloga se izvodi 2,5 – 3 cm iznad razine kože. Prema smjernicama Američkog društva koloproktologa, ileostoma treba biti barem 2 cm iznad razine kože. Zaštita peristomalne kože dugoročno je vrlo važna. Ukoliko dođe do njenog oštećenja postavljanje stoma pomagala je otežano i komplicirano te zahtjeva dodatne financijske izdatke i specifična znanja. Većina bolesnika ima tri do osam tekućih stolica dnevno. Potrebno je učestalo pratiti znakove dehidracije i eventualnog disbalansa elektrolita, naročito u ranom poslijeoperacijskom periodu do faze stabilizacije i poboljšanja općeg stanja. Praćenje elektrolitskog statusa i tekućine potrebno je provoditi dokle god bolesnik ima ileostomu. Količina i sastav tekućine i hrane koju bolesnik uzima mora kompenzirati količinu eliminiranog (4).

Važno je poučiti bolesnika o načinu prehrane: treba uzimati 6-8 manjih lagano probavljivih, nutritivno bogatih obroka dnevno. Hranu je potrebno dobro sažvakati. Količina tekućine ovisi o njenom gubitku a ne bi trebala biti manja od 8 čaša dnevno (5).

6. KOLOSTOMA

Kolostoma se izvodi kada je potrebno zaobići ili ukloniti distalni dio crijeva, rektum ili anus, te kada se ne preporuča ili ne može očuvati integritet crijeva. Ako su distalni rektum i mehanizam anorektalnog sfinktera uklonjeni kolostoma je trajna, a ako je mehanizam sfinktera očuvan, tada postoji mogućnost uspostave kontinuiteta.



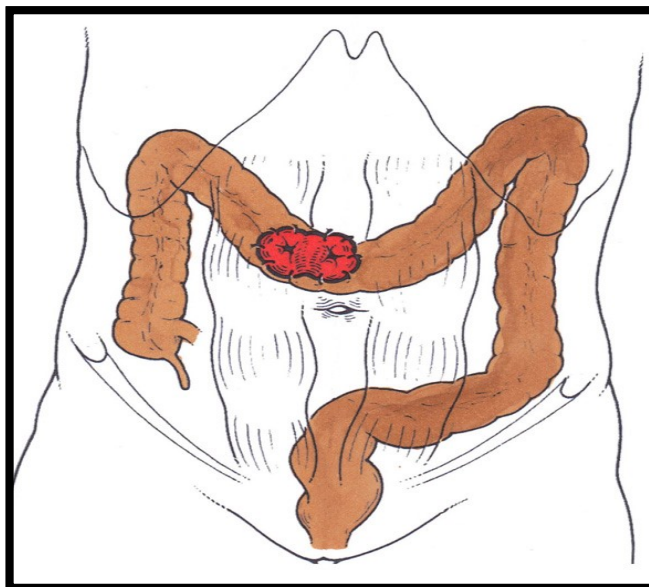
Slika 5.1. Kolostoma – prije i poslije operacije

Izvor: <http://rnspeak.com/nursing-skills/colostomy-care-nursing-procedure/>

Privremena kolostoma se najčešće izvodi prilikom hitnih situacija kako bi se izvela dekompresija opstruiranog ili perforiranog distalnog kolona. Elektivna privremena stoma se izvodi sa ciljem omogućavanja cijeljenja GI trakta s fistulama ili GI trakta s upalnim bolestima distalno od kolostome. Stoma se ponekad izvodi zbog zaštite distalnih anastomoza i to u slučajevima kada se očekuje produženo cijeljenje (anastomoze koje uključuju ozračeno tkivo) (5,6,7).

Dekompresivna kolostoma se izvodi u bolesnika s opstruktivnim lezijama kolona kako bi se izbjegla perforacija. Izvode se na način da se crijevo izvede na površinu abdomena i stvara se otvor na prednji trbušni zid čime se osigurava mehanizam evakuacije fecesa i dozvoljava pristup opstruiranom crijevu za primjerice kolonoskopiju ili konačni kirurški zahvat. Također omogućava izmjenu zraka i tekućina između stome i opstrukcije. Najčešće izvedene dekompresivne kolostome su:

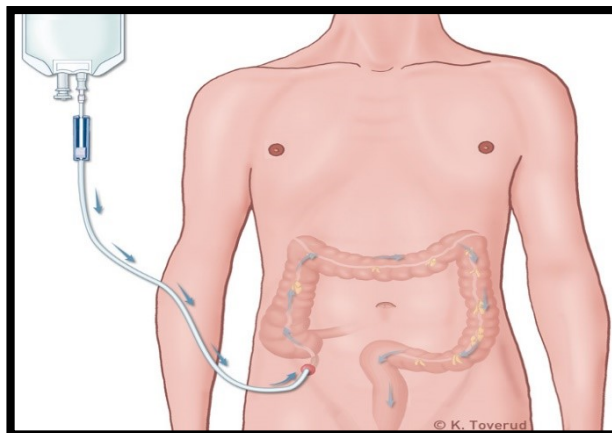
- ✚ Kolostome transverzuma - cijelo crijevo se izvede kroz trbušni zid i zašije za dermis ili stabilizira šipkom ili mostom dokle god crijevo ne granulira u trbušni zid. Takve su stome nešto rjeđe, a izvode se na gornjem dijelu abdomena na oko 5-6 poprečnih prstiju iznad pupka s lijeve ili desne strane.



Slika 5.2. Kolostoma poprečnog dijela crijeva

Izvor: <http://www.altermed.ru/node/1021>

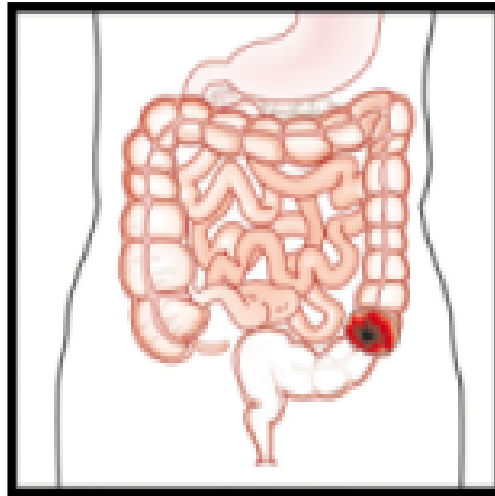
- ✚ Cekostome – prednji zid cekuma je otvoren i zašiven u otvor na trbušnom zidu. Takve stome su najrjeđe te se izvode uz pomoć katetera i uvijek je privremenog karaktera. Lokacija gdje se takva stoma izvodi je na koži donjeg dijela desne strane trbuha.



Slika 5.3. Cekostoma s kateterom

Izvor: <http://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/resources/self-irrigation-instructions-patients-indiana-pouch>

- ✚ Kolostome sigme – slične kolostomama transverzuma i korisne za bolesnike s prekomjernim kolonom ili opstruktivnim rektalnim ili analnim karcinomom. Najčešći vid kolostome a izvodi se na koži donjeg lijevog dijela trbuha (5,6,7).



Slika 5.4. Kolostoma sigmoidnog crijeva

Izvor: <http://www.vcm-huber.de/operationen/dickdarm/anus-praeter/>

Svi ovi postupci su najčešće trajni. Najveće prednosti dekompresivne kolostome uključuju sposobnost omogućavanja fekalne diverzije bez resekcije crijeva ili rizika za kontaminacijom trbušne šupljine i mogućnost pružanja definitivnog zbrinjavanja osnovne bolesti. Nedostatci dekompresivne kolostome uključuju potrebu za dodatnim operativnim zahvatom i za neke bolesnike probleme vezane za samozbrinjavanje i održavanje sigurnog sustava pločica – stoma vrećica. Stome transverzuma su najčešće velike stome u gornjem kvadrantu abdomena koje je teško prikriti, cekostome su stome u razini kože locirane bližem preponskom naboru, što ometa prijanjanje stoma pločice i vrećice (8).

Preusmjeravajuća kolostoma se čini kako bi se feces preusmjerio iz proksimalno od trakta s fistulama, koje je ili upalno područje ili distalna anastomoza. U ovim slučajevima, preusmjeravanje fecesa potiče cijeljenje oboljelog područja ili mirovanje procesa bolesti. Donedavno, preusmjeravajuća kolostoma je bila standard zbrinjavanja akutne intraabdominalne sepse s posljedičnom perforacijom ili traumatske disrupcije crijeva. Postoji mnoge prednosti i nedostatci pojedinih vrsta preusmjeravajuće kolostome (petlja kolostoma, Hartmannov zahvat...). No sve kolostome pružaju učinkovito preusmjeravanje fekalnih masa i pružaju potporu cijeljenju distalnog crijeva. Hartmanov zahvat se izvodi u slučajevima kada postoji visok rizik za nastanak nefunkcionalnog crijeva i za nastanak sepse kao što je na primjer u slučajevima toksičnog

kolitisa. Sve vrste preusmjeravajuće kolostome mogu se izvesti laparskopski ili otvorenim zahvatom.

Zatvaranje privremene kolostome se najčešće odgađa za nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci kako bi se osigurala potpuno izlječenje već postojećeg stanja i omogućilo omekšanje priraslica (adhezioliza). No ipak ponekad je moguće izvesti postupak zatvaranja stome u periodu od tri do šest tjedana ako je indicirano nepotrebno preusmjeravanje stolice. Zatvaranje je moguće izvesti laparaskopski ili otvorenim zahvatom.

Trajna kolostoma se najčešće izvodi zbog karcinoma distalnog rektuma ili anusa. Danas se prepoznaje da je 1 cm negativne distalne granice resekcije gotovo uvijek dovoljana kako bi se bolesnika „proglasilo“ čistim od tumorskih stanica čime se smanjio broj bolesnika s rektalnim karcinomom u kojim je izvedena trajna stoma. Endoanalni uređaji za spojnice također su pridonijeli redukciji trajne kolostome jer dozvoljavaju kirurgu izvođenje niskih anastomoza pomoću spojnice na mjestima gdje ručno šivanje nije moguće.

Prema načini izvođenja kolostome mogu biti:

- a) jednocijevne – kod kojih postoji samo jedan crijevni otvor na truhu,
- b) dvocijevne – sa dva crijevna otvora na truhu.

6.1. Indikacije za izvođenje kolostome

Niti jedna odluka o izvedbi kolostome se ne donosi olako. Kirurg koji operaciju izvodi treba uzeti u obzir sve okolnosti i sva stanja (komorbiditete) bolesnika i u najboljem interesu bolesnika donijeti najracionalniju odluku, treba li i ako treba - koju vrstu kolostome izvesti. Bolesnik kod kojeg je takva operacija potrebna mora znati da je taj postupak u njegovu slučaju medicinski u potpunosti opravdan i izveden isključivo s ciljem izliječenja ili očuvanja života (9).

Razlozi za izvođenje kolostome su:

- ✚ Akutna opstrukcija crijeva – najčešći razlog za izvođenje kolostome a uzrok nastanka opstrukcije može biti mnogostruk: upalne bolesti crijeva, uklještenje dijelova debelog crijeva, tumor unutar debelog crijeva koji zatvara prolaz crijevnom sadržaju...
- ✚ Akutne upale debelog crijeva, upale izazvane radioterapijom (sa ili bez upale potrbušnice)
- ✚ Traume debelog crijeva
- ✚ U cilju zaštite kirurški zašivenog debelog crijeva
- ✚ U cilju rješavanja formiranih fistula između završnog dijela debelog crijeva i drugih organa
- ✚ Kod nemogućnosti kontroliranja pražnjenja crijevnog sadržaja zbog neuroloških bolesti
- ✚ Kod operacija tumora završnog dijela debelog crijeva kada se ono uklanja u cjelini ili djelomično (uz otklanjanje njegovog završnog dijela)
- ✚ Kod tumora završnog dijela debelog crijeva koji nisu kirurški rješivi već se kolostoma izvodi samo u cilju sprječavanja potpunog zatvaranja crijeva tumorom (da bi se prevenirala opstrukcija)
- ✚ Kod određenih oboljenja u ranoj dječjoj dobi (upalne bolesti crijeva, kongenitalnih poremećaja...).

6.2. Izbor mjesta za postavljanje stome

Kirurg koji izvodi operativni zahvat određuje mjesto za izvođenje kolostome. Vrlo je važno, ukoliko je to moguće, da se mjesto za kolostomu odredi prije operacije. Vrlo je važno obilježiti planirano mjesto. Potrebno je bolesnika zamoliti da mijenjanjem svog položaja tijela, najčešćih prilikom izvođenja aktivnosti svakodnevnog života (sjedenje, stajanje, ležanje, savijanje u predjelu trbuha) utvrdi je li stoma na odgovarajućem mjestu i smeta li mu u većini svakodnevnih aktivnosti. Lokacije na koži koja imaju ožiljke, madeže i druge izrasline, blizina pupka i mjesta gdje se koža pregiba nisu pogodni za izvođenje stome i treba ih izbjegavati (10). Trebalo bi imati na umu da odabrano mjesto bude lako pristupačno, da ga bolesnik dobro i lako vidi. Također bi se trebalo voditi računa o zanimanju bolesnika i vrsti posla koji radi, bavi li se sportskim aktivnostima te ako je potvrđan odgovor – saznati kojim sportom, kakvu odjeću najčešće nosi, ima li kakve deformacije tijela i koristi li ortopedska pomagala koja mu mogu otežavati njegu stome. Bilo bi dobro da se planiranje mjesta za izvođenje stome vrši zajedno s medicinskom sestrom. Primjedbe bolesnika također mogu biti korisne i utjecati na izbor mjesta.

U nekim slučajevima, najčešće kod hitnih stanja, nije moguće unaprijed odrediti mjesto izvođenja kolostome, već to mjesto određuje kirurg u samom toku operacijskog zahvata, uzimajući u obzir sve navedene aspekte.

6.3. Izgled kolostome

Jednocijevna kolostoma ima izgled pravilnog kružnog ili relativno pravilnog elipsastog otvora na koži trbuha. Debelo crijevo je šavovima pričvršćeno za obod otvora, tako da se nalazi ili u ravnini trbušnoga zida ili oko 1-1,5 cm nad trbušnim zidom. Unutar otvora se vidi ružičasta boja sluznice, unutarnji pokrivač crijeva, u čijem se središtu nalazi otvor na koji se prazni stolica.

Dvocijevne kolostome su obično većih dimenzija, elipsastog oblika i imaju dva otvora. Jedan je dovodni otvor na koji se prazni stolica, dok je drugi pasivni otvor koji vodi u dio crijeva prema prirodnom anusu. Na dvocijevnim kolostomama se često postavlja takozvani „jahač“, koji je privremena gumena ili plastična cjevčica, čija je uloga da nakon operacije spriječava da debelo crijevo sklizne natrag u trbušnu šupljinu. Jahač se obično odstranjuje peti postoperativni dan.

Na izvedenu kolostomu se već na kraju operacije postavlja originalni prsten s vrećicom za sakupljanje sadržaja ukoliko je kolostoma otvorena ili se kolostoma pokrije sterilnom gazom ako se njeno otvaranje odloži za dan nakon operacije.

7. POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA STOMOM

Poslijeoperacijska zdravstvena njega jednaka je kao i zdravstvena njega bolesnika nakon bilo koje od većih abdominalnih operacija. Ono što je vrlo važno u ovom periodu je prepoznavanje i sprječavanje komplikacije stome, prepoznavanje problema koji se mogu javiti u području peristomalne kože te pravilno provođenje toaleta stome. Prvo što medicinska sestra treba prepoznati jest normalni (fiziološki) izgled stome. Sluznica stome mora biti glatka, sjajna, vlažna, nježno crvene boje i dobro prokrvljena. Peristomalna koža mora biti intaktna, bez oštećenja, normalne boje. Stoma je neosjetljiva na bol jer nema senzornih živčanih završetaka. Dobro formirana kolostoma izdignuta je 0,5 - 1 cm iznad razine kože.

Stoma zahtjeva nadzor i praćenje od trenutka njenog izvođenja na površinu tijela. U prvih nekoliko dana, naročito kod hitnih stanja, sluznica crijeva je često edematozna. Važno je mjeriti promjer stome pomoću šablone bar jednom tjedno, kroz period 6-8 tjedana nakon operacije. U tom vremenskom periodu dolazi do smanjenja edema, i stoma dobiva svoj normalni promjer što je iznimno važno za postavljanje vrećica i podloga. Potrebno je pravilno postaviti stoma podložnu pločicu uz stjenku crijeva kako bi se spriječilo otjecanje sadržaja crijeva na peristomalnu kožu te posljedično njeno oštećivanje. Može se očekivati minimalno krvarenje uz samu stomu. Ukoliko je ono izraženije obavezno obavijestiti kirurga. Poželjno je za prve poslijeoperacijske dane koristiti prozirne dvodijelne stoma setove kako bi u svakom trenutku pratili stomu te lako mijenjali stoma vrećicu. Ukoliko stoma postaje tamna ili ljubičasta obavezno treba obavijestiti kirurga. Prvih dan – dva iza operacije bolesnika ne treba opterećivati s puno informacija o stomi, ali treba odgovarati na sva njegova pitanja. Pojava stolice na stomu očekuje se tek 2. ili 4. poslijeoperacijski dan jer su prije operacije crijeva bila prazna. Važno je nastaviti pratiti pojavnost stolice, njenu količinu i boju. Kako bi smanjili količinu plinova savjetuje se izbjegavanje određenih namirnica (11).

U ranom poslijeoperacijskom periodu je važno pratiti ravnotežu unosa i iznosa tekućine. Dokazano je da rano poslijeoperacijsko uzimanje tekućine, već u količini od 20 ml, znatno ubrzava peristaltiku, smanjuje osjećaj žeđi te podiže razinu zadovoljstva bolesnika.

7.1 Pribor za njegu kolostome

7.1.1 Osnovni pribor

Kada se izvede kolostoma bolesniku će u daljnjem životu (osim u slučaju privremene stome) biti neophodan određeni pribor, koji će mu, uz odgovarajuću stručnost i edukaciju, omogućiti da mu se funkcija pražnjenja crijeva odvija nesmetano, a da mu to ne remeti svakodnevne životne aktivnosti. Kod zdravog čovjeka s prirodnim anusom oslobađanje sadržaja je kontrolirano i voljno. U slučaju kolostome više ne postoji mogućnost voljnog kontroliranja pražnjenja stolice i vjetrova te se na otvoru stome nalazi prozirna vrećica koja će sakupljati cjelokupan sadržaj (čvrst, tekući, plinovit), koji iz nje izlazi.

Bolesnika se obično nakon operacije vraća u njegovu bolesničku sobu ili intenzivnu njegu s postavljenom vrećicom na podlozi. To su najčešće ista ili slična pomagala koje će bolesnik koristiti kasnije, tijekom daljnjeg života.

U prošlosti su se stoma vrećice pričvršćivale za prsten na posebno izrađenom pojasu. Danas se ovaj sistem koristi samo u slučaju kada je nemoguće primijeniti moderno pomoćno sredstvo – ljepljivu podlogu u čijem se centru nalazi plastični prsten na koji se idealno postavi vrećica. Originalno pakiranje sadrži obično po pet podloga i trideset vrećica. Postoje također i jednodjelni sistemi kod kojih je vrećica već pričvršćena za podlogu te se zajedno s njom i postavlja.

U ranom poslijeoperacijskom periodu podložna pločica ne treba se mijenjati ukoliko doista nije potrebno. Čista koža može se tretirati zaštitnim protektivnim sprejevima ili maramicama. Stoma podložna pločica mijenja se svakih 3-5 dana. Postupak skidanja pločice treba izvesti nježno i polako. Nakon skidanja pločice, koža se lagano pere neutralnim sapunom, ispere i lagano posuši tapkanjem. Problemi koji se mogu javiti su alergijske reakcije na sastav pločice, gljivične infekcije ili oštećenja radi učestale izmjene podloge. Nakon pranja i sušenja koža se može dodatno zaštititi protektivnim pastama i sprejevima.

Potreban je stalni dnevni nadzor stanja peristomalne kože, pojavnost stolice, lokalitet eventualnog oštećenja i evidentiranje promjena u nadzorne liste i sestrinsku dokumentaciju. Po otpustu kući treba planirati redovite kontrole i evidentirati sve promjene. U svijetu postoji čitav niz modifikacija opisanog pribora, te ukoliko je bolesnik zainteresiran za posebnu vrstu vrećica, podloga za vrećice ili pomoćni pribor sve informacije može dobiti od medicinske sestre. U

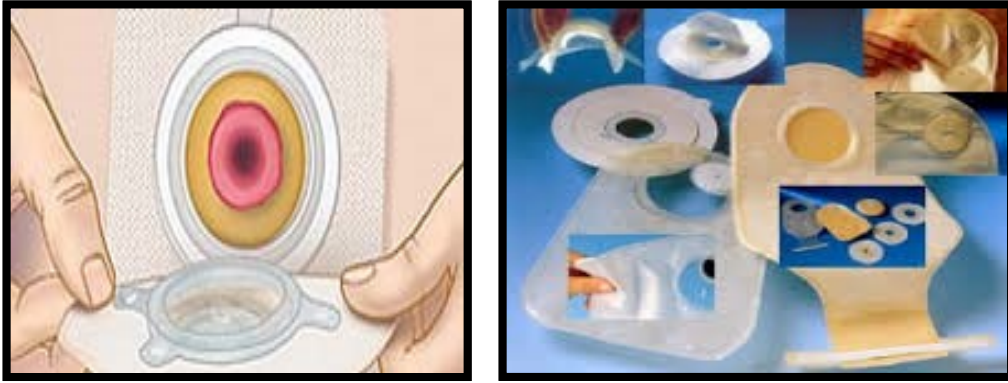
vrećicama za stomu mogu biti ugrađeni i filteri koji omogućavaju oslobađanje plinova iz njih bez neugodnih mirisa.

7.1.2. Stoma pomagala

Stoma pomagalo mora biti pouzdano, ugodno za nošenje, nevidljivo ispod odjeće. Pri odabiru stoma pomagala u obzir se uzima: vrsta stome, dob bolesnika (djeca, odrasli, starci), mjesto i karakteristike stome, karakteristike peristomalne kože, osjetljivost kože/alergije, manualnu spretnost, vidljivost, kognitivne faktore učenja, želje bolesnika, socijalne faktore, religiju, troškove, životni stil, dostupnost pomagala. Postoje dva sustava stoma pomagala: jednodijelni i dvodijelni sustav. Kod jednodijelnog sustava, stoma podložna pločica i vrećica su cjelina. Vrećice mogu biti: zatvorene i vrećice na ispust (koriste se kod stoma iz kojih izlazi tekući ili kašasti sadržaj u kraćim vremenskim razmacima), sa i bez filtera za plinove. Podložne pločice trebaju imati precizno izmjerene otvore za stomu,

Otvor za stomu na podložnoj pločici može biti:

- a) može imati mogućnost izrezivanja - pomoću manjih škara se izrezuje otvor prema veličini i obliku stome
- b) može biti izrezan u tvornici prilikom izrade – na tržištu postoje različite veličine s ciljem što bolje prilagodbe otvoru stome i nema ih potrebe još dodatno izrezivati
- c) mogu biti modelirajući –otvor stome se može oblikovati prstima, točno prema veličini i obliku stome. Na taj način se oblikuje tijesan spoj oko stome, što osigurava najbolju i najveću zaštitu od curenja rane ili vlaženja, za razliku od uobičajenih podložnih pločica koje se izrezuju. Pogodan kod starijih osoba.



Slika 6.1. Pribor za promjenu kolostome

Izvor: http://www.superandfree.com/proizvod.asp?id_proizvoda=452&locale=bs

Podloge s vrećicama moraju zadovoljavati nekoliko uvjeta:

- Trebaju biti uvijek dostupne i jednostavne za upotrebu
- Ljepljiva površina ne smije biti škodljiva za zdravu kožu u neposrednoj okolini stome na koju se postavlja
- Vrećica mora biti odgovarajuće veličine i tipa. Ne postoji univerzalna veličina i vrsta te bolesnik uz konzultacije s kirurgom i medicinskom sestrom odabire što mi najviše odgovara
- Moraju osigurati nepropusnost, i za tekući sadržaj, te onemogućavati širenje neugodnih mirisa

7.1.3. Dodatni pribor

Poželjno je koristiti i dodatni pribor kako bi se olakšalo postavljanje pribora za kolostomu (podloge s vrećicom) i spriječile komplikacije, posebice one na okolnoj koži. Dodatni pribor uključuje:

- Karton za mjerenje veličine stome
- Oštre škare s jednim nazubljenim rubom
- Papirnate maramice, papirnati ručnici, meko pamučno platno
- Papirnata ili plastična vrećica za odlaganje upotrebene vrećice

- Ogledalo
- Kvačica za zatvaranje vrećice
- Krema za zaštitu okolne kože
- Gel za kožu, adhezivni sprej, paste za stomu, zaštitni puder

7.2. Promjena podloge s vrećicom

Promjena podloge i vrećice ne predstavlja nikakvu složenu proceduru i zahtijeva minimalno znanje i vještine od bolesnika. U početku, obično tijekom hospitalizacije bolesnika u bolnici, promjenu vrećice čini medicinska sestra. Za to vrijeme ona bi trebala educirati bolesnika o samostalnom izvođenju postupka. Već do prve kontrole, najčešće desetak dana do dva tjedna nakon operacije, bolesnik bi trebao biti u potpunosti samostalan u izvođenju navedenog postupka. Preporučljivo je da sav pribor za promjenu podloge i vrećice drži na jednom mjestu. Vrećicu je potrebno zamijeniti ili isprazniti prije negoli postane prepunjena.

Postupak promjene podloge s vrećicom

- Prije promjene potrebno je pripremiti čistu vrećicu i odgovarajuću podlogu na kojoj se izreže središnja rupa veća oko 2-3 mm po cijelom obujmu od same stome
- Stara vrećica se, zajedno s podlogom, lagano odlijepi od kože, počevši od gornje strane, da bi se spriječilo izlijevanje ili ispadanje sadržaja
- Sadržaj vrećice se isprazni u toalet, vrećica opere i odloži u za to pripremljenu papirnatu ili plastičnu vrećicu
- Okolina stome se obriše suhom papirnatom maramicom ili papirnatim ručnikom
- Stoma i okolina kože se operu vodom koja je topla (ne vruća!). Voda može i ne mora sadržavati blagi neutralni sapun.
- Stoma i njena okolina se obrišu papirnatom maramicom, ručnikom ili mekom pamučnom krpom
- Stoma i okolna koža se dobro pregledaju
- Na suhu kožu oko stome se lagano utrlja zaštitna krema i pričekava da je koža potpuno upije
- Provjeri se veličina stome kartonom koji se koristi u tu svrhu

- Na suho i očišćeno mjesto se nalijepi nova podloga po uputstvu proizvođača i na nju se postavlja nova vrećica

Skale za procjenu oštećenja peristomalne kože

Skale za procjenu oštećenja peristomalne kože koriste se kao standardizirani jezik kako bi se opisalo i klasificiralo oštećenja peristomalne kože. Neke od njih su:

- S.A.C.S klasifikacija

Talijanski stomaterapeuti pri izradi S.A.C.S klasifikacije vodili su se načelima inovativnosti, produktivnosti i kvalitete. S.A.C.S klasifikacija je pomagalo koje je vrlo pregledno te jednostavno za korištenje. Ono obuhvaća topografiju i lezije peristomalne kože.

Prilikom korištenja navedenog pomagala procjenjuje se područje 7,5 cm kože od baze stome (izvoda). Prvi korak procjene predstavlja određivanje lezije (LI - LX), drugi korak je označavanje mjesta - topografije dijagnosticirane lezije (TI - TV), dok je treći korak evidentiranje .

- Topografija se određuje na način da medicinska sestra sa TI označi gornji lijevi kvadrant (9-12 h), gledajući okrenuta licem prema bolesniku. TII kvadrant (12-3 h), TIII kvadrant (3-6 h), TIV (6-9 h) dok TV označava zahvaćenost svih kvadranta oko stome.
- DET score - vodič za evaluaciju oštećenja peristomalne kože

Vodič sadrži dva jednostavna pristupa za dobivanje informacija o stanju peristomalne kože:

1. DET (diskoloracija, erozija / ulceracije i hiperplazije), univerzalna bodovna skala za ocjenjivanje peristomalne kože koja se procjenjuje ukoliko je došlo do poboljšanja ili pogoršanja stanja peristomalne kože.
2. AIM (procjena, intervencije i praćenje), omogućuje kategorizaciju oštećenja peristomalne kože u skladu s uzrokom te daje smjernice za njegu peristomalnih kožnih promjena. Uključuje i algoritme za određene uzroke.

Koristeći standardizirani obrazac kao instrument procjene stanja peristomalne kože, objektivizira se procjena oštećenja prilikom pojave i nastavka liječenja te daljnjeg praćenja

oštećenja što kliničarima znatno olakšava praćenje te daljnja istraživanja s krajnjim ciljem prevencije peristomalnih oštećenja.

8. PREHRANA BOLESNIKA S KOLOSTOMOM

Prvih nekoliko dana od operativnog zahvata, za vrijeme boravka u Jedinici intenzivnog liječenja, bolesniku je hrana uskraćena. Za to vrijeme on dobiva potrebne tvari u obliku infuzije, venskim putem. Nakon uspostavljanja peristaltike postepeno se uvodi redovita prehrana. Već oko petog postoperativnog dana prehrana bolesnika se bitno ne razlikuje od one prije operacije. U početku treba izbjegavati jače začinjenu hranu koja nadražuje sluznicu želuca i crijeva te hranu koja nadima. Ne postoji zabranjena hrana za bolesnike s kolostomom. Ipak, uravnotežena prehrana bolesniku omogućuje da se bolje osjeća a i da njegov probavni sustav organa za probavu, uključujući i stomu, uredno funkcionira. Poželjno je, barem u početnoj fazi nakon izvođenja kolostome, voditi bilješke o tome kako organizam podnosi koji vrstu hrane, sve dokle prehrana ne postane uravnotežena i uhodana (12).

Alkoholna pića u bolesnika s kolostomom nisu zabranjena. Treba ipak voditi računa o umjerenosti, jer mogu djelovati nadražujuće na sluznicu probavnih organa, izazivajući proljev. Trebalo bi se držati principa „umjerenosti“ te je u bolesnikovom interesu ne pretjerivati u jelu i piću, što u suštini vrijedi i za osobe bez kolostome.

Intervencije medicinske sestre pri hranjenju na kolostomu:

Prilikom hranjenja bolesnika, medicinska sestra treba promatrati bolesnika i razgovarati s njim o njegovom osjećaju prilikom hranjenja. Također treba bilježiti količinu unijete hrane, pratiti količinu rezidualnog volumena hrane i promatrati mjesto stome. Tijekom edukacije bolesnika i njegove obitelji, treba ih savjetovati o vrsti namirnica i načinu njihove pripreme, savjetovati o načinu njege usne šupljine te o mogućim komplikacijama stome. Važno im je nekoliko puta demonstrirati način prehrane i toaletu stome.

Najčešće komplikacije s posljedičnim prestankom hranjenja na gastrostomu su:

- a) peritonitis – radi infekcije kože oko cijevi gastrostome
- b) curenje sadržaja uz gastrostomu (preveliki otvor)
- c) pojava granulacijskog tkiva
- d) ispadanje ili opstrukcija tube

e) krvarenja u probavnom traktu

Iste se komplikacije mogu pojaviti i kod jejunostome (13).

8.1. Mogući problemi vezani za prehranu

Tri problema koja mogu najviše ometati funkcioniranje stome a to su: vjetrovi, zatvor i proljev.

Vjetrovi

Normalno je da uz stolicu izlazi i određena količina vjetrova. Ukoliko je njihovo pražnjenje u toj mjeri, da ometa normalan život bolesnika ili se zbog njih ne osjeća ugodno u društvu, neophodno je obratiti pozornost na sljedeće:

- Ne jesti brzo (guta se zrak)
- Dobro sažvakati hranu
- Ne razgovarati za vrijeme jela
- Jest manje količine hrane odjednom i u jednakim vremenskim razmacima
- Izbjegavati hranu koja nadima (karfiol, kupus, luk, krastavci, gazirana pića, čokolada...)
- Tekućinu uzimati poslije, a ne za vrijeme jela

Zatvor

Pretjerano tvrda stolica također može izazvati probleme, kao i suviše meke konzistencije. Poznato je da određene namirnice kao što su celer, orasi, kukuruzne pahuljice, čokolada i banana stvrdnjavaju stolicu, pa ih treba uzimati u umjerenim količinama. Mogućnost pojave zatvora može se smanjiti redovitim uzimanjem svježeg voća, povrća i dovoljne količine tekućine. Sredstva za pražnjenje crijeva u cilju uspostavljanja normalne stolice treba izbjegavati.

Proljev

Osim tehničkih problema vezanih za funkcioniranje podloge i vrećice bolesnika s kolostomom, dugotrajni proljev može izazvati značajan gubitak tekućine i elektrolita u organizmu, te njegova pojava mora biti ozbiljno shvaćena.

Uzorci proljeva su razni. Veoma začinjena hrana, luk, neke voćke, veće količine alkoholnih pića i piva kao i pretjeran unos voćnih sokova mogu dovesti do pojave tekuće stolice. Poremećena ravnoteža emocionalnog i psihičkog stanja bolesnika također može uzrokovati proljev.

8.2. Problemi vezani za stomu

Sporo zarastanje rana

Nakon velikih operacija rektuma se ponekad zapaža da rane zarastaju sporije nego inače. Ovo se posebno odnosi na ranu na međici (kojom je zatvorena koža gdje se ranije otvarao prirodni anus). To je normalna pojava.

Površinsko krvarenje stome

Može se pojaviti ukoliko se stoma briše jačim pritiskom nego što je to poželjno ili ako po obodu stome ima zaostalog kirurškog konca koji nisu skinuti prije otpusta iz bolnice. Ova pojava inače nema većeg značaja.

Krvarenje iz unutrašnjosti stome

Ukoliko se primijeti krvarenje (svježe – crvene boje, staro – tamno, crno), uz stolicu koja zaudara potrebno je odmah obavijestiti liječnika.

Promjena boje ili veličine kolostome

Ako dođe do iznenadne promjene boje stome u tamnu ili modriju, potrebno je provjeriti da li je bila izložena jačem vanjskom pritisku te se konzultirati s liječnikom.

Oštećenje kože oko kolostome

Najčešće se javlja u vidu crvenila ili površnih ranica praćenih pečenjem. Može biti uzrokovano izrazito začinjenom hranom, alergijom na određene namirnice ili na kreme koje se upotrebljavaju

za njegu stome. Tretman ovakvih kožnih oštećenja je jednostavan i podrazumijeva temeljito ali blago čišćenje stome s okolinom prilikom mijenjanja vrećice, izrezivanje odgovarajućeg otvora na podlozi za stomu, izbjegavanje brzog skidanja vrećice s podlogom kao i upotreba zaštitnih krema koje se nanose oko stome.

Produženo privikavanje zbog neadekvatne podloge i vrećice

Dužina privikavanja na upotrebu podloga s vrećicama je individualna.

Izostanak stolice

Ukoliko se primjeti ova pojava, posebice ako je praćena izostankom vjetrova i bolovima potrebno je obavijestiti liječnika.

Fantom rektum

Nakon operacija kojima se odstranjuje dio tijela, kod izvjesnog broja bolesnika se javlja osjećao, kao da je taj dio i dalje prisutan. Tako se može javiti osjećaj nagona na stolicu kroz prirodni anus, iako je on operativnim putem odstranjen.

9. KVALITETA ŽIVOTA NAKON ZAVRŠETKA LIJEČENJA

Potrebno je naglasiti da se većina ljudi nakon uspješnih operacija s izvođenjem stome, nakon završetka liječenja i oporavka, vraća svojim redovnim aktivnostima i poslovima koje su ranije obavljali. To treba biti cilj i medicinske sestre i bolesnika. No ipak, teški fizički poslovi poput nošenja ili dizanja teških tereta nisu preporučljivi i treba ih zamijeniti lakšim poslovima.

Uži članovi obitelji trebali bi biti upoznati s izvođenjem kolostome prije operacije. Ukoliko to nije moguće (hitnost operativnog zahvata), neophodno ih je informirati o tome nakon nje ali u svakom slučaju prije odlaska iz bolnice. To je važno iz više razloga. Obitelj bolesniku može pomoći oko organizacije svoje nove navike pražnjenja crijeva na najbolji mogući način a ujedno će mu pružiti i prijeko potrebnu psihološku i psihičku pomoć. Postojanje kolostome ne bi trebalo kriti ni od šire obitelji ili prijatelja, posebice ako je bolesnik blizak s njima i ima povjerenja u njih. Odluka o tome koga će obavijestiti je isključivo na bolesniku a medicinska sestra bi ga trebala uputiti da razumijevanje i podrška obitelji može pomoći u ublažavanju straha od novog načina života i da stomu prihvati kao novu naviku (14).

Tijekom operacije kirurg bi trebao maksimalno voditi računa da ne uzrokuje veće oštećenje živaca u okolini debelog crijeva koji se odstranjuje ali neka oštećenja su neizbježna i prilikom izvođenja kolostome. Međutim, primarni cilj kirurga jest da ne dovede u pitanje život i zdravlje bolesnika tijekom operacije i nakon nje. Zato se smetnje u funkcioniranju spolnih organa, u usporedbi s očuvanjem života, smatraju sporednim (15).

Samo postojanje kolostome i pločice s vrećicom ne predstavljaju ograničenje u seksualnim aktivnostima. Međutim, nepohodno je da bolesnik prevlada strah povezan sa seksualnim aktivnostima.

Kod muškaraca se u nekim slučajevima može pojaviti otežana erekcija, a ponekad i impotencija. Ona ne mora biti stalna, uzrokovana oštećenjem živaca, nego može biti izazvana psihičkim opterećenjem zbog postojanja kolostome. U tom slučaju je prolazna.

Kod žena, stvaranjem ožiljaka ili zračenjem zdjelice prije ili poslije operacije može se pojaviti bol i nelagoda prilikom spolnog odnosa. Rijetko se javlja djelomična ili potpuna neosjetljivost spolnih organa. Treba naglasiti da izvedena kolostoma ne znači nemogućnost začeća. Postojanje kolostome ne smeta ni trudnoći ni porođaju.

Ukoliko su se po preporuci liječnika prije izvođenja kolostome koristili određeni lijekovi, trebalo bi s njima nastaviti i nakon operacije. Mali broj lijekova može utjecati na pražnjenje stolice na izazivanje proljeva ili zatvora. Ukoliko bolesnik primijeti da mu određeni lijek koji koristi stvara probleme u funkcioniraju stome potrebno je konzultirati se s liječnikom.

Nakon operacije bolesnicima se čini da nikada više neće biti u stanju baviti se nekim sportom ili rekreacijom. Međutim, s vremenom, shvaća da je ta nedoumica više psihičke nego fizičke naravi. Medicinska sestra treba objasniti bolesniku da ne postoji niti jedan razlog zbog kojeg bi se trebao odreći ovog dijela života (16).

10. ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI BOLESNIKA S KOLOSTOMOM

Zdravstvena njega u kući specifična je djelatnost u sustavu primarne zdravstvene zaštite. Medicinske sestre i medicinski tehničari zbrinjavaju i pružaju zdravstvenu njegu uglavnom najtežim bolesnicima u njihovom domu. Zdravstvena njega provodi se u posebnim uvjetima koji zahtijevaju različite prilagodbe, dodatna znanja, vještine i napore za provođenje zdravstvene njege u kući bolesnika.

Medicinska sestra mora provoditi zdravstvenu njegu prema zahtjevima stručnih standarda, odgovorna je za postupke koje provodi i ishode provedenih postupaka. Zdravstvena njega se kontinuirano razvija. Nove spoznaje u medicini zahtijevaju od medicinskih sestara usvajanje novih znanja i primjenu najbolje prakse.

Zdravstvena njega bolesnika s intestinalnom stomom postupak je kojim se održava higijena stome i okolne kože, izmjene ili pražnjenja stoma pomagala / vrećice za stolicu te izmjene baze, pločice i diska. Izvođenje postupka u kućnoj njezi može trajati 45 minuta (17).

SVRHA POSTUPKA

- osiguravanje čiste i zdrave stome te okolne kože
- eliminacija stolice umjetnim putem
- osiguravanje eliminacije stolice bez komplikacija
- smanjenje bolesnikove tjeskobe i osjećaja ugroženoga dostojanstva

Medicinske sestre/ medicinski tehničari u kućnoj njezi podučavanjem bolesnika, poticanjem na što raniju samostalnost za njegu vlastite stome, savjetima o izboru najboljega pomagala, o načinu prehrane te zajedničkom provjerom naučenoga pridonose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želji za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastaloj situaciji.

PO DOLASKU U KUĆU BOLESNIKA POTREBNO JE UČINITI PROCJENU:

- psihofizičkoga stanja bolesnika i osobe koja se brine o njemu
- spremnosti obitelji na skrb o bolesniku sa stomom
- znanja obitelji i ukućana o skrbi o bolesniku sa stomom
- razine znanja bolesnika o njezi stome i njegove sposobnosti usvajanja znanja
- prostora i radnih uvjeta za izvođenje postupka (osvjetljenje, temperatura prostorije)
- izgleda i promjera stome s pomoću mjerača • kompatibilnosti između podloga i vrećica
- potrebnoga pribora za njegu i promjenu stome
- stanja kože oko stome.

POTREBAN PRIBOR I MATERIJAL:

- pladanj s priborom
- odgovarajuće stoma pomagalo i dodatni pribor za njegu stome: pasta, puder, rupčići
- mjerač za mjerenje promjera stome
- škariće
- ogledalo (kada bolesnik sam obavlja njegu)
- sušilo za sušenje kože
- smotuljci od gaze ili vlažne maramice
- sapun neutralne pH-vrijednosti, topla voda, lavor, trljačice ili papirnati ručnici
- jednokratne rukavice
- posuda za nečisto, vreća za komunalni otpad.

TIJEK IZVOĐENJA POSTUPKA

1. Provjeriti pisanu odredbu liječnika.
2. Predstaviti se, identificirati bolesnika.
3. Osigurati privatnost.
4. Oprati i osušiti svoje ruke.
5. Bolesnika smjestiti u položaj povoljan za izvedbu postupka: ležeći ili Fowlerov.
6. Pladanj staviti uz krevet bolesnika.
7. Kod samoljepljivih vrećica izrezati otvor veličine stome.
8. Kod promjene podloge, ako nije samodelirajuća, također izrezati otvor prema veličini stome.
9. Odjenuti rukavice.
10. Bolesnikov trbuh osloboditi od odjeće.
11. Odstraniti staru vrećicu ako je samoljepljiva, raditi vrlo oprezno zbog mogućega oštećenja kože; jednom rukom pridržavati kožu, a drugom nježno povlačiti vrećicu prema dolje.
12. Odložiti vrećicu u vreću za komunalni otpad (ako je stolica zarazna, vrećica se odlaže u infektivni otpad).
13. Ukloniti fekalne mase vlažnom trljačicom i odložiti u vreću za otpad.
14. Oprati okolnu kožu sapunom neutralne pH-vrijednosti i toplom vodom, nježno osušiti kožu papirnatim ručnikom.
15. Tekućinom ili rupčićima za skidanje ljepila očistiti kožu oko stome, odložiti u posudu za nečisto.
16. Tubicom ili vlažnim prstom nanijeti pastu oko unutarnjega ruba otvora pločice za zaštitu kože oko stome i boljega prijanjanja pločice uz kožu oko stome.
17. Pričvrstiti pločicu na suhu kožu.
18. Izrez pločice i vrećice mora pokrivati kožu oko stome.
19. Spojiti vrećicu s prstenom na pločicu.
20. Provjeriti prijanjanje.
21. Skinuti rukavice, dezinficirati i osušiti ruke.
22. Smjestiti bolesnika u udoban ili prisilan položaj.
23. Dezinficirati ruke i ponovno odjenuti čiste rukavice.
24. Raspremiti pribor i upotrijebljen materijal (vreću komunalnoga otpada
25. iznijeti iz bolesnikove sobe).

26. Skinuti rukavice, oprati i osušiti ruke.
27. Evaluirati i dokumentirati provedeni postupak i stanje bolesnika.

TIJEK IZVOĐENJA POSTUPKA KAD SE MIJENJA SAMO VREĆICA

1. Primijeniti sve opisane smjernice vezane za promjenu vrećice.
2. Oprati, osušiti ruke i odjenuti rukavice.
3. Odstraniti vrećicu i odložiti u vreću za otpad.
4. Ukloniti fekalne mase papirnatim ručnikom, odložiti u otpad.
5. Oprati ili očistiti pločicu vlažnim maramicama i osušiti papirnatim ručnikom, odložiti u otpad.
6. Pričvrstiti novu vrećicu i provjeriti prianjanje, pokriti trbuh bolesnika.
7. Skinuti rukavice, dezinficirati i osušiti ruke.
8. Smjestiti bolesnika u udoban ili prisilan položaj.
9. Ponovno odjenuti čiste rukavice.
10. Raspremiti pribor i upotrijebljen materijal (vreću komunalnoga otpada iznijeti iz bolesnikove sobe).
11. Skinuti rukavice, oprati i osušiti ruke.
12. Evaluirati i dokumentirati provedeni postupak i stanje bolesnika.
13. Dokumentirati psihološke reakcije bolesnika.
14. Dokumentirati boju, izgled i veličinu stome.
15. Dokumentirati funkciju, izgled i količinu crijevnoga sadržaja.
16. Dokumentirati moguće komplikacije stome (17).

Shultz je definirao edukaciju bolesnika kao „iskustvo koje rezultira promjenom ponašanja u željenom smjeru“ (21). Edukacija bolesnika prije svega je najvažnija u prelasku bolesnika iz modela njege medicinske sestre u „samodovoljan“ model skrbi što postaje izuzetno važno u zdravstvenom okruženju kod kuće zbog smanjenog trajanja boravka u bolnici i ograničenih mogućnosti edukacije u bolničkim uvjetima. Edukacija bolesnika treba sadržavati sveobuhvatan pregled mogućnosti obavljanja njege, prehrambenih potreba, njege kože, znakova i simptoma komplikacija, seksualnosti i izmijenjene slike tijela, suočavanje s neugodnim mirisima, dostupnost proizvoda i informacije o naručivanju ili nabavci istih, tehnike ispiranja kolostome i

upotreba kompleta za hitne slučajeve (koji sadrži sve potrebne predmete za samo-njegu) kada je bolesnik izvan kuće (22). Poučavanjem bolesnika pravilnoj tehnici primjene pomagala i simptomima disfunkcije kože, medicinska sestra u kućnoj njezi može spriječiti potencijalne probleme i poboljšati kvalitetu života bolesnika. Uz to, u samom procesu edukacije, medicinska sestra u kućnoj njezi treba uključiti bolesnika i prenijeti kognitivne, afektivne i psihomotorne domene učenja, što će poboljšati zadovoljstvo i poboljšati ishode u bolesnika (3). Edukacija treba sadržavati pisane materijale, uz verbalno ponavljanje i praktičnu primjenu. Mnogi proizvođači stoma i drugih pomagala nude sveobuhvatno pismeno i internetsko poučavanje, koje se također može upotrijebiti za unapređivanje edukacije bolesnika ali i njegove obitelji (23).

11. ZAKLJUČAK

Kada kirurg bolesniku predoči izvođenje kolostome kao oblik liječenja, bolesniku je potrebno objasniti da takvom operacijom dobiva šansu za produženje života i priliku da se uspostavi ravnoteža narušenog zdravstvenog stanja, pri čemu medicinska sestra ima važnu ulogu. Bitno je bolesniku naglasiti da se odluka o izvođenju stome ne donosi olako te da ako je već donešena da je u njegovom najboljem interesu.

Zadovoljstvo pomagalom, izborom i podrškom su najvažniji elementi održavanja sigurnosti, samopouzdanja i omogućavanje bolesnicima da nastave sa svojim životom. Pozitivno upravljanje fizičkim problemima i problemima sa stomom, procjena psiholoških poteškoća ili problema i zadovoljstvo sa samim sobom potiče prilagodbu bolesnika na novonastalo stanje. Kako bi se osiguralo da svaki bolesnik ima priliku za maksimalnu neovisnost, medicinske sestre uključene u skrb bolesnika u kući mogu raditi kao tim, osiguravajući pri tome adekvatnu edukaciju bolesnika i njegove obitelji. Medicinske sestre također trebaju razmotriti poboljšanje ili ažuriranje vještina i stečenog znanja u bolesnika.

Velika većina bolesnika po izvedbi stome prolazi kroz faze žalovanja i gubitka. Prvi kontakt s medicinskom sestrom/enterostomalnim terapeutom i zdravstvenim djelatnicima općenito, ima veliki utjecaj na stav koji bolesnik razvija prema tjelesnoj promjeni. Edukaciju o skrbi stome treba započeti prije operacije, a nastaviti po prestanku bolova, normalizaciji općeg stanja i osobnoj želji bolesnika. Ohrabriranjem, poticanjem, educiranjem, podiže se bolesnikova razina samopouzdanja i samostalnosti. Korisno je osigurati razgovor s osobama koje su se u potpunosti prilagodile životu sa stomom.

Potpuno je pogrešan stav sredina da čovjek s kolostomom nema dug životni vijek. Netočno je i to da se čovjek zbog izvedene stome osjeća „obilježenim“. Suvremni pribor koji se upotrebljava u održavanju i njezi kolostome omogućuje bolesniku vođenje u suštini nepromijenjenog načina života od dotadašnjeg.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u zdravstvenoj njezi bolesnika s kolostomom. Ona je prva koja brine o bolesniku u prvih satima, danima od operacije, pruža fizičku i psihičku potporu ali njena glavna uloga zapravo leži u provođenju dobre edukacije kako bi bolesnik postigao najbolju kvalitetu života.

Visoka učestalost komplikacija kolostome i fizički simptomi koji se javljaju u prvoj godini nakon operacije sugeriraju da bi bilo primjereno poduzimati daljnje posjete i u šest mjeseci do 1 godine nakon operacije kako bi se mogli prepoznati bilo kakvi problemi, pružiti podrška i izvršiti potrebna intervencija.

Podrška i edukacija koju pruža medicinska sestra u kućnoj njezi, u suradnji s liječnim primarne zdravstvene zaštite i obitelji, mogu omogućiti bolesnicima upotpunjen i aktivan život. Medicinska sestra u kućnoj njezi je često primarni edukator bolesnicima s ostomijama i mora posjedovati znanja o procjeni, komunikacijske vještine potrebne za prepoznavanje i upravljanje komplikacijama, kao i praktične vještine za izvođenje potrebnih i svobuhvatnih intervencija u takvih bolesnika. Isto tako, precizne i temeljite procjene dovode do odgovarajućeg odabira proizvoda/ pomagala, smanjuju neobavezne troškove, poboljšavaju kvalitetu skrbi i povećavaju ukupno zadovoljstvo bolesnika.

12. LITERATURA

1. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, i sur. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(5):493-503.
2. Ratliff CR. Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(5):505-10.
3. Colwell J, Goldberg M, Carmel J. *Fecal and urinary diversions: Management principles.* St. Louis, MO: Mosby, 2004.
4. Vrdoljak VV, Rotim K, Biočina B. *Kirurgija.* Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2017.
5. Ignatavicius D.D, Workman M.L, Blair M, Rebar C, Winkelman C. *Medical-Surgical Nursing, patient- Centered collaborative care (Eighth edition).* Elsevier, 2016.
6. Hendern S, Hammond K, Perry B, Buie W.D, Steele S.R, Rafferty J. Clinical practice guidelines for Ostomy surgery. *Dis. Colon Rectum,* 2015; 58: 375-378.
7. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette D, Oittman J, at all. Position Statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing. *Journal of WONC.* 2015.
8. deWit S. C, Holly K.S, Dallred C.V. *Medical – Surgical Nursing, Concept and Practice (Third edition),* Elsevier, 2017.
9. Black P, Stuchfield B. Multicultural stoma care. In: *Caring for stoma patients, best practice guidelines.* High Wycombe: CliniMed Ltd, 2006.
10. Lyon C, Smith A. *Abdominal stomas and their skin disorders - an atlas of diagnosis and management.* London: Dunitz Ltd, 2001.
11. Stephenson N. Self-directed learning: communication. *British Journal of Healthcare Assistants.* 2008;2(6);301-3.
12. Melotti L.F, Bueno Mendes I, Silvera G. V, Nunes da Silva ME. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. 2013; 33: 70 – 74.
13. Berry J, Black P, Smith R, Stuchfield B. Assessing of the value of silicone and hydrocolloid product in stoma care, *Br J Nurs,*2007;16 (13): 778-788.
14. Herlufsen P1, Olsen AG, Carlsen B, Nybaek H, Karlsmark T, Laursen TN, Jemec GB. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs.* 2006 Sep 14-27;15(16):854-62.

15. Zelić M, Vranešić Bender D, Ljubas Kelečić D, Župan Ž, Cicvarić T, Maldini B, i sur. Hrvatske smjernice za perioperativnu enteralnu prehranu kirurških bolesnika, Liječnički vjesnik. 2014.;136 (7-8): 179-85.
16. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallen AM, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis.*2010; 12: 971–976.
17. Kyung S. H, Bo- Young O, Eui – Jung, Soon Suo C, Kwang H.K, Ryung- Ah L. Psychological attitude to self – appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self- appraisal. *Ann Surg Treat Res.*2014. 86 (3): 152 – 160.
18. McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The impact of preoperative stoma marking on health – related quality of life: a comparasion cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*2016 Jan – Feb;43(1): 80-7.
19. de Gouveia Santos VL, Chaves EC, Kimura M. Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006;33:503–509.
20. Mrzljak V, Plužarić J, Žarković G, Ban D, Sandra Š. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući II. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara, 2019.
21. Schultz JM. Preparing the patient for colostomy care: a lesson well learned. *Ostomy Wound Manage.* 2002;48(10):22-5.
22. Readding LA. Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *Br J Nurs.* 2005;14(16):S16-20.
23. Pringle W, Swan E. Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *Br J Nurs.* 2001;10(19):1275-88.

SAŽETAK

Stoma je općenit naziv za kirurškim putem napravljen otvor kojim se neki unutrašnji organ, preko trbušnog zida, povezuje s vanjskom sredinom. Naziv vrste stome ovisi od toga koji je unutrašnji organ u pitanju ili koji dio tankog ili debelog crijeva se izvodi na trbušni zid. Kolostoma se izvodi kada je potrebno zaobići ili ukloniti distalni dio crijeva, rektum ili anus, te kada se ne preporuča ili ne može očuvati integritet crijeva. Svako takvo oboljenje predstavlja šok za bolesnika, redovito praćen strahom od neizvjesnosti s obzirom na način liječenja i mogućnosti liječenja. Strah najčešće proizlazi iz neznanja ili nedovoljnog poznavanja bolesti, njenog toka, načina života i kvalitete života nakon završetka liječenja. Bolesnici koji u određenoj mjeri poznaju svoju bolest, spremniji su na suradnju s multidisciplinarnim timom te mogu preuzeti dio odgovornosti za svoje ozdravljenje i život. U zdravstvenoj njezi u kući kod bolesnika s kolostomom medicinska sestra ima izrazito važnu ulogu, svojim znanjem i intervencijama usmjerenim prema zdravstvenom prosvjećivanju bolesnika doprinosi postizanju visoke razine kvalitete života u bolesnika. Broj bolesnika s kolostomom je u porastu pa proporcionalno tome raste i potreba za podizanjem razine bolesnikove zdravstvene svijesti.

Ključne riječi: kolostoma, sestrinska skrb, zdravstvena njega u kući

SUMMARY

Stoma is a general name for a surgically-made opening that connects an internal organ, via abdominal wall, to the external environment. The name of the type of stoma depends on which internal organ in question or which part of the small or large intestine is performed on the abdominal wall. Colostomy is performed when it is necessary to bypass or remove the distal bowel, rectum or anus, and when the integrity of the bowel is not recommended or cannot be maintained. Any such illness is a shock to the patient, regularly accompanied by fear of uncertainty with regard to treatment modalities and treatment options. Fear usually arises from ignorance or insufficient knowledge of the disease, its course, lifestyle and quality of life after the end of treatment. Patients who are aware of their illness to some extent are more willing to cooperate with a multidisciplinary team and can take some of the responsibility for their healing and life. In home care for patients with colostomy, nurse plays an extremely important role, contributing to the achievement of a high level of quality of life in patients through knowledge and interventions focused on patient health education. The number of colostomy patients is on the rise, and the need to raise the level of patient's health awareness is increasing in proportion.

Keywords: colostomy, nursing care, nursing home care

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/iće	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>09.10.2019.</u>	JOSIPATLERIC	Josip Atleric

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

JOSIPA FERIC

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, 09.10.2019.

Josipa Ferić
potpis studenta/ice