

Sestrinske intervencije tijekom oporavka bolesnika nakon operacija debelog crijeva

Jandrić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:144:165851>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-22**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**SESTRINSKE INTERVENCIJE TIJEKOM
OPORAVKA BOLESNIKA NAKON OPERACIJE
DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad br. 74/SES/2021.

Ivana Jandrić

Bjelovar, listopad 2021.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Jandrić Ivana**

Datum: 13.07.2021.

Matični broj: 001927

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA ODRASLIH II/IV**

JMBAG: 0314018631

Naslov rada (tema): **Sestrinske intervencije tijekom oporavka bolesnika nakon operacija debelog crijeva**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Ksenija Eljuga, mag.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Melita Mesar, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Ksenija Eljuga, mag.med.techn., mentor**
3. **Ružica Mrkonjić, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 74/SES/2021

Studentica će u radu prikazati važnost prijeoperacijske pripreme kod operacija na debelom crijevu te intervencije medicinske sestre u postoperativnoj skrbi koje uključuju prepoznavanje ranih komplikacija, tretiranje stome i postoperativne boli, uspostavu prehrane te edukaciju pacijenta i članova obitelji.

Zadatak uručen: 13.07.2021.

Mentor: **Ksenija Eljuga, mag.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem svom suprugu i sinu na podršci koju su mi pružili tijekom studiranja. Posebnu zahvalu dugujem mentorici Kseniji Eljuga, mag.med.techn. na ukazanom povjerenju i savjetima tijekom pisanja ovog rada.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE RADA.....	3
4. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA BOLESTI DEBELOG CRIJEVA.....	4
4.1.Epidemiologija.....	6
4.2.Dijagnostika.....	6
4.3.Diverkulitits.....	9
4.4.Ulcerozni kolitis.....	11
4.5.Crohnova bolest.....	13
4.6.Čimbenici rizika.....	15
5. VAŽNOST PRIJEOPERATIVNE PRIPREME.....	20
5.1.Plan zdravstvene njege u prijeoperativnoj pripremi.....	22
5.2.Markiranje stoma.....	25
6. SESTRINSKE INTERVENCIJE TIJEKOM OPORAVKA BOLESNIKA NAKON OPERACIJE DEBELOG CRIJEVA.....	28
6.1.Sestrinske intervencije prije operativnog zahvata.....	28
6.2.Sestrinske intervencije nakon operativnog zahvata.....	34
6.3.Uspostava prehrane bolesnika nakon operacije.....	35
6.4.Edukacija bolesnika i potpora članova obitelji.....	36
7. RASPRAVA.....	38
8. ZAKLJUČAK.....	39
9. LITERATURA.....	40
10. OZNAKE I KRATICE.....	42
11. SAŽETAK.....	43
12. SUMMARY.....	44
13. PRILOZI.....	45

1. UVOD

Bolesti debelog crijeva koje se danas kirurški zbrinjavaju su karcinomi debelog crijeva i upalne bolesti. Upalna bolest crijeva (IBD) idiopatska je bolest uzrokovana nereguliranim imunološkim odgovorom na crijevnu mikrofloru domaćina. U radu su predstavljene tri vrste upalnih bolesti: divertikulitis, ulcerozni kolitis (UC) i *Crohnova bolest* (CD). Postoji genetska predispozicija za IBD, a bolesnici s ovim stanjem skloniji su razvoju malignih oboljenja.

Općenito, manifestacije IBD -a ovise o zahvaćenom području crijevnog trakta. Znaci i simptomi očituju se kroz: grčeve u trbuhu, izlučivanje sluzi bez krvi ili gnoja, gubitak težine, povišenu tjelesnu temperaturu, znojenje, malaksalost, umor i drugo.

Uobičajene dijagnostičke pretrage su: kolonoskopija, biopsija, CT, MR, što upućuje na ozbiljne i zahtjevne pretrage u otkrivanju i liječenju upalnih bolesti debelog crijeva.

Postoji veći broj čimbenika koji djeluje na razvoj upalnih bolesti debelog crijeva uključujući način života, način prehrane, veliku razinu higijene, stres, urbanizacija, pušenje, infekcije, razni lijekovi te čimbenici cijepljenja u ranoj i predškolskoj dobi.

Stomaterapeut kao visoko educirana medicinska sestra veoma je važna karika u liječenju bolesnika i to u svim razinama zdravstvene zaštite te je potreba za navedenim kadrom sve veća.

U slučaju da kirurg odredi liječenje kirurškim putem, ključna je prijeoperativna priprema gdje se postavlja zahtjevna uloga za medicinsku sestru počevši od prikupljanja dokumentacije, procjene boli za bolesnike s upalnim bolestima crijeva do asistiranja u markiranju stoma, asistiranja u operativnom zahvatu i provođenje edukacije bolesnika i članova obitelji. U postoperativnom periodu medicinska sestra nastavlja s edukacijom, prati stanje bolesnika i provodi intervencije vezane za sprječavanje postoperativnih komplikacija. Edukacija, osim o stomi, vezana je i za pravilnu prehranu i provođenje svakodnevnih aktivnosti.

2. CILJ RADA

Cilj rada prikaz je važnosti prijeoperativne pripreme kod operacije debelog crijeva te intervencije medicinske sestre u postoperativnoj skrbi koje uključuje prepoznavanje ranih komplikacija, tretiranja stome i postoperativne boli, uspostavu prehrane te edukacija pacijenata i članova obitelji.

3. METODE RADA

Rad na temu „Sestrinske intervencije tijekom oporavka bolesnika nakon operacije debelog crijeva“ temelji se na stručnoj i znanstvenoj literaturi o svim obilježjima bolesti debelog crijeva. Istraženi su radovi domaćih i inozemnih autora na temu upalnih bolesti debelog crijeva, uz korištenje recentnih baza podataka Medscape i MedPub.

4. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA BOLESTI DEBELOG CRIJEVA

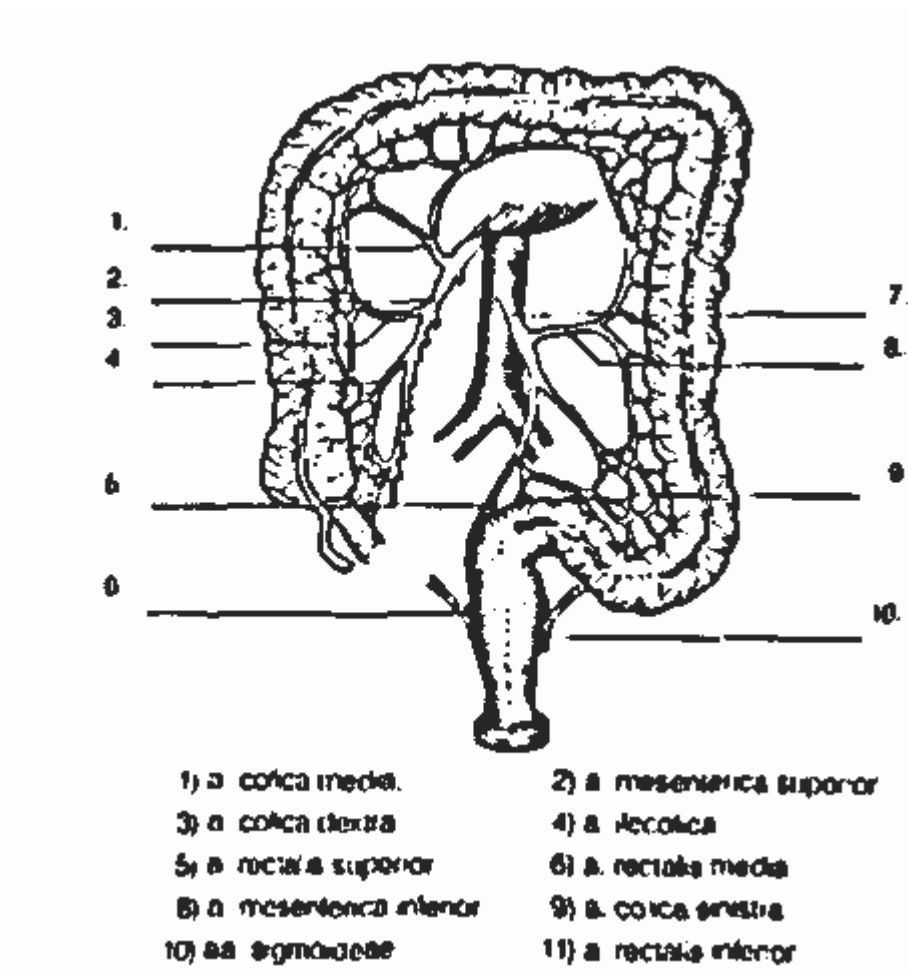
Debelo crijevo, *intestinum crassum*, dugo je približno 150 cm te se nastavlja na tanko crijevo u desnom, donjem dijelu trbušne šupljine u kojem oblikuje okvir koji okružuje vijuge tankog crijeva, *intestinum tenue*, a završava anusom. (1)

Debelo crijevo dijeli se na: *cekum* (slijepo crijevo), *kolon ascendens* (uzlazno debelo crijevo), *kolon transversum* (poprečno debelo crijevo), *kolon descendens* (silazno debelo crijevo), *kolon sigmoideum* (zavijeno debelo crijevo, sigmoidni kolon) i *rectum* (ravno debelo crijevo). (2)

Proteže se od cekuma do anusa u duljini od oko 150 cm pri čemu se diferenciraju sljedeći segmenti: cekum (duljine 6 cm), ascendentni dio (12 do 20 cm), koji u odnosu na ostale dijelove debelog crijeva ima veću cirkumferenciju, transverzalni kolon (duljina 50 cm), silazni kolon 25 cm duljina), sigmoidni dio (40 cm duljine) i rektum (12 cm duljine). (3)

Cjelovito debelo crijevo ima sakulirani dio te tri uzdužne tenije koje se u najdistalnijem dijelu međusobno povezuju formirajući u područje rektuma uzdužni mišićni sloj jednake debljine. Ove vrećaste formacije morfološka su adaptacija za prihvaćanje značajnih količina neapsorbiranih tvari koji dopiju u debelo crijevo. (3)

Kolon svojom pozicijom oblikuje luk oko vijuga tankog crijeva. Uzlazni dio debelog crijeva ispod jetre, na prijelazu u transverzalni dio, formira hepatičnu fleksuru. Rektum je najdistalniji dio debelog crijeva. Proteže se niz krivinu sukruma, relativno je fiksiran te ne pokazuje veću pomičnost. Idući s lijeve strane, prema desno, debelo se crijevo proteže ukoso i dolje te silazi u medijalnoj liniji ispred sakruma i trtične kosti (*os coccygis*) pristupajući na analni kanal. Za razliku od uzlaznog i silaznog kolona, transverzni i sigmoidni kolon imaju mezenterij pa su zbog toga pokretljiviji. (3)



Slika 4.1. Vaskularizacija debelog crijeva i rektuma

Izvor: <https://www.scribd.com/document/449763775/KIRURGIJA-%C5%A0o%C5%A1a-pdf>
 (29.9.2021.)

Slika 4.1. daje prikaz vaskularizacije debelog crijeva i rektuma preko koje se radi venska drenaža anorektuma koja se obavlja preko dva sustava. Debelo crijevo proteže se u dužini od 135 do 150 centimetara od ileocekalne valvule do anusa. Dijeli se na *cekum*, *kolon ascendens*, *kolon transversum*, *kolon descends*, *kolon sigmoideum* i *rektum*. Kolon je intraperitonealni organ koji je obično u ascendetnom i descendentnom dijelu retroperitalnog dijela cekuma dok je cekum u potpunosti omotan peritoneumom i mobilan je s vrlo širokim promjerom od 7 do 9 centimetara.

4.1. Epidemiologija

Bolesti crijeva bolesti su dvadesetog stoljeća i najranije se pojavljuju u ekonomski razvijenim zemljama sjeverne i zapadne Europe. Incidencija je „broj novooboljelih od neke bolesti na određenom području na određeni broj stanovnika koji su u riziku da obole, u određenom razdoblju.“ (4) Uobičajeno je da se incidencija upalnih crijevnih bolesti izražava na 100 000 stanovnika/ godina. Drugo, prevalencija je „broj oboljelih od određene bolesti podijeljena s veličinom promatrane populacije na ispitivanje za područje u određenom razdoblju.“ (4)

Kod upalnih bolesti najčešće se vrijednost prevalencije izražava na 100 000 stanovnika.

Kod trećine bolesnika prisutna je anemija što je rezultat nedostatka željeza uslijed kroničnog gubitka krvi. Dodatno, anemija može biti makrocitna zbog nedostatka vitamina B12. Razlog tomu je narušavanje integriteta crijevne sluznice na mjestu apsorpcije ili bakterijsko prerastanje. Postoje i drugi razlozi nastanka anemije: nedostatak folata, terapija sulfasalazinom i kronična upala te upala citokina na koštanu srž.

Tijekom liječenja uočen je veliki niz nutritivnih deficijencija kao nedostatak kalija, kalcija, magnezija, cinka, a osobito u slučajevima malapsorpcije tankog crijeva, manjak vitamina topljivih u mastima. Određeni lijekovi mogu interferirati s nutrijentima i tako prouzročiti njihovu smanjenu apsorpciju. (5)

4.2. Dijagnostika

U dijagnostici su bitni biološki markeri jer imaju važnu dijagnostičku i terapijsku ulogu kod bolesnika s upalnim crijevnim bolestima. Biološki markeri pomažu otkrivanje upalnog procesa, utvrđivanje odgovora na terapiju i predviđanje tijeka bolesti, odnosno predikcije relapsa. Prvo su serumski markeri upale. Navedeni markeri često su u upotrebi iz dvaju razloga: veoma su dostupni i prihvatljiva je cijena. Kao pokazatelji upalne aktivnosti najčešće služe C-reaktivni protein (CRP), sedimentacija eritrocita (SE), koncentracija trombocita i feritina kao pozitivni reaktanti akutne faze i koncentracije albumina kao negativni reaktant akutne faze upale. Trombocitoza pridonosi hiperkoagulabilnom stanju i povećanom riziku od tromboze

dok hipoalbuminemija, osim toga što može odražavati stanje aktivne upale, može signalizirati slab nutritivni status. (5)

Postoje serološki markeri i protutijela te fekalni markeri upale.

Serološki markeri protutijela odnose se na to da pronuklearna antineutrofilna citoplazmatska protutijela (pANCA) i anti-Saccharomyces cerevisiae protutijela (ASCA). Budući da su specifičnost tih markera zajedno viša od osjetljivosti, oni su korisniji u diferencijaciji različitih podtipova upalnih bolesti crijeva nego za populacijski probir.

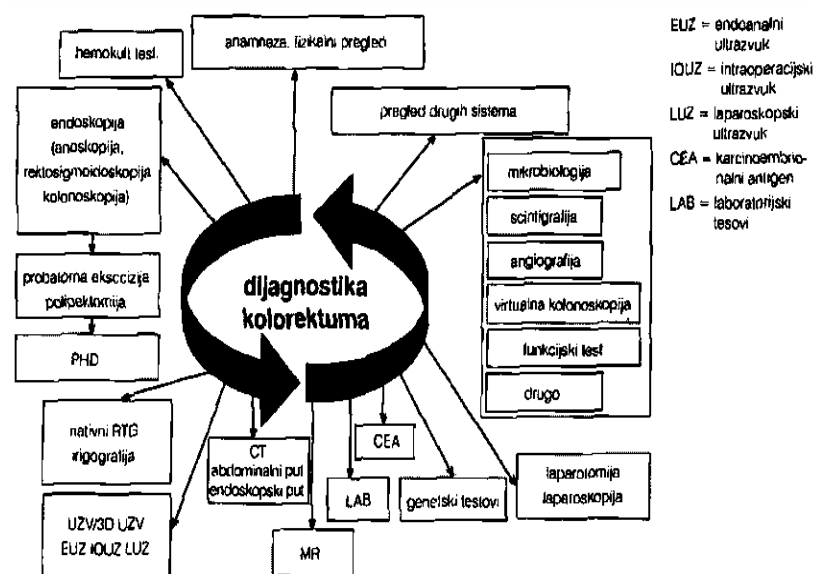
Tu su još fekalni markeri upale. Oni su neinvazivni i povoljni. Obično su za gastrointestinalni trakt. Reproducibilni su, standardizirani, prediktivni su za relaps, mukozno cijeljenje i odgovor na terapiju, a izrada je rezultata brza. Ima i nedostataka, a to su: slabija suradljivost pacijenata, manjak specifičnosti za upalne crijevne bolesti, interindividualna varijabilnost, dnevne varijacije, manjak standardiziranih graničnih vrijednosti i ovisnost o dobi i komorbiditetima. Od svih je najviše etabliran fekalni kalprotektin (FK). Radi se o rutinskom testu i mnoge ga zemlje prihvaćaju kao metodu procjene bolesnika s crijevnim bolestima. Uzima se u obzir prije invazivnih i neugodnih pretraga. Još su u opciji S100A12, laktoferin i M2-PK. Ima i novijih biomarkera čija se uloga treba točno definirati. To su: mijeloperoksidaza, HMBG1, matriks metalopeptidaza (MMP9), BETA-DEFENZIN 2 (HBD2) i drugi. (5)

Biološki markeri imaju važnu ulogu u dijagnostici upalnih bolesti crijeva te procjeni aktivnosti bolesti.

Upalni marker FC pokazao se superiorniji u odnosu na CRP i SE u detekciji organskih bolesti poput IBD-a. Kao pokazatelji upalne aktivnosti najčešće služe C-reaktivni protein (CRP), sedimentacija eritrocita (SE), koncentracija trombocita i feritina kao pozitivni reaktanti akutne faze i koncentracije albumina kao negativni reaktant akutne faze upale. Trombocitoza pridonosi hiperkoagulabilnom stanju i povećanom riziku od tromboze dok hipoalbuminemija, osim toga što može odražavati stanje aktivne upale, može signalizirati slab nutritivni status. (6) Prema metaanalizi Moslija i sur. ukupna osjetljivost FC-a u detekciji endoskopski aktivne bolesti iznosi 88 % uz specifičnost od 73 % (75). Nedvojbeno je da su fekalni biomarkeri poput FC-a superiorniji klasičnim markerima upale poput CRP-a u detekciji endoskopski aktivne bolesti. (5)

U zaključnim se razmatranjima epidemiološke i dijagnostičke strane bolesti crijeva rade uobičajene hitne laboratorijske pretrage koje uključuju pretragu ukupnog broj leukocita, postotak

neutrofila i koncentraciju C-reaktivnog proteina (CRP). Povišen broj bijelih krvnih stanica (WBC) s ili bez pomaka ulijevo ili s bendemijom klasično je prisutan, ali u jedne trećine pacijenata s akutnom upalom slijepog crijeva pojavit će se normalan broj leukocita. Obično se u urinu nalaze ketoni, a C-reaktivni protein može biti povišen. Kombinacija normalnih WBC i CRP rezultata ima specifičnost od 98 % za isključenje akutne upale crijeva. Osim toga, rezultati WBC-a i CRP-a imaju pozitivnu prediktivnu vrijednost za razlikovanje neupaljenih, nekompliciranih i kompliciranih upala crijeva. Biokemijski parametri rijetko su poremećeni tijekom blagog ili umjerenog relapsa bolesti. Parametri koji upućuju na biokemijske poremećaje poput hipokalijemije, metaboličke alkaloze, povišene koncentracije ureje u krvi i povišenog kreatinina mogu se pojaviti u teškom relapsu, a prije svega odraz su volumne deplecije. Hipoalbuminemija može biti prisutna i u akutnoj i kroničnoj fazi bolesti. Blaži porast razine aspartat-aminotransferaze (AST) i alkalne fosfataze (AP) često su povezani s teškim relapsom kao prolazne promjene koje se normaliziraju nakon ulaska bolesti u remisiju (5). No, poremećaji AST i ASP mogu biti odraz poremećajnih stanja jetre.



Slika 4.2. Prikaz svih oblika pretraga za bolesti debelog crijeva

Izvor: <https://www.scribd.com/document/449763775/KIRURGIJA-%C5%A0%C5%A1a-pdf> (29.9.2021.)

Slika 4.2. prikazuje opsežnu dijagnostiku za bolest debelog crijeva. Za anamnezu su važni podaci o nasljednim čimbenicima odnosno obiteljskim sklonostima za nastanak tumora i upalnih procesa. Za većinu bolesti debelog crijeva uobičajena je promjena uobičajenih navika i stanja probave kao proljev, grčevi u trbuhu, krv u stolici i temperatura. (2)

Maligne bolesti razvijaju se naglo i progresivno. Dijagnostika kolorektuma je ključna.

4.3. Divertikulitis

Divertikulitis je pojava simptomatskih divertikula u kolonu. U većine bolesnika, čak 70 % divertikularna je bolest asimptomatska. Simptomatska divertikuloza je vezana s komplikacijama: upalom i krvarenjem iz divertikula. Obično se očituje u bolovima u lijevom donjem kvadrantu trbuha kao „lijevostrani apendicitis“. Događa se da su zahvaćeni svi dijelovi kolona. Klinički se očituje osjećajem bola i povišenom tjelesnom temperaturom. Događa se i lokalni defans. Kod jedne četvrtine bolesnika divertikulitis se komplicira apscediranjem (prelaženjem u gnoj). (2)

Divertikulitis se liječi antibioticima te nadoknadom tekućine i elektrolita, odnosno konzervativnim liječenjem. No, ako nastanu manji, dobro ograničeni apscesi, koji su povezani s količinom fistulom, onda se postavlja indikacija za operativni zahvat. Izvodi se operacija po Hartmannu na principu resekcije sigmoidnog dijela kolona, izvođenjem privremene terminalne kolostome na descendensu. (2)

Divertikularna bolest uobičajeno je gastrointestinalno stanje s kojim se susreću liječnici primarne zdravstvene zaštite i gastroenterolozi. (7) Kada je riječ o divertikulozi debelog crijeva, smatra se da je divertikul vrećasto izbočenje sluznice kroz mišićni sloj na mjestu gdje nutritivne krvne žile ulaze u stijenku kolona. Divertikuli debelog crijeva najčešće se nalaze na sigmi i silaznom dijelu kolona, a rjeđe na desnoj strani kolona. U sigmi su smanjene količine fekalne mase pa se pojavljuju mišićne kontrakcije i segmentni rast intraluminalnog tlaka. Zbog toga, u tom dijelu crijeva učestalo nastaju izbočenja sluznice i pojava divertikula. Divertikuloza kolona je učestala kod muškaraca i žena. (8) Pojavnost bolesti je oko 40. godine života. U odraslih osoba, učestalost je 8 %, a iznad 60. godine života oko 40 %. Studije pokazuju da oko 35 % odraslih osoba u SAD-u u dobi od 50 godina ili mlađi imaju divertikulozu, dok oko 58 % starijih od 60 godina ima divertikulozi. (7) Takav podatak upućuje na to da je pojavnost ove bolesti veći u starijoj dobi i to u velikom postotku.

Javljaju se bolovi u donjem dijelu trbuha koji mogu biti stalni i jaki ili grčeviti, a traju više dana. Drugi znak je opstipacija kao redovita pojava, ali može se javiti i proljev. Moguće je okultno krvarenje u stolici (20 % slučajeva) te masivno krvarenje. Jako krvarenje iz divertikula najčešće

je uzrok obilnom krvarenju iz kolona u starijih osoba. Krv je svijetlocrvene boje. Anemija je najčešće posljedica kroničnog krvarenja. (8)

Dijagnoza se postavlja rendgenskim pregledom s dvostrukim kontrastom koji daje najpouzdaniji nalaz. Kolonoskopija je manje pouzdana jer se otvori divertikula u kontrahiranom kolonu teško uočavaju. Za vrijeme akutne faze divertikulitisa, klizma barijem i kolonoskopija mogu biti opasni, jer kontrast ili zrak pod pritiskom mogu dovesti do puknuća upaljenog divertikula. Te pretrage obično su sigurne nakon adekvatnog liječenja antibioticima. Općenito, ponovljeni napadi divertikulitisa na istom području zahtijevaju kirurško liječenje. (9)

Dijagnostička pretraga za divertikularnu bolest jest irigografija. To je metoda dvostrukog kontrasta barijeva kaša-zrak koja prikazuje divertikule kao višak kontrasta, a isti prominira izvan normalne konture crijeva. U nekih se nalazi spazam kolona., interhaustralna zadebljanja i suženja lumena. Druga dijagnostička pretraga je sigmoidoskopija, također dijagnostička pretraga. U slučaju da su divertikuli nisko u kolonu, jak edem ne dopušta da se instrumentom uđe dalje od 15 cm. Kolonoskopija može poslužiti za pregled ako sigma nije sužena. Simoidoskopija i kolonskopija su kontraindicirane kod divertikulitisa dok se mjesto krvarenja utvrđuje selektivnom angiografijom. (8)

Moguća komplikacija je akutni divertikulitis. Klinički se manifestira akutnim bolovima u središtu abdomena koji se kasnije premještaju u lijevu ilijačnu fosu. Javlja se povraćanje i povišena temperatura. Pri palpaciji se nalazi bolna osjetljivost u donjem dijelu trbuha s lijeve strane. To je slika tzv. Ljevostranog apendicitisa. Stoga, inflamirani divertikul može perforirati u trbušnu šupljinu ili u okolne organe (npr. u mokraćni mjehur). (8)

Jedna od učinkovitih metoda liječenja divertikulitisa je primjena antikolinergika odnosno lijekova koji smanjuju kontrakciju crijeva. Preporuča se dijeta bogata biljnim vlaknima (voće i povrće), laksativi u obliku neprerađenih mekinja, a korisno je povećati i unos tekućine. Preporuča se svakodnevni unos vlakana 20 do 35 grama. (10)

4.4. Ulcerozni kolitis

Ulcerozni kolitis je kronična upalna bolest kolona i rektuma koja je nepoznatog uzroka. Najčešće tegobe jesu krvavi proljevi. Isključivo zahvaća debelo crijevo, osobito rektum gdje su najjače upalne promjene. Etiologija ulceroznog kolitisa također je nepoznata.



Slika 4.3. Ulcerozni kolitis

Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/183084-overview> (16.10.2021.)

Kao što je vidljivo iz Slike 4.3., ulcerozni kolitis (UC), koji zahvaća debelo crijevo, vizualiziran je uz pomoć kolonoskopije te se uočava ozbiljno zdravstveno stanje koje može značajno utjecati na psihofizičko stanje bolesnika. (11)

Pri nastanku bolesti ključno je znati genetiku nastanka bolesti u obitelji dok za utjecaj prehrane, infekcije bakterijama i virusima još uvijek nema čvrstih dokaza. Primarni mehanizam kod bolesti, prema recentnim spoznajama (2), poremećaj je imunoregulacije sluznice debelog crijeva. Bolest se javlja kod nepušača. Najčešće se javlja u mlađoj dobi, od 20 do 40 godine života, a nešto je manji broj bolesnika u starijoj dobi. Patohistološki, postoji nespecifična upalna reakcija

sluznice sa stvaranjem ulceracije. (2) U kroničnoj fazi bolesti sluznica je izravnana s displastičkim promjenama. Inače, upalni proces kod UC ograničen je na sluznicu i submukozu dok je u Crohnovom kolitisu zahvaćena cijela debljina stijenke crijeva. (2) Kirurško liječenje ulceroznog kolitisa indicirano je kada se konzervativnim liječenjem ne može kontrolirati bolest, odnosno kada se jave komplikacije bolesti. Oko jedne trećine bolesnika s UC tijekom deset godina trajanja bolesti podvrgava se kirurškom zahvatu zbog kronične prirode bolesti, učestalih i akutnih napadaja. Od operacija najčešće se koristi proktokolektomija. (2)

Tablica 4.1. Prikaz kliničke slike ulceroznog kolitisa

<i>ULCEROZNI KOLITIS</i>		
<i>Znaci i simptomi</i>	<i>Dijagnoza</i>	<i>Liječenje</i>
rektalno krvarenje	serološki markeri	hospitalizacija
učestale stolice	C-reaktivni protein (CRP)	intravenozni kortikosteroidi u visokim dozama
mukozni otpad iz rektuma	mikrobiološke pretrage	alternativni lijekovi za indukciju: Ciklosporin, takrolimus, infliksimab, adalimumab, golimumab lijeka
Tenezmus – mučni grčevi u mišićima (povremeno)	lab nalazi sedimentacije	kirurški zahvat
manja abdominalna bol, ozbiljna dehidracija zbog gnojnog rektalnog pražnjenja	Endoskopija	Panproktokolektomija, leostomija, rekonstrukcija ileoanalne vrećice ili ileorektalna anastomoza
teški proljev i grčevi	Biopsija	
Leukocitoza	obična abdominalna radiografija, dvokonstrastni pregled, barij klistira	
Abdominalna distencija	ultrazvuk, magnetska rezonancija, računalna tomografija, radionuklidne studije, angiografija	

Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/183084-overview> (16.10.2021.)

U tablici 4.1. prikazani su uočeni znakovi i simptomi bolesti-ulceroznog kolitisa. Jedan od ključnih znakova je rektalno krvarenje i grčevi u mišićima. U dijagnostici se rade serološki markeri, a dalje, ovisno o zdravstvenom stanju pacijenta, pretrage poput endoskopije i biopsije. Magnetna rezonancija jedna je od mogućih dijagnostičkih pretraga. Jedna od dijagnostičkih

metoda zove se ileokoloskopija koja se pokazala kao sigurna u bolesnika s bolestima debelog crijeva. Pokazuje relativnu kontraindikaciju u vidu teškog kolitisa i toksičnog megakolona. Praksa je da se uzimaju dva bioptička uzorka iz pet mjesta pregledanog crijeva (ileum, uzlazni, poprečni i silazni dio debelog crijeva te rektum).(3)

Kod ulceroznog kolitisa liječenje može biti u obliku kortikostereoida te alternativnih lijekova kao lijek ciklosporin. Na temelju dijagnostičkih pretraga i zdravstvenog stanja pacijenta, kirurg može donijeti odluku o operativnom zahvatu te je pri tome isključivo važna timska suradnja liječnika, medicinske sestre i bolesnika, posebno u preoperativnoj fazi liječenja, ali i u postoperativnoj fazi liječenja.

4.5. Crohnova bolest

Crohnova bolest kronična je granulomatозна upalna bolest nepoznata uzroka koja može zahvatiti bilo koji dio probavne cijevi od usta do anusa.



Slika 4.4. Crohnova bolest

Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/172940-overview> (16.10.2021.)

Kod većine bolesnika, zahvaćen je terminalni ileum i zbog toga se Crohnova bolest nekada zvala terminalni ileitisom. (2) Razlikuju se tri fenotipa bolesti: upalni fenotip, stenozirajući fenotip i penterirajući fenotip. (3) Tijek bolesti obilježen je razdobljima aktivnosti i remisije bolesti. (3) U kliničkoj slici Crohnove bolesti tipične tegobe su: proljev, abdominalna bol i očiti gubitak

tjelesne težine. Pojava simptoma ovisi o anatomskom dijelu crijeva koji su zahvaćeni upalom što vrijedi i za komplikacije (stenoza, fistule i apsces). (2) Postojeća klinička slika cjelovito je pojašnjenja u Tablici 4.2.

Tablica 4.2. Prikaz kliničke slike Crohnove bolesti

<i>Crohnova bolest</i>			
<i>Znaci i simptomi</i>	<i>Dijagnostika</i>	<i>Lab.pretrage</i>	<i>Liječenje</i>
rektalno krvarenje	CT	kemijski panel	farmakoterapija
povišena tjelesna temperatura	abdominalna radiografija	jetreni enzimi	operativni zahvat
značajan gubitak tjelesne težine	procjena tonusa sfinkter rektuma	upalni markeri	markiranje stoma
pothranjenost	MRI	serološki testovi	
mučnina	Kolonoskopija		
anoreksija	Biopsija		
mogući čirevi, apscesi			
Hematohezija			

Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/172940-overview>(16.10.2021.)

Iz Tablice 4.2. razvidno je da najočitiji znaci oboljenja jesu: rektalno krvarenje, povišena tjelesna temperatura, gubitak težine, anoreksija, mučnina, povraćanje, pothranjenost, nedostatak vitamina i, općenito, umor. (12) Dijagnostičke pretrage veoma su opsežne. MRI pretraga je skupa pretraga, stoga moraju postojati dobri razlozi za izvedbu te pretrage. Rade se laboratorijske pretrage poput seroloških i mikrobioloških pretraga čije rezultate treba pričekati koji dan. U slučaju liječenja bolesnika obično se daju:

- kortikosteroidi
- imunosupresivi
- monoklonska antitijela
- antibiotici
- lijekovi protiv dijareje
- sekvestratori žučne kiseline
- antikolinergički agensi.

Jedna od mogućnosti je operativni zahvat. Često se kirurške intervencije zahtijevaju za liječenje komplikacija. Kortikosteroidi su bili glavno medicinsko liječenje kod pacijenata s aktivnom upalom, ali salicilati, antibiotici i imunološke terapije također su pokazali korist. No, kirurško liječenje rezervirano je za refraktornu bolest i komplikacije. Minimalno invazivna kirurgija pruža alternativu tradicionalnom otvorenom kirurškom pristupu. (13)

4.6. Čimbenici rizika

Unatoč suvremenom načinu života, poticanju zdrave prehrane i sve većoj uključenosti u neke oblike vježbanja (trčanje, fitnes i drugo) vidljivo iz prethodnog teksta, značajan je porast crijevnih bolesti.

Uočen je veći broj rizičnih čimbenika: urbanizacija, pušenje, infekcija, lijekovi, stres i prehrana. Svaki rizični čimbenik pojedinačno je pojašnjen.

Jedan od ključnih čimbenika rizika crijevnih bolesti je pušenje. Pušenje ima različit utjecaj na upalne crijevne bolesti pa tako dvostruko povećava rizik od Crohnove bolesti dok u ulceroznom kolitisu ima protektivni učinak. Među oboljelima od CD-a sve je veća prevalencija pušača, pogotovo među ženama, tako da je odvikavanje od pušenja ključno. Nasuprot tomu, prestanak pušenja znači rizik za pojavu UC-a i nakon dvije do pet godina. (3) U prilog tomu ide istraživanje. (14) Istraživanja su pokazala da postoji korelacija između nikotina i upalne bolesti crijeva (IBD). Nejasni su dobiveni rezultati istraživanja da pušenje ima suprotne učinke na dva glavna oblika

IBD-ulcerativnog kolitisa i Crohnove bolesti (14). Prema tome, zaključuje se da pušenje ne ostavlja negativan učinak na razvoj ulceroznog kolitisa, ali ostavlja posljedice na razvoj Crohnove bolesti. Rezultat istraživanja pokazuje da nikotin pozitivno djeluje na UC bolest. Radi se o tome da nikotin iz cigareta djeluje na glatke mišiće unutar debelog crijeva te da taj efekt može izmijeniti pokretljivost crijeva. Nije još uvijek jasna negativna povezanost Crohnove bolesti s pušenjem. Pacijenti s Crohnovom bolesti imaju veći broj relapsa i ponavljaju operacije, a to može zahtijevati agresivno imunosupresivno liječenje. (14) Jedan od zadataka medicinskog tima je poticati pacijente da se odreknu pušenja jer iznimno šteti zdravlju. Bitni su dobiveni rezultati istraživanja o korelaciji između pušenja i upalne bolesti crijeva jer je uočeno da pušenje ne djeluje jednako na navedene bolesti (UC i CD). Nikotin djeluje na glatkoću mišića, odnosno opušta mišiće (Ulcerozni kolitis) ili zateže mišiće kod Crohnove bolesti.

Bez obzira na sve veću svijest o upalnim bolestima crijeva i većoj dostupnosti endoskopske opreme, zaista postoji realan porast incidencije upalnih crijevnih bolesti koje su nastale zbog promjene načina života. Bolest se češće pojavljuje u urbanim i industrijaliziranim sredinama nego u seoskim sredinama. (4) Uočava se da su način života i način prehrane ključni za razvoj crijevnih bolesti. Na seoskim gospodarstvima stanovnici pripremaju domaću hranu, kuhaju različita variva, dok je u industrijskim sredinama tempo života brži, zahtjevniji te kako bi zadovoljili potrebu za hranom, ljudi posežu za brzom hranom koja je puna aditiva i konzervansa. (4)

Mikroorganizmi se kao uzročnici upalnih bolesti crijeva istražuju dugi niz godina, a nove tehnologije istraživanja mikrobima, bez klasične tehnologije uzgoja bakterije, bacile su novo svjetlo na *infekciju* kao čimbenik rizika za razvoj upalnih bolesti crijeva. Disbioza predočuje smanjenu raznovrsnost i stabilnost bakterija vezanih za sluznicu te fekalnih bakterija. Uzročnici disbioze u IBD-u mogući su čimbenici okoliša, ali i čimbenici korištenja antibiotika. Prema tome, nestabilnost mikroflore u interakciji s imunim sustavom dovodi do razvoja upalnih crijevnih bolesti.

Najčešće istraživani lijekovi povezani s IBD-om jesu nesteroidni antireumatici (NAR) koji mogu uzrokovati oštećenje intestinalne barijere i relaps bolesti u 20 % bolesnika dok su selektivni COX-2 inhibitori manje rizični za pogoršanje bolesti. Uporaba oralnih kontraceptiva povećava rizik za nastup upalne crijevne bolesti. Taj rizik izraženiji je za Crohnovu bolest, a povećava istodobno pušenje. S uspostavljenom dijagnozom upalne crijevne bolesti uzimanje oralnih kontraceptiva ne povisuje rizik od relapsa. Mehanizam djelovanja nije poznat. (3)

Dodatno, upotreba antibiotika znači rizik za razvoj upalnih crijevnih bolesti, pogotovo od rane dojenačke dobi.

Stres može imati važnu ulogu u upalnim bolestima crijeva. (4) Vucelić i sur. upućuju na to kako nije utvrđeno javlja li se stres kao čimbenik u kasnijem razvoju bolesti, ali sigurno je da djeluje na pogoršanje bolesti. (3)

Prehrana je jedan od rizičnih čimbenika koji sve više dolazi do izražaja. Tempo i način života uvelike su izmijenili način prehrane ljudi. Općenito je uočeno da brza hrana, velike količine slatke hrane i hrana s malo vlakana ima značajnu povezanost s upalnim bolestima crijeva. Tablica 1. prikazuje učinak pojedinih komponenti hrane na crijevnu upalu te interakciju s mikrobiotom kao i imunosni učinak.

Tablica 4.3. Učinak komponenti hrane na crijevnu bolest

Učinak	Komponente hrane	Intreakcije s mikrobiotom	Imunosni učinak
Protupalni	Crveno meso, jaja, mlijeko, životinjski proteini	Da. Smanjuje bakterijsku produkciju	Povišeni proinflamatorni citokini
	Dijeta bogata saturiranim mastima	Da, povećava intestinalnu permeabilnost	Endoksemija, povišena ekspresija crijevnih citokina
	Mliječna mast	Da, eskpanzija pathobionta	Povišeni proinflamatorni citokini- Th1put
	Omega-6PUF	da	Povišeni proinflamatorni citokini
	Dugolančani trigliceridi	nepoznato	Stimuliraju upalne T-stanice
Protupalni	Povrće bogato karbazolima (krstašice)	da	Povećava IL22 i sluzničnu zaštitu
	Povrće i riba	da	
	Topljiva vlakna (složeni ugljikohidrati)	Da+SCFA	Povećavaju produkciju mukusa IGA, smanjuju proinflamatorne citokine i povišuju broj T reg stanica
	Meditranska dijeta bogata omega 3.masnim kiselinama	nepoznato	Smanjenje proupalnih citokina
	Srednjolančani trigliceridi	nepoznato	Smanjuje upalu

Izvor: B. Vucelić i sur., *Upalne bolesti crijeva*, Zagreb: Medicinska naklada : Akademija medicinske znanosti Hrvatske

Tablica 4.3.prikazuje komponente hrane koja značajno djeluje na rad crijeva te smanjuje ili povećava upalnost. Vezano uz imunosni učinak, mogući su povišeni proinflamatorni citokini. Dodatno, povrće i riba dovode do interakcije s mikrobiotom, ali nema imunosnog učinka. Osim toga, manjak vitamina D vrlo je čest u novootkrivenih bolesnika s IBD-om, a čini se da vitamin D može biti protektivni čimbenik u upalnim bolestima. Oprečni su rezultati nekoliko istraživanja koja su ispitivala utjecaj kave i kofeina te alkohola na IBD. (3)

Porast incidencije upalnih bolesti crijeva viši je u sredinama s boljim higijenskim uvjetima. Smatra se da manja izloženost crijevnim bakterijama u prvim godinama života može biti uzrok neadekvatnog imunog odgovora kasnije u životu. Čini se da život u velikim obiteljima, s više djece smanjuje rizik od Crohnove bolesti, što nije dokazano za UC. (15)

Ostali rizični čimbenici odnose se na apendektomiju koja je protektivna na ulcerozni kolitis, a može biti čimbenik za razvoj Crohnove bolesti. Tonzilektomija je povezana s Crohnovom bolešću, a nema utjecaja na UC. Rezultati su istraživanja u vezi s dojenjem oprečni. Čini se da dugotrajno dojenje ima protektivan učinak i to znatnije u Crohnovoj bolesti. Cijepljenje u ranoj i predškolskoj dobi nije dokazan čimbenik za kasniji razvoj IBD-a. Također, nije dokazan protektivan učinak tjelovježbe na kasniji razvoj bolesti crijeva, no redovito vježbanje u bolesnika u remisiji ili s blagim IBD-om mogu poboljšati ishod liječenja IBD-a.

5. VAŽNOST PRIJEOPERATIVNE PRIPREME

Kirurška intervencija predstavlja problem za svakog pacijenta koji je hospitaliziran unutar kirurškog odjela. Infekcija je komplikacija te glavni postoperativni poremećaj poboljšavanja u abdominalnoj kirurgiji. (16) U okviru odjela za opću kirurgiju, priprema pacijenta usmjerena je na kliničko i parakliničko ispitivanje, psihološku pripremu i prijeoperativnu pripremu. (17)

Suvremena kirurgija bavi se, između ostalog, samo pravilnom prijeoperativnom pripremom zbog složenosti pacijenata s mnogim komorbiditetima; prijeoperativna priprema zahtijeva timski pristup. Kirurgu je važno razumjeti moguće komplikacije te njihovu prevenciju i prepoznavanje. U idealnoj situaciji, prijeoperativna priprema pacijenta započinje ambulantno prije prijema. (18) Kirurg procjenjuje pacijenta i utvrđuje potrebu za operacijom zbog određene dijagnoze te savjetuje pacijenta o prednostima i rizicima zahvata općenito, kao i onima koji su specifični za operaciju koja se preporučuje. Informirani pristanak više je od potpisa na komadu papira. To je proces rasprave i dijaloga između kirurga, medicinske sestre i pacijenta u kojem pacijent ima priliku postavljati pitanja. U procjeni pacijentova stanja važno je identificirati glavne zdravstvene probleme. Treba identificirati plućnu patologiju uključujući kroničnu opstruktivnu plućnu bolest i astmu. Svako odstupanje od norme otkrivene u povijesti, fizikalnom pregledu ili raznim dolje navedenim postupcima može zahtijevati daljnje upućivanje na specijalnost i liječenje u dogovoru s primarnim liječnikom pacijenta. Slično, povijest infarkta miokarda, valvularne bolesti srca ili prethodna koronarna intervencija mogu ukazivati na potrebu za srčanim klirensom i procjenu kardiologa. Konačno, većinu pacijenata koji se podvrgavaju velikim zahvatima pregledava anesteziolog prije operacije. (18)

„Smjernice za sprječavanje infekcije kirurške rane" objavljene su u Nacionalnom centru za zarazne bolesti američkih centara za kontrolu i prevenciju bolesti. Inicirane su 194 mjere u pogledu poboljšanja medicinske skrbi te sprječavanja kirurških infekcija. U Francuskoj preporuke francuskog društva za probavnu kirurgiju precizno uspostavljaju prijeoperacijski, intraoperativni i postoperativni protokol. Trajanje prijeoperativne hospitalizacije, prijeoperativnu antibiotsku profilaksu u probavnoj kirurgiji, procjenu rizika od anestezije i odabir određene vrste anestezije, pripremu kirurškog mjesta i pripremu probavnog trakta, probavnu nazogastričnu aspiraciju, postoperativna drenaža trbušne šupljine, kateterizacija mokraćne, prehrana - sve su to elementi koji mogu utjecati na postoperativni morbiditet i mortalitet. (16)

Studija, koja provedena u razdoblju od 24 mjeseca u okviru Odjela za opću kirurgiju i kliničke hitne županijske bolnice Galati, (16) usmjerila je hitne prijeme na pacijente koji su podvrgnuti operaciji abdomena i nakon toga razvili infekcije kirurške rane. Primijenjen je radni obrazac koji sadrži kriterije uključivanja (pacijent podvrgnut hitnoj kirurškoj intervenciji, razdoblje prije operacijske hospitalizacije, fizička priprema pacijenta, prisutnost pridruženih bolesti; prisutnost žarišnih infekcija, nedostatak antibiotske profilakse / produljena terapija antibioticima, priprema mjesta operacije, kirurška intervencija kontaminiranog tipa, trajanje kirurške intervencije, prisutnost drenažnih cijevi) koji se koristio zajedno s ostalim medicinskim dokumentima, općim kliničkim opservacijskim listovima, registrima operativnih protokola i registrima bolničkih infekcija. (17)

Podaci su centralizirani i obrađeni statističkim metodama pri uspostavljanju dijagnoze infekcije kirurške rane. (16)

Istraživanje je pokazalo da su 76 % pacijenata s postoperativnim infekcijama uključenim u studiju bili hitni prijemi na odjelu opće kirurgije. Na prijeoperativnu pripremu ovih pacijenata utjecala je nužnost hitne kirurške intervencije (32 %), uz postojeću patologiju s prevladavanjem želučane i crijevne patologije (40,35 %). (17) Na pojavu infekcije kirurške rane utječe prijeoperativna priprema pacijenta, tako da je nužno donošenje standardiziranih protokola koji se primjenjuju i u izbornoj i hitnoj operaciji, uz istodobno jamčenje pravednog upravljanja kirurškim pacijentom. (16)

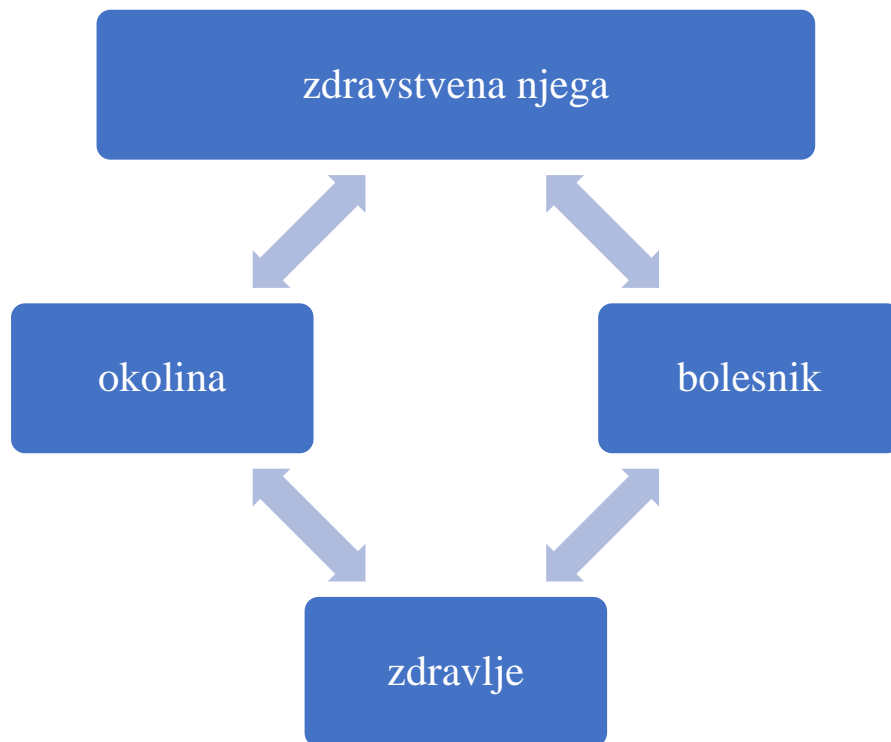
Svaka priprema bolesnika za operaciju debelog crijeva zahtijeva temeljitu procjenu općeg stanja bolesnika (kardiovaskularnog, dišnog i drugih sustava) i odgovarajuću pripremu. Uobičajeno je prije operacije mehanički očistiti debelo crijevo. To se provodi peroralnim laksativima i klizmom. (19) Međutim, nisu utvrđeni dokazi da postoje bitne razlike u javljanju komplikacija (popuštanje anastomoze i infekcijske komplikacije) u bolesnika kod kojih se obavlja prijeoperativno čišćenje kolona i onih kod koji se kolon ne čisti. Svakako, nužna je antibiotska, tromboembolička i antiulkusna profilaksa. (2) Zaključuje se da je prijeoperativna priprema iznimno važna i djeluje na operativnu pripremu, ali i krajnji ishod operativnog zahvata.

5.1. Plan zdravstvene njege u prijeoperativnoj pripremi

Zdravstvena njega širi je pojam od njege bolesnika. Prvo tumačenje zdravstvene njege dala je 1859. godine Florence Nightingale u svojem djelu „Bilješke o zdravstvenoj njezi i tome što je zdravstvena njega i što nije“ (engl. *Notes on Nursing: what it is and what is not*). Prema njezinim zapažanjima, zdravstvena je njega „osiguranje najboljih mogućih uvjeta, da bi prirodne snage ozdravljenja mogle djelovati na bolesnika“. (20) Za Florence Nightingale, zdravstvena njega je njega bolesnih i čuvanje zdravlja zdravih ljudi. (20) No, definiciju Florence Nightingale treba razmatrati u kontekstu njezina vremena i prostora. U skladu s multidimenzionalnim modelom dobrobiti navode se dimenzije psihološke dobrobiti, samoprihvatanje, pozitivni odnosi s drugim ljudima, autonomija, ovladavanje okolinom, svrha u životu i osobni razvoj. Uz dobrobit se povezuje povjerenje. Generalizirano povjerenje u druge može se definirati kao „generalizirano očekivanje da su drugi ljudi općenito pouzdani i iskreni te je njegova razina određena općim očekivanjima pojedinca vezanim uz socijalne motive drugih ljudi ili prirodu svijeta“. (21)

Pedesetih godina prošlog stoljeća stav Svjetske zdravstvene organizacije glasi: „Zdravstvena njega temeljni je sastavni dio cjelokupne zdravstvene zaštite“. No, kada se danas potraži moderna ili suvremena definicija, prema rječniku Merriam- Webster i ona glasi: „Prevenција ili liječenje bolesti od strane doktora, zubara ili psihologa (to je temeljna definicija). Cjelovitija definicija zdravstvene njege, prema Merriam- Webster dictionary je: „...napori koji se poduzimaju za očuvanje ili održavanje fizičke, mentalne ili emocionalne dobrobiti pogotovo od strane školovanih i licenciranih zdravstvenih stručnjaka.“ U ovoj definiciji spominje se dobrobit. Osim materijalnih resursa, za dobrobit pojedinca važni su i brojni psihološki izvori te novije teorije dobrobiti naglasak stavljaju upravo na psihološke potrebe. Primjerice, prema teoriji samoodređenja (engl. *self-determination theory*) „... potrebe za kompetencijom, autonomijom te povezanošću tri su osnovne potrebe koje tijekom života moraju biti zadovoljene kako bi se postigao osjećaj integriteta i dobrobiti.“ (21)

Stoga, sve veća pozornost posvećuje se obrazovanju medicinskih sestara u području zdravstvene njege. Florence Nightingale tretira zdravstvenu njegu nezavisno od medicine i u tu svrhu organizira potrebno obrazovanje sestara. Prema njezinom mišljenju, razvoj i primjena plana zdravstvene njege treba uključiti čimbenike kao što su: okolina, bolesnik i zdravlje te su svi čimbenici međusobno isprepleteni. (slika 5.1.)



Slika 5.1. Prikaz zdravstvene njega prema Florence Nightingale (29.9.2021.)

Izvor: N. Prlić, Zdravstvena njega-udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. 2000. Školska knjiga.Zagreb

Slika 5.1. ukazuje na to da implementacija zdravstvene njega koja uključuje više čimbenika kao što su okolina i bolesnik, zdravlje i očuvanje zdravlja znači međuovisnost svih čimbenika i da izostanak ili umanjeње jednog čimbenika djeluje na ostale čimbenike.

Osim pojedinaca, zdravstvenu njegu definira i stručno udruženje medicinskih sestara: „Dijagnosticiranje i tretiranje reakcije na aktualni ili potencijalni zdravstveni problem (bolest)“ (22). Stoga, tablica 5.1. prikazuje plan zdravstvene njega za dijagnozu akutnog divertikulitisa.

Tablica 5.1. Plan zdravstvene njege za dijagnozu akutnog divertikulitisa

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE			
Dijagnoza: Akutni divertikulitis			
Datum	Cilj	Intervencije	Evaluacija
30.09. 2021. godine	Bolesnik će biti osposobljen i upoznat s načinima prehrane nakon operativnog zahvata	Prema standardu	Cilj postignut: objašnjava da mu članovi obitelji mogu pripremiti juhu, skuhati kašu i da će sve raditi u dogovoru s članovima obitelji.
1.10.2021. godine	Objašnjava koju hranu može konzumirati u prvim danima nakon operativnog zahvata (kašasta i tekuća hrana: ječmena kaša, juha i slično)		
2.10. 2021. godine	Demonstrirat će medicinskoj sestri plan prehrane usklađen s uputama koje je dala odgovarajuća županijska bolnica	Prema standardu +video film „Prehrana nakon operativnog zahvata „	Cilj postignut: bolesnik je napravio plan prehrane u dogovoru s članovima obitelji.
3.10. 2021. godine	Konзумacija obroka. Upućen da, par dana, nakon konzumacije kašaste hrane, može konzumirati kuhanu hranu kuhana piletina i drugo	Prema standardu	Cilj postignut: bolesnik se pravilno hrani.

Izvor: Vlastita izrada

Dosadašnje teorijske analize opće i suvremene definicije zdravstvene njege te povezivanja s dobrobiti, a dobrobit s povjerenjem, tumače da je zdravstvena njega usmjerena na pojedinca i na zadovoljenje potreba. Tijekom implementacije zdravstvene njege za bolesnike uvodi se riječ povjerenje. Bolesnik očekuje da su zdravstveni djelatnici iskreni i pouzdani te je njihova razina ponašanja usklađena sa situacijom u kojoj se nalaze. Stoga je važno osmisliti primjeren plan zdravstvene njege za pacijenta s crijevnim bolestima. Prvobitno, to mora biti plan zdravstvene njege u predoperativnoj pripremi koja je iznimno važna za bolesnika.

Prva faza procesa je proces sestrinske dijagnoze koja uključuje tri koraka: prikupljanje podataka, analiza podataka i definiranje sestrinske dijagnoze. Sestrinska anamneza znači utvrđivanje potreba za sestrinskom skrbi tako da se prikupe potrebni podaci. (23) Ono što je ključno, izrada je plana zdravstvene njege uz specifične podciljeve.

Plan zdravstvene njege obuhvaća dijagnozu bolesnika, datume (može biti više datuma u rubrici), cilj, intervencije i evaluaciju.

5.2. Markiranje stoma

Kolostomija je oblikovanje umjetnog anusa, a ileostomija je izvođenje tankog crijeva na trbušnu stijenu. I kolestomija i ileostomija mogu biti privremene ili trajne. Privremena stoma služi u jednoj fazi liječenja kada je primarna anastomoza rizična (na primjer, opstrukcija kolona). Čim se poboljša stanje bolesnika, može se ponovno uspostaviti kontinuitet probavne cijevi. No, nema uspostavljanja konitnuiteta probavne cijevi kod trajne stome. Trajna stoma konačno je rješenje i nakon što se napravi trajna stoma više nema upostave kontinuteta probavne cijevi. (2)

Markiranje stoma mora biti napravljeno već u prijeoperacijskoj pripremi, a pri tome treba uzeti u obzir više čimbenika: fizičko stanje bolesnika, tjelesnu težinu, stručnu spremu, zanimanje, društvene aktivnosti, prisutnost hernije te imati na umu vidljivost stoma.

Zadaće medicinske sestre u markiranju stoma priprema je materijala i asistiranje liječniku:
- medicinska sestra treba pripremiti kirurški permanentni marker, zaštitnu poliuretansku prozirnu prekrivku - foliju, podložnu stoma pločicu i vrećicu. Uz to, osigurati privatnost bolesnika i ohrabriti pacijenta da ne osjeća neugodu, strah

-pojasniti tijek markiranja stome i zamoliti ga da dobro sluša upute, koliko god može, odnosno koliko mu zdravstveni stanje dopusti

- učiniti inspekciju obučenog bolesnika, u sjedećem položaju te ga upitati o navikama odijevanja

- učiniti inspekciju trbuha u različitim položajima

- 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
- sve raditi u konzultaciji s kirurgom
- izbjegavati liniju pojasa
- planirati vidljivo mjesto
- planirano mjesto izvedbe stome treba biti 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.

Ključno je objasniti ulogu stomaterapeuta kod markiranja stome. Stomaterapeut je visoko obrazovana sestra koja je školovana na jednom od poznatih veleučilišta i sveučilišta za sestrinstvo u Hrvatskoj i inozemstvu. Stomaterapeut raspolaže znanjima iz područja zdravstvene njege i psihologije. Takav profil zdravstvenog radnika (24) omogućuje unaprjeđenje zdravstvene njege. S obzirom da je uočeno povećanje oboljelih od bolesti debelog crijeva, povećavanje broja bolesnika sa stomom, istovremeno se povećava potreba za visokokvalificiranim medicinskim sestrama- stomaterapeutima. Potrebni su stomaterapeuti koji rade na svim razinama zdravstvene zaštite: primarna, sekundarna i tercijarna, kao dio tima.

Uloga stomaterapeuta koji je dio tima je sudjelovanje u liječenju bolesnika od postavljanja dijagnoze, prije operacije, u poslije operacijskom periodu, u prvim mjesecima i kasnije u slučaju komplikacija. Njezina je uloga „pomoć obitelji i bolesniku prilagoditi se životu sa stomom i olakšati povratak u svakodnevni život i učiniti ga kvalitetnijim.“ (24)

Djelokrug rada stomaterapeuta vrlo je širok. Bolesnici i obitelj imaju mnogo potreba na koje im treba odgovoriti kao i na dio prava na koje ih treba uputiti i savjetovati. (24)

Zdravstvena njega odnosi se na edukaciju obitelji i bolesnika, odabir ostomijskog pomagala, njegu kože oko stome, bolesnik treba steći rutinu u njezi i steći samopouzdanje. Savjetovanje se odnosi na nutricionizam, fizičku aktivnost, odijevanje, seksualni odnos, vježbanje i rekreaciju, fantomski rektum, povratak na posao, lijekove, putovanja, plivanje, irigaciju stome i drugo.

Stomaterapeut mora biti dobro školovana medicinska sestra koja pruža emocionalnu podršku i profesionalac koji u bolesnika izaziva pozitivne misli i osjećaje pa tako i prevladavanje i prihvaćanje promjena koje oboljeli moraju integrirati u svakodnevnom životu kako bi bili bliže izlječenju i oporavku.

6. SESTRINSKE INTERVENCIJE TIJEKOM OPORAVKA BOLESNIKA NAKON OPERACIJE DEBELOG CRIJEVA

Sestrinska dijagnoza boli definira se kao: „ Bol je stanje u kojem osoba doživljava i izvještava o nazočnosti jake nelagode. (25) Najčešće citirana definicija boli je : „Bol je što god osoba koja ju doživljava kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji.“ (25) Pri ovom je iznimno važno razumijevanje boli. Fiziološke reakcije na bol refleksne su i autonomne. Refleksno je na primjer, povlačenje ruke zbog odmicanja od bolnog podražaja. Autonomna reakcija događa se u unutarnjim organima i žlijezdama, a manifestira se kao mišićna tenzija, znojenje, povećan tlak i drugo.

Skrenuta je pozornost na procjenu bolesnikova stanja. Naime, procjena bolesnikova stanja usmjerena je na samu bol, utjecaj boli na svakodnevno funkcioniranje i načine prilagodbe, a ne na uzrok boli. Dakle, s ciljem pružanja učinkovite sestrinske skrbi potrebno je dobro procijeniti razinu boli te moguće probavne smetnje.

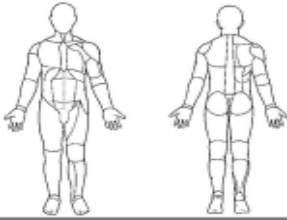
6.1. Sestrinske intervencije prije operativnog zahvata

Za praćenje sestrinske intervencije ključni su dokumenti koji se u nastavku slikovno prikazuju. Slika 6.1. prikazuje sestrinsku listu – dokument u kojem se opisuju svi podaci bolesnika.

USTANOVA		SESTRINSKA LISTA	
Matični broj MBG	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stvarni..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>	
Broj hospitalizacije		Obitelj udomitelja-skrbnika	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		LIJEKOVI..... OSTALO.....	
Procjena samostalnosti	0 - nije ovisan <input type="checkbox"/> 1 - ovisan u manjem stupnju <input type="checkbox"/>	2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/>	4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>
Samozbrinjavanje	higijena - 0, 1, 2, 3, 4 hranjenje - 0, 1, 2, 3, 4	eliminacija - 0, 1, 2, 3, 4 oblačenje - 0, 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 0, 1, 2, 3, 4 premještanje - 0, 1, 2, 3, 4	sjedenje - 0, 1, 2, 3, 4 stajanje - 0, 1, 2, 3, 4	okretanje - 0, 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štake <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalica <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> osobitosti NE <input type="checkbox"/>		
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok.....	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok.....	
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo.....uzrok.....	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Sluznica	normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> nasilage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/>	Osobitosti i opis	
Eliminacija Eliminacija stolice	Zadnja defekacija	inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Eliminacija urina	normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena.....urostoma <input type="checkbox"/>	osobitosti	
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/>	Drenaža	
Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/>	osobitosti	Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....
Perceptivne sposobnosti	Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/>	Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	osobitosti
Sluh	dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluhi <input type="checkbox"/> ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Bol	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta.....) NE <input type="checkbox"/>		
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

Slika 6.1. Prikaz dokumenta „Sestrinska lista“

Izvor:http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf.
(29.9.2021.)

Svijest	očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/>	Procjena na Glasgow koma skali.....
	ostalo..... iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti.....	
Seksualnost	Prva menstruacija..... Zadnja menstruacija.....	Osobitosti vezane uz spolnost
Aktivnosti koje utječu na zdravlje	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kom/dan...../god.....	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> količina/dan...../god.....
Prihvatanje zdravstvenog stanja	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagodivanje <input type="checkbox"/> prihvatanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....	
Vjerska uvjerenja	ograničenja..... potrebe.....	Samopercepcija sigurnost, strah...
Doživljavanje hospitalizacije		
FIZIKALNI PREGLED pregledavanje		
Puls/min	Temperatura i način mjerena	visina..... težina.....ITM.....
		Promjena tjelesne težine
		Krvni tlak: D.R..... L.R.....
Disanje i osobitosti		
Koža - izgled i promjene		Glava i vrat
Braden skala - bodovi		Legenda: D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R=Oštećenja tkiva
Toraks		
Abdomen		
Gornji ekstremiteti		
Donji ekstremiteti		
Terapija koju uzima:		
Znanje o:	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....
bolesti		I.V. kanija: mjesto..... izgled.....
terapiji	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
načinu života	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Nazogastrična sonda: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Sestrinske dijagnoze		Tubus
Osobitosti o pacijentu:		
Potpis med. sestre, broj registra		

Legenda: 0-nije ovisan=samostalan, 1-ovisan u manjem stupnju=treba pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3-ovisan u visokom stupnju=treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan

Slika 6.2. Prikaz dokumenta „Sestrinska lista“ (drugi dio)

Izvor:http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf.

(1.10.2021.)

Na temelju priloženih slika predstavljeni su službeni dokumenti medicinske sestre, a na temelju kojih se prikupljaju potrebni podaci za bolesnika koji se prima na hospitalizaciju. Prvi i konkretan postupak je prikupljanje podataka.

Slijede postupci:

- 1) procijeniti jačinu skalom boli (sestrinska sastavnica-BOL br. 9)

PROCJENA BOLA

9

Ime i prezime:					Odjel:					Matični broj:					
LEGENDA															
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
bez bola		podnošljiva bol			jaka bol			vrlo jaka bol			nepodnošljiva bol				
Početak bola:															
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Opis bola:					Vrijeme javljanja:					Reakcija na bol:			Trajanje bola:		
<input type="checkbox"/> oštra bol		<input type="checkbox"/> na pritisak			<input type="checkbox"/> neočekivano					<input type="checkbox"/> mirovanje			<input type="checkbox"/> akutno		
<input type="checkbox"/> žareća bol		<input type="checkbox"/> na lupkanje			<input type="checkbox"/> u mirovanju					<input type="checkbox"/> plakanje			<input type="checkbox"/> kronično		
<input type="checkbox"/> pulsirajuća bol		<input type="checkbox"/> na dodir			<input type="checkbox"/> u kretanju					<input type="checkbox"/> bljedilo kože			<u>UČESTALOST</u>		
<input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike		<input type="checkbox"/> spontano			<input type="checkbox"/> kratko poslije jela					<input type="checkbox"/> znojenje			<input type="checkbox"/> kontinuirano		
<input type="checkbox"/> sijevajuća bol				<input type="checkbox"/> danju					<input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje			<input type="checkbox"/> često		
<input type="checkbox"/> šetajuća bol				<input type="checkbox"/> noću					<input type="checkbox"/> širenje zjenica			<input type="checkbox"/> povremeno		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Postupci sestre:															
Primjena analgetika:					Ostali postupci:					Evaluacija:					
										Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:					Ostali postupci:					Evaluacija:					
										Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:					Ostali postupci:					Evaluacija:					
										Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:					Ostali postupci:					Evaluacija:					
										Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:					Ostali postupci:					Evaluacija:					
										Potpis med. sestre:					
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Primjena analgetika:					Ostali postupci:					Evaluacija:					
										Potpis med. sestre:					

Slika 2.3. Procjena boli kod bolesnika

Izvor: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf.
(2.10.2021.)

Slika 6.3. predstavlja službeni dokument medicinske sestre u kojoj se prikupljaju podaci o jačini boli jer se na temelju toga, između ostaloga, donosi dijagnostička odluka o operativnom zahvatu bolesnika u vrlo kratkom vremenu (naravno, osim za laboratorijske i radiološke pretrage).

Lista procjene boli ima sljedeće kategorije: oštra bol, žareća bol, pulsirajuća bol, grčevita bol, kolike, sijevasuća bol, šetajuća bol, bol na pritisak, bol na lupkanje, bol na dodir i spontana bol. Također, medicinska sestra treba prikupiti podatke o vremenskom intervalu, na primjer: po danu, po noći, u kretanju i drugo. Na temelju tih prikupljenih podataka i odgovarajuće simptomatologije, uspostavlja se procjena stanja pacijenta na odjelu.

Nakon opće procjene i procjene opće boli slijedi detaljnija analiza boli kod primljenog pacijenta. To su:

1. prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju, širenju i kvaliteti boli
2. prikupiti podatke o vitalnim funkcijama
3. prikupiti podatke o prethodnim ozljedama
4. prikupiti podatke o akutnim bolestima
5. prikupiti podatke o prijašnjim načinima ublažavanja boli
6. procijeniti situacijske činitelje.

Moraju se odrediti kritični čimbenici. Također, iz svih navedenih kritičnih čimbenika (mehaničke ozljede, kemijske ozljede, toplinske ozljede, bolesti organskih sustava, akutni upalni procesi, dijagnostički postupci, terapijski postupci, porod, poslijeoperacijski period i rehabilitacija) određeni je kritični čimbenik akutni upalni proces.

Medicinska sestra obvezna je napraviti prikupljanje podataka o vodećim obilježjima:

1. pacijentova izjava o postojanju, jačini, lokalizaciji i trajanju boli
2. povišen krvni tlak, puls i broj respiracija
3. zauzimanje prisilnog položaja
4. usmjerenost na bol
5. izražavanje negodovanja
6. bolan izraz lica
7. blijeda i znojna koža
8. plač
9. strah.

Iz svih navedenih vodećih obilježja, važni su pacijentova izjava o postojanju jačine boli, lokalizaciji, trajanju boli te usmjerenost na bol. Pri ovakvim akutnim upalnim procesima, povišena je razina straha kod pacijenata koji osjećaju oštru akutnu bol u predjelu abdomena.

Mogući ciljevi koji se postižu sestrinskim intervencijama jesu praćenje zdravstvenog stanja bolesnika.

Intervencije:

1. prepoznati znakove boli
2. izmjeriti vitalne funkcije
3. ublažavati bol na način kako je pacijent naučio

Važno je pronalaženje načina kako pacijentu ublažiti bol (ključna je zajednička suradnja medicinske sestre i pacijenta s akutnom boli). Sve do trenutka prelaska u operativnu salu, medicinska sestra nastoji ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol.

4. istražiti zajedno s pacijentom različite metode kontrole boli
5. ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
6. primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova
7. ohrabriti pacijenta

Ključno je ohrabriti pacijenta (posebno će se obraditi sestrinska intervencija u području straha). Ukloniti strah je potrebno jer onaj pacijent koji se veoma boji ne pokazuje odgovarajuću suradnju s medicinskim osobljem.

8. objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja
9. postaviti nepokretnog pacijenta u odgovarajući položaj
10. izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja
11. podučiti pacijenta tehnikama relaksacije
12. obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli
13. primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika

14. razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima
 15. ublažiti strah prisustvom i razgovorom
 16. poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
 17. uključiti pacijenta u planiranje dnevnih aktivnosti
 18. odvrćati pažnju od boli
 19. koristiti metode relaksacije
 20. masirati bolno područje tijela ako je moguće
 21. ponovno procjenjivati bol
 22. dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli.
- Mogući ishodi/evaluacija: pacijent osjeća bol.

6.2. Sestrinske intervencije nakon operativnog zahvata

Nakon opisa sestrinskih intervencija prije operativnog zahvata, slijedi opis sestrinskih intervencija nakon operativnih zahvata.

Prvi korak je prikupljanje podataka te:

1. procijeniti trenutno stanje bolesnika
2. prikupiti podatke o pokretljivosti
3. procijeniti nutritivni status
4. prikupiti podatke o kognitivno perceptivnom statusu
5. prikupiti podatke o akutnim i kroničnim bolestima.

Kritični čimbenik je kirurški zahvat.

Mogući ciljevi: Pacijent će nabrojati metode održavanja kirurške rane. Obitelj će nabrojati metode održavanja kirurške rane po otpustu iz bolnice.

Intervencije:

1. svakodnevno procjenjivati stanje rane
2. monitoring vitalnih funkcija
2. poticati unos tekućine na usta
3. poticati optimalan unos hrane
4. provoditi higijenu pacijenta
5. održavati posteljno rublje čistim i bez nabora
6. osigurati udoban položaj pacijenta u krevetu
7. mijenjati položaj pacijenta sukladno standardiziranom postupku
8. provoditi fiksaciju uz kontrolu pritiska prema standardiziranom operativnom postupku
9. procjenjivati pritisak i rubove zavoja i obloga
10. podučiti pacijenta o važnosti optimalnog unosa hrane i tekućine.

Mogući ishodi/evaluacija: Pacijentova kirurška rana nije inficirana.

6.3. Uspostava prehrane bolesnika nakon operacije

Jedan od ključnih koraka u oporavku pacijenta nakon operativnog zahvata je prehrana. Liječnik i medicinska sestra upućuje pacijenta na promjenu prehrambenih navika u određenom vremenskom periodu. Uobičajeno je da pacijenti nisu dobrog raspoloženja i da im je hrana na zadnjem mjestu, posebno ako su imali bolove u trbuhu, mučninu, povraćanje ili proljev prije operacije. Svakako, prehrana je nakon operacije ključna zbog unaprjeđenja zdravlja pacijenta, pravilnog liječenja i sprečavanja infekcije. Medicinska će sestra po napatku liječnika uputiti pacijenta liječniku obiteljske medicine.

Preporučuje se hrana koja se lako probavlja, prema navodima Sveučilišta u Wisconsinu. To uključuje hranu kao što su pšenične kaše, mlijeko, jogurt i krem-juhe. Ova je vrsta prehrane poznata kao hrana „na žlicu“, tekuća hrana. Ono se smatra prijelaznom ishranom; takva prehrana traje kraće vrijeme, do uvođenja čvršće prehrane. Kašasta i tekuća hrana pruža neke proteine i kalcij, ali to je nedostavno prema drugim bitnim hranjivim tvarima, kao što su željezo, vitamin A i tiamin. Mogući su vitaminski dodaci. Treba samo slijediti liječničke upute. Ako više nema bolova u trbuhu, mučnine, povraćanja ili proljeva, vrlo će vjerojatno liječnik donijeti odluku o nastavku prehrane s uobičajenim režimom.

U namjeri promicanja zdravlja pacijenta, ključno je jesti raznovrsnu hranu, bogatu hranjivim tvarima iz svih skupina hrane. Ljudskom tijelu treba opskrba hranjivim tvarima kako bi se pomoglo u proizvodnji novih stanica koje su važne za liječenje kirurškog područja i sprječavanja daljnjih komplikacija.

Kako bi se osiguralo da bolesnik dobije punu zalihu hranjivih tvari, preporučuje se sljedeća hrana u svakodnevnoj prehrani:

- piletina (za početak kuhana piletina)
- raznovrsno voće i povrće,
- mliječna hrana i nemasni izvori bjelančevina, kao što su piletina, morski plodovi, tofu i grah.

Uravnotežena prehrana osigurava da tijelo dobije odgovarajuće količine bjelančevina, ugljikohidrata i masti. Svaka od tih hranjivih tvari ima ulogu u liječenju nakon operacije. Protein podržava stvaranje kolagena koji je važan dio vezivnog tkiva koje se ispunjava na mjestu reza. Ugljikohidrati pružaju energiju za stvaranje novih tkiva i krvnih žila.

6.4. Edukacija bolesnika i potpora članova obitelji

Edukacija bolesnika važan je segment jer doprinosi bržem oporavku bolesnika nakon operativnog zahvata. Prije samog operativnog zahvata i nakon zahvata, medicinska sestra upoznaje bolesnika s novim režimom prehrane za kraće vrijeme. Trajanje dijetalne prehrane ovisi o oporavku kirurške rane i ako ne dođe do infekcije.

Svaka bolnica izdaje naputke o načinu prehrane bolesnika nakon operativnog zahvata. Poanta je u tome da se crijeva trebaju ponovno prilagoditi na hranu. Jela poput kuhanog krumpira, riže i rižine sluzi, kuhanih sitnih zobnih pahuljica i njihove sluzi te se preporučuju banane. Treba uspostaviti urednu stolicu uz češću konzistentnost. Kako bolesnik nije u mogućnosti samostalno, pogotovo u prvim danima povratka kući, pripremati hranu, profesionalni medicinski tim podučava članove obitelji o prehrani bolesnika nakon operativnog zahvata. U tablici 6.1. prikazan je jelovnik koji je objavio Klinički bolnički centar u Rijeci, a može poslužiti kao primjer za prehranu bolesnika s bolestima crijeva, pogotovo nakon operativnog zahvata. (25)

Tablica 6.1. Primjer jelovnika

	Jelovnik A	Jelovnik B	Jelovnik C
Zajutrak	Odstajali kruh, med, mlijeko	Odstajali kruh, kozja ili kravlja skuta, jogurt	Odstajali kruh, 2 kuhana jaja, bijela kava
Doručak	Čaj, dvopek	Bijela kava, dvopek	Čaj, kašica od banane, ribane jabuke i keksa
Ručak	Riblja juha, kuhani oslić bez glave, pire od krumpira i špinata, salata od mrkve s limunom i maslinovim uljem	Povrtna juha s tjesteninom, pileći rižot s tikvicama (lagano pirjano uz dodatak maslinovog ulja), salata od mladih listova matovilca	Krem juha od buče i krumpira s bučnim uljem, u vlastitom soku pirjana junetina, pirjano proso s mrkvom i rajčicom, salata od cikle
Užina	Kompot	Griz na mlijeku	Lagani biskvit s breskvama
Večera	Teleći ujušak s mrkvom, celerom, krumpirom i listovima ljupčaca ili peršina	Srdela lagano pečena na žaru, blitva s krumpirom i malo limuna i maslinova ulja	Tjestenina s punomasnim svježim sirom, jogurt s probiotičkom kulturom

Izvor: <http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2020/09/Prehrana-nakon-operacije-crijeva.pdf>
(2.10.2021.)

Iz tablice 6.1. uočen je prijedlog, odnosno jelovnik koji ima pet laganih obroka. Ponuđene su tri varijante. U tri varijante, kruh mora biti odstajao. Nudi se dvopek. Osim odstajalog kruha, u sva je tri ponuđena jelovnika obvezna juha. Uglavnom, prehrana se temelji na laganoj i probavljivoj hrani koja može poslužiti i drugima ako žele uvesti laganu i probavljivu hranu.

7. RASPRAVA

Današnji način života sa sobom nosi niz blagodati i materijalnih blagostanja, ali nosi i određene negativne nuspojave koje se odražavaju na zdravlje pojedinaca. Rad je pokazao prevalenciju slučajeva oboljelih od crijevnih bolesti. U radu je obrađen divertikulitis i druge upalne bolesti (npr. ulcerozni kolitis) te je riječ o hitnim i akutnim medicinskim stanjima koja imaju određenu simptomatologiju pa je čak i iskusnom kirurgu potrebna potvrda dijagnostičkih pretraga u vidu laboratorijskih i radioloških pretraga.

Isto tako, uočen je zabrinjavajući trend rasta crijevnih bolesti na globalnoj razini. Hrvatska bilježi rast osoba oboljelih od crijevnih bolesti i negativan trend porasta oboljelih od crijevnih bolesti.

Zadaće su medicinske sestre opsežne i vrlo je važno da su s bolesnikom od prvog dana boravka u bolnici do otpusta iz bolnice. Prema tome, medicinska sestra ima višestruke uloge. Ona je koordinator, evaluator, komunikator i posrednik i prije svega medicinska sestra. Potrebna je dobra i stručna podloga (edukacije o bolestima crijeva i sestrinskim intervencijama) kako bi mogla postići povoljan ishod za sve sudionike u procesu oporavka bolesnika.

Službena dokumentacija medicinske sestre prikazana je u radu s ciljem informacije o točnom uzroku nastanka boli i stanju pacijenta. Zbog toga medicinska sestra u suradnji s medicinskim timom mora biti veoma pažljiva u određivanju intenziteta boli kod bolesnika i njegova stanja. Sve su zadaće koje su stavljene pred medicinsku sestru složene i zahtijevaju ulaganje maksimalnog napora. Ali, istovremeno, medicinska sestra mora naučiti komunicirati, slušati, opažati, bilježiti i stjecati iskustva.

8. ZAKLJUČAK

Suvremeni način života, industrijalizacija, brza hrana, ubrzan i stresan života predstavljaju rizične čimbenike kod bolesti crijeva. Također, utvrđen je porast kroničnih bolesti crijeva što predstavlja ozbiljan zdravstveni problem za populaciju i potiče na razmišljanje o promjeni i poticanje populacije na promjene režima prehrane i aktivnosti. Kako bi operacija debelog crijeva prošla što uspješnije, ključne su dobre i kvalitetne predoperativnih pripreme u kojima medicinske sestre imaju važnu ulogu. Samim time, njezine su zadaće vrlo složene. Ona je s bolesnikom od primitka do otpuštanja iz bolnice. U procesu predoperativnih priprema nužno je ukratko upoznati bolesnika s postojećim stanjem, planom zdravstvene njege, a tim planom zdravstvene njege implementiraju se sestrinske intervencije za bolesnike s bolestima crijeva. Prema tome, pokazalo se da su zadaće medicinske sestre, u slučaju oporavka od operacije debelog crijeva, veoma opsežne i zahtjevne. Opsežne su jer mora djelovati koordinirano s ostalim članovima stručnog tima (pacijent, članovi obitelji, druge medicinske sestre, kirurg, kirurški tim i drugi). Opisane su sestrinske intervencije koje u opisu imaju radne zadaće vezane za oporavak kirurške rane te pripremu bolesnika na promjenu režima prehrane. Očito je da su izrazito važne dobro razvijene komunikacijske vještine medicinske sestre, educiranost o bolestima crijeva te sposobnost pregovaranja s drugim članovima tima.

Osim odgovorne uloge medicinske sestre i važnosti predoperativne pripreme, važno je educirati građane o tome koliko su životne navike kao nutritivne navike, kretanje, sklonost pozitivnom načinu razmišljanja važni za cjelokupno zdravlje, ali i za smanjenje mogućnosti oboljenja od crijevnih bolesti. Stručni medicinski tim trebao bi educirati građane na način da razumiju koliko su crijevne bolesti ozbiljne bolesti današnjice.

9.LITERATURA

1. Keros, P ;Matković, B. 2006. Anatomija i fiziologija. Naklada Ljevak d.o.o. Zagreb.
2. Šoše, T. 2007. Kirurgija. Naklada Ljevak. Zagreb.
3. Vucelić, B i sur.2021. Upalne bolesti crijeva. Medicinska naklada: Akademija medicinske znanosti Hrvatske (Biblioteka Sveučilišni udžbenici i priručnici) Zagreb.
4. Mijandrušić Sinčić, B. 2021.Epidemiologija upalnih bolesti crijeva. B. Vucelić, Ur. Medicinska naklada. Zagreb.
5. Tonći, B. 2020. Povezanost kliničkih, laboratorijskih i termografskih nalaza u bolesnika s ulceroznim kolitisom. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. Zagreb.
6. Krznarić, Ž; Domislović, V. 2021.pp.167-171. Dijagnostičke metode:laboratorijski nalazi i biološki markeri u upalnim bolestima crijeva u Upalne bolesti crijeva. Medicinska naklada. Zagreb.
7. Drella, M. 2019. Diverticular Disease – Risk Factors, Symptoms, and ICD-10 Codes, p. 1.
8. Prpić, I. 1987. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga.Zagreb.
9. Vlašić-Matas, J. 2017. Divertikuloza debelog crijeva. Narodni zdravstveni list, p. 1.
10. Carabotti, M; Falangone, F; Cuomo, R; Annibale, B. 2021. Role of Dietary Habits in the Prevention of Diverticular Disease Complications: A Systematic Review,«*Nutrients*, svez. 13, br. 1.
11. Basson, MD. 2019.Ulcerative Colitis. Medscape.
12. Rabbett, H; Elbadri, A; Thwaites, R. Dec.1996. Quality of life in children with Crohn's disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutrition*, svez. 23, br. 5, pp. 528-33.
13. Valusek, PA; Bathia, A; Hocolomb, MG. 2020.Pediatric Crohn Disease Surgery. Medscape.
14. Tresca, AJ. 2009. Učinak pušenja i nikotina na IBD. APPROBY.

15. Daly, M; Pearce, A; Farwell, L; Fischer, S; Latiano, A; Prescott, N. 2005. Association of DLG5 R30Q variant with inflammatory bowel disease. *Eur J Hum Genet*, svez. 13, br. 7, pp. 835-9.
16. Anghela, M; Costea, D; Chicos S. 2013. The importance of the preoperative preparation guide for the prevention of surgical wound infection. *Medica Tomitana*, svez. 19, br. 4, pp. 193 - 196.
17. Mariette, C; Alves, A; Benoist, S. 2005. Soins périopératoires en chirurgie digestive. Recommandations de la Société française de chirurgie digestive (SFCD). *ANNALES DE CHIRURGIE*, svez. Vol 130 , br. 2.
18. Ellison, E; Zollinger, R.2016. Preoperative preparations. *Access Surgery*.
19. Ivanišević, B. 1982. Kirurgija probavnog i endokrinog sustava: izabrana poglavlja. Školska knjiga. Zagreb.
20. Prlić, N. 2000. Zdravstvena njega-udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. Školska knjiga. Zagreb.
21. Burušić, J; Ribar, M; Racz, A. 2014. Živjeti u materijalnom blagostanju ili više vjerovati drugima. *Ljetopis socijalnog rada*, svez. 21, br. 2, pp. 189-214.
22. Hobbs, JL. 2009. Defining Nursing Practice. *Advances in Nursing Science*. 32(1), 3–18 doi:10.1097/01.ans.0000346283.297.
23. Fučkar, G. 1996. Uvod u sestrinske dijagnoze. Hrvatska udruga za sestrinsku edukacije. Zagreb.
24. Čačić, V ; Depolo, D. 2015. *Stomaterapeut, Acta Chirurgica Croatica*. pp. str. 95-95.
25. Kadović, M; Abou Aldan, D; Babić, D; Kurtović, B; Piškorjanac, S; Vico, M. 2013. Sestrinske dijagnoze 2. D. Šimunec, Ur. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb.

10. OZNAKE I KRATICE

(pANCA) perinuklearnu antineutrofilna citoplazmatska protutijela

(AP) alkalne fosfataze

(ASCA) anti-Saccharomyces cerevisiae protutijela

(AST)- aspartat-aminotransferaze

(CD). Crohnova bolest (CD, engl. Crohn's disease)

(CRP)- C-reaktivni protein

(FK) fekalni kaloprotektin

(IBD) -Upalne bolesti crijeva (IBD, engl. inflammatory bowel disease)

(NAR) nesteroidni antireumatici

(SE) sedimentacija eritocita

(UC) ulcerozni kolitis (UC, engl. ulcerative colitis)

(WBC) Broj bijelih krvnih stanica

11. SAŽETAK

Sestrinske intervencije za pacijente pri operaciji debelog crijeva veoma su važne jer upravo one svojim znanjem, pozitivnošću i pružanjem potpore mogu učinkovito djelovati na pacijenta i pozitivan ishod operacijskog zahvata. Rad se bavi problematikom razlika akutnog i kroničnog stanja crijeva, markiranjem stoma. Kratko i sažeto opisane su sestrinske intervencije prije i nakon operacije debelog crijeva. Činjenica je da dobra dijagnostika i minimalna invazivna tehnika daju dobre rezultate pri postoperativnom tijeku liječenja pacijenta. Ne smije se zanemariti važnost predoperativnom pripreme jer na pojavu infekcije kirurške rane utječe lošija predoperativnom priprema pacijenta koja može dovesti do infekcije kirurške rane. Nužno je donošenje standardiziranih protokola koji se primjenjuju u ovakvim slučajevima. Bitna je pravilna prehrana tijekom oporavka i da u tom cijelom procesu utjecaja na bolesnika u pridržavanju propisanog režima prehrane utječu članovi obitelji. Stoga, suradnja s članovima obitelji može imati odgovarajuće benefite za bolesnike, kao i timski rad među zdravstvenim djelatnicima.

Ključne riječi: sestrinske intervencije, operativni zahvat, debelo crijevo, oporavak

12. SUMMARY

Nurse interventions for patients with colon surgery are very important because nurses by means of their knowledge, positivity and support can effectively affect the patient and the positive outcome of the operational procedure. This paper deals with problems of acute and cortical bowel movements, ostrostomation. There is a brief and succinct description of the nurse intervention before and after the colon operation. The fact is that good diagnostics and minimal invasive technique give good results in the post-operative course of patient treatment. The importance of pre-operative preparation must not be overlooked, as the onset of infection with a surgical wound affects the patient's worse pre-operative preparation, may lead to a surgical wound infection. It is necessary to apply standardised protocols in such cases. Proper nutrition is essential during recovery and that in this whole patient influence process, the patient's compliance with the prescribed diet regime is affected by family members. Therefore, cooperation with family members can have adequate benefits for patients as well as teamwork among healthcare professionals.

Keywords: nurse interventions, operational procedure, colon, recovery

13. PRILOZI

1. Slika 4.1. Vaskularizacija debelog crijeva i rektuma
Izvor: <https://www.scribd.com/document/449763775/KIRURGIJA%C5%A0o%C5%A1a-pdf> (29.09.2021).
2. Slika 4.2. Prikaz svih oblika pretraga za bolesti debelog crijeva
Izvor: <https://www.scribd.com/document/449763775/KIRURGIJA-%C5%A0o%C5%A1a-pdf> (29.09.2021).
3. Slika 4.3. Ulcerozni kolitis
Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/183084-overview> (16.10.2021).
4. Tablica 4.1. Prikaz kliničke slike ulceroznog kolitisa
Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/183084-overview> (16.10.2021).
5. Tablica 4.2. Prikaz kliničke slike Crohnove bolesti
Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/172940-overview>(16.10.2021).
6. Slika 4.4. Crohnova bolest
Izvor: <https://emedicine.medscape.com/article/172940-overview> (16.10.2021.).
7. Tablica 4.3. Učinak komponenti hrane na crijevnu bolest
Izvor: B. Vucelić i sur, Upalne bolesti crijeva. Medicinska naklada : Akademija medicinske znanosti Hrvatske. Zagreb.
8. Slika 5.1. Prikaz zdravstvene njege prema Florence Nightingale (29.09.2021.)
Izvor: N. Prlić.2000. Zdravstvena njega-udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. Školska knjiga. Zagreb.
9. Tablica 5.1. Plan zdravstvene njege za dijagnozu akutnog divertikulitisa
Izvor: Vlastita izrada.
10. Slika 6.1. Prikaz dokumenta „Sestrinska lista“
Izvor: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf. (29.9.2021).
11. Slika 6.2. Prikaz dokumenta Sestrinska lista (drugi dio)
Izvor: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf.(1.10.2021).
12. Slika 6.3. Procjena bola kod bolesnika

Izvor:http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf. (2.10.2021).

13. Tablica 6.1. Primjer jelovnika

Izvor:<http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2020/09/Prehrana-nakon-operacije-crijeva.pdf> (2.10.2021).

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

IVANA JANDRIĆ

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, 25.10.2021.


potpis studenta/ice

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

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

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>25.10.2021.</u>	IVANA JANDRIĆ	