Osobitosti zdravstvene njege bolesnika sa karcinomom debelog crijeva

Tepeš, Anđelina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:584748

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

Završni rad 440/SS/2014

Osobitosti zdravstvene njege kod bolesnika s karcinomom debelog crijeva

Anđelina Tepeš, 4418/601

Varaždin, lipanj 2016. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad 440/SS/2014

Osobitosti zdravstvene njege kod bolesnika s karcinomom debelog crijeva

Student

Anđelina Tepeš, 4418/601

Mentor

Marijana Neuberg, mag.ses.

Varaždin, lipanj 2016. godine

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

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti
PRISTUPNIK	Anđelina Tepeš
MATIČNI BROJ	4418/601
DATUM	18.09.2014.
KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih II
NASLOV RADA	Osobitosti zdravstvene njege bolesnika sa karcinomom debelog crijeva
MENTOR	Marijana Neuberg, dipl.med.techn.
ZVANJE	predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.med. Nenad Kudelić
2. Marijana Neuberg, dipl.med.techn.
3. Jurica Veronek, dipl.med.techn.

Zadatak završnog rada

BROJ 440/SS/2014

OPIS

Karcinom debelog crijeva je jedna od najčešćih zloćudnih bolesti kod oba spola i jedan od vodećih zdravstvenih problema u svijetu. Bolest uglavnom započinje postupno i u većini slučajeva klinički se manifestira znakovima poremećaja crijevne funkcije.Prognoza bolesti ovisi o njezinoj proširenosti u trenutku dijagnosticiranja,te o pravovremeno započetoj terapiji. Medicinska sestra provodi najviše vremena sa pacijentom i njena je uloga pružiti holistički usmjerenu zdravstvenu njegu, educirati pacijenta i njegovu obitelj. Važno je naglasiti edukaciju bolesnika o samoj bolesti,te o načinu života nakon samog zahvata. Medicinska sestra kao član zdravstvenog tima osim skrbi za bolesnika, treba pravilno znati komunicirati sa ostalim članovima tima,samim pacijentom,te njegovom obitelji.

ZADATAK URUČEN 19.11.2014

POTPIS MENTORA

Sažetak

Kolorektalni karcinom nalazi se na trećem mjestu po učestalosti među svim zloćudnim novotvorevinama u svijetu, ali isto tako to je jedan od rijetkih tumora čiju pojavu možemo na vrijeme spriječiti. Rak debelog crijeva može započeti u njegovom početnom dijelu koji se nastavlja na tanko crijevo (cekum), u glavnom dijelu debelog crijeva (kolon) ili u donjem dijelu debelog crijeva (rektum). Bolest uglavnom započinje postupno i u većini slučajeva klinički se manifestira znakovima poremećaja crijevne funkcije (zatvor, proljev, promjene debljine stolice), nalazom krvi i/ili sluzi u stolici te općom slabošću, gubitkom tjelesne težine i slabokrvnošću (anemijom). Da bismo smanjili pobol i smrtnost od ove bolesti, trebaju se razviti učinkovite mjere primarne i sekundarne prevencije. Strategijske mjere sekundarne prevencije u općoj populaciji (probira) još su predmetom mnogobrojnih studija. Ciljevi su probira smanjiti pojavnost bolesti u općoj populaciji otkrivanjem bolesti u ranoj, latentnoj fazi, što omogućuje mnogo uspješnije liječenje. Unatoč stručnom i znanstvenom napretku medicine, nije se bitno promijenila činjenica da bolesnici žive dulje od pet godina. Spoznaja da je adekvatnom organizacijom zdravstvene skrbi i prevencijom moguće umanjiti ove poražavajuće podatke, potaknula je pokretanje nacionalnih programa s ciljem ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva. Nova saznanja na području dijagnostike i endoskopije omogućuju brže i sigurnije postavljanje dijagnoze. Osnovu liječenja čini kirurško liječenje poduprto stalnim tehničkim napretkom, a dodatnu i ne manje bitnu ulogu ima nova i sve učinkovitija kemoterapija i radioterapija. Navedene metode i saznanja ukazuju na mogućnost izlječenja sve većeg broja bolesnika i uspjeh u borbi protiv karcinoma debelog crijeva. Kolorektalni karcinom nastaje slijedom različitih histoloških i molekularnih promjena u složenoj međuzavisnosti između genske osjetljivosti i vanjskih utjecaja. Procjena stadija proširenosti bitna je u predviđanju mogućnosti liječenja i dužine preživljavanja. Jedna od najstarijih klasifikacija je Dukesova iz 1932. godine kojoj danas najčešće pridružujemo TNM-klasifikaciju. Prognoza bolesti uvelike ovisi o njezinoj proširenosti u trenutku dijagnosticiranja te o pravovremeno započetoj terapiji. Zbog toga su preventivni pregledi i testovi s ciljem ranog otkrivanja raka

debelog crijeva izrazito važni, osobito u populaciji s povećanim rizikom (starija dob, polipi, bolest u obitelji). Dijagnoza bolesti najčešće se postavlja tijekom endoskopskog ili radiološkog pregleda simptomatskih bolesnika ili onih uključenih u programe ranog otkrivanja i/ili praćenja. Kirurškim se zahvatom postiže u 80% – 90% petogodišnje preživljavanje kod I. i II. stadija, ali svega 40% – 60% kod III. stadija bolesti.

Ključne riječi: kolorektalni karcinom, primarna i sekundarna prevencija, rano otkrivanje, procjena proširenosti, dijagnoza, liječenje

Kratice

CEA – karcinoembrionalni antigen

KKS – kompletna krvna slika

SE – sedimentacija

Guk – glukoza u krvi

KG – krvna grupa

UZV – ultrazvuk

RR – krvni tlak

CT – računalna tomografija

MR – magnetska rezonancija

FAP - obiteljska adenomatozna polipoza

HNPCC - nasljedni nepolipozni kolorektalni karcinom

Sadržaj

1.Uvod....1

2. Anatomija i fiziologija 4

2.1. Debelo crijevo 4

3. Klinička slika 6

3.1. Subakutni simptomi desnog kolona 6

3.2. Subakutni simptomi lijevog kolona 7

3.3. Simptomi karcinoma rektuma 7

3.4. Akutni simptomi 7

3.5. Klasifikacija 8

3.6. Rizični čimbenici za nastanak kolorektalnog karcinoma 9

3.7. Prevencija raka debelog crijeva 9

4. Zadaci medicinske sestre u dijagnozi karcinoma debelog crijeva 11

4.1. Vrste preventivnih pregleda 11

4.2. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva 12

5. Načini liječenja karcinoma debelog crijeva 14

5.1. Desna hemikolektomija 14

5.2. Resekcija transferzalog kolona 15

5.3. Lijeva hemikolektomija 15

5.4. Niska prednja resekcija 15

5.5. Subtotalna kolekotomija 15

5.6. Laparoskopske resekcije kolorektalnog karcinoma 16

5.7. Kemoterapija, radioterapija i biološka terapija 16

5.8. Preživljenje bolesnika 17

6. Prijeoperacijska priprema bolesnika 18

6.1 Psihološka priprema bolesnika 18

6.2. Fizička priprema bolesnika 19
6.3. Prijeoperacijska priprema bolesnika dan prije operacije 21
6.4. Prijeoperacijska priprema bolesnika na dan operacije 22
6.5. Sestrinske dijagnoze u prijeoperacijskom periodu 24
6.5.1. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti 24
6.5.2. Neupućenost 25
6.5.3. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane 26
7. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika 27
7.1. Poslijeoperacijske poteškoće te intervencije medicinske sestre u prevenciji istih 30
7.2. Poslijeoperacijske komplikacije te intervencije medicinske sestre 30
7.3. Sestrinske dijagnoze u poslijeoperacijskom periodu 31
7.3.1. Bol u/s operacijskim zahvatom 31
7.3.2. Visok rizik za infekciju 32
7.3.3. Smanjena mogućnost brige za sebe u/s operativnim zahvatom 33
8. Edukacija bolesnika i život sa kolostomom 34
8.1. Zdravstveni odgoj bolesnika za život sa kolostomom 36
9. Komunikacija medicinske sestre s bolesnikom 38
10. Zaključak 39
11. Literatura 42
Popis slika 42

1. Uvod

„Karcinom debelog crijeva je po učestalosti treća,a prema broju uzroka smrti od raka druga zloćudna bolest u svijetu. Kolorektalni karcinom odgovoran je za 10% svih smrti uzrokovanih rakom. Rizik od obolijevanja raste s dobi. Srednja dob otkrivanja bolesti je 65 godina. Osim u nasljednim oblicima bolesti, kolorektalni se karcinom rijetko pojavljuje prije 40.godine. Oko 90% bolesnika starije je od 50 godina. Stoga se preporučuje da probir zahvaća sve osobe iznad te dobne granice. Bolest je nešto češća u muškaraca, s incidencijom 58.5 novih bolesnika, te 44.2 bolesnice na 100.000 stanovnika.“[1] U Hrvatskoj je rak debelog crijeva po učestalosti druga zloćudna bolest i u muškaraca (iza raka pluća) i u žena (iza raka dojke).“[2] Etiološki čimbenici dijele se u tri skupine:obiteljsko nasljeđe, prehrana i bolesti debelog crijeva.

„Oko 75% slučajeva kolorektalnog karcinoma je sporodično, dok se ostalih 25% pojavljuje u bolesnika s povećanim rizikom. U toj skupini bolesnika nalaze se osobe s upalnim bolestima crijeva, obiteljskom adenomatoznom polipozom (FAP), nasljednim nepolipoznim kolorektalnim karcinomom (HNPCC), kod kojih tri ili više članova imaju bolest od kojih je jedan mlađi od 50 godina uz zahvaćanje najmanje dvije generacije i osobe sa snažnom obiteljskom anamnezom kolorektalnog karcinoma.“[1]

Populacija sa visokom incidencijom kolorektalnog karcinoma je na prehrani siromašnoj vlaknima, a bogatoj životinjskim bjelančevinama, mastima te rafiniranim ugljikohidratima. Karcinogeni se mogu unijeti hranom, ali vjerojatnije nastaju djelovanjem bakterija na hranidbene sastojke ili žućne i crijevne sekrete. Točan mehanizam nije poznat.

„Kolorektalni su karcinomi najčešće žljezdanog podrijetla (adenokarcinom), a nastaju od adenomatoznih polipa. Širi se izravno kroz crijevnu stjenku, hematogeno, regionalnim limfnim čvorovima, perineuralno i intraluminalno.“[2]

U početku bolest nema simptoma, karcinom raste sporo te prođe dugi period prije nego što dovoljno naraste da dovede do simptoma. Simptomi ovise o lokalizaciji lezije, tipu, proširenosti i komplikacijama. Simptomatski bolesnici većinom opisuju

bol u trbuhu, promjenu učestalosti/oblika stolice (proljev,zatvor), te pojavu krvi u stolici. Svježa krv u tragovima, hematokezija ili crna stolica poput katrana, melena. Slabost, anemija, osjećaj nepotpunog pražnjenja crijeva i neobjašnjivi gubitak tjelesne mase, rjeđe se javljaju. Trbušna bol nastaje zbog djelomične zapreke prolaza crijevnog sadržaja, širenja tumora u potrbušnicu ili pucanja sluznice crijeva. Lažni grčevi s nagonom za stolicu, tenezmi, mogu zahvatiti mišiće zdjelice; tumorska masa može prikliještiti ishijadični ili opturatorni živac i uzrokovati neurološke bolne sindrome.

Desni kolon je većeg lumena, tanje stjenke i njegov sadržaj je tekuć, tako da opstrukcija nastaje kasnije. Krvarenje je obično sakriveno. Umor i slabost uzrokovani anemijom mogu biti jedini simptomi. Anemija zbog manjka željeza posljedica je gubitka krvi i obično se nalazi u uznapredovaloj bolesti. Ponekad tumori toliko narastu da se prije pojave simptoma mogu napipati kroz abdominalnu stjenku.

Lijevi kolon ima manji lumen, stolica je polučvrsta, a karcinom pokazuje tendenciju da polukružno zahvaća crijeva uzrokujući izmjenjivanje opstipacije sa učestalim stolicama ili proljevom. Može se očitovati djelomičnom opstrukcijom s abdominalnim bolovima tipa kolika ili potpunom opstrukcijom. Stolica može biti prošarana ili pomiješana krvlju. Neki bolesnici imaju znakove perforacija, obično ograničena žarišna bol i osjetljivost.

Rana dijagnoza ovisi o rutinskom pregledu, osobito pregledu stolice na skriveno krvarenje. Karcinomi se na taj način otkrivaju u ranijem stadiju i time su podložniji izlječenju. Za bolesnike srednjeg rizika, testiranje stolice na skriveno krvarenje treba provoditi jednom godišnje nakon pedesete godine života, a fleksibilnu sigmoidoskopiju svakih 5 godina ili kolonoskopiju svakih deset godina. Bolesnike s pozitivnim testom na skriveno krvarenje treba podvrgnuti kolonoskopiji kao i u one s promjenama otkrivenim sigmoidoskopijom ili kontrastnom pretragom s barijevom kašom. Sve promjene treba u potpunosti otkloniti radi histološke analize.

Kada se karcinom dijagnosticira potrebno je učiniti CT abdomena,RTG prsišta i rutinske laboratorijske pretrage radi otkrivanja metastatske bolesti, anemije i procjene općeg stanja.

„Povišen serumski karcinoembrionalni antigen, CEA pronađen je u 70% bolesnika sa kolorektalnim karcinomom. Ako je CEA prije operacije visok, a nizak nakon otklanjanja tumora, praćenje CEA može poslužiti za otkrivanje recidiva. Prognoza bolesti najviše ovisi o stadiju bolesti, te pravovremeno započetoj terapiji. „Desetogodišnje preživljenje za karcinome ograničene na sluznicu iznosi 90% ; kod prodora kroz crijevnu stjenku 70-80%; s pozitivnim limfnim čvorovima 30-50%, a za metastatsku bolest manje od 20%.“[3]

Kirurško izlječenje je moguće u 70% bolesnika bez metastatske bolesti. Pokušaj izlječenja sastoji se u opsežnoj resekciji tumora i regionalnih limfnih čvorova s reanastamozom crijevnih segmenata. Ako postoji zdravo crijevo između lezije i analnog ruba potrebno je učiniti kolostomiju. „U bolesnika sa karcinomom kolona i pozitivnim limfnim čvorovima kemoterapija poboljšava preživljenje za 10-30%. U bolesnika sa pozitivnim jednim do četiri limfna čvora koristi se kombinacija kemoterapije i radioterapije.“[4]

„Poslije operacije, kolonoskopiju treba učiniti jednom godišnje sljedećih pet godina i svake tri godine nakon toga, ukoliko se nađu polipi ili tumori. Ukoliko se prije operacije ne provede totalna kolonoskopija zbog opstruirajućeg tumora, kompletnu kolonoskopiju treba učiniti 3 mjeseca nakon operacije. Dodatne pretrage zbog mogućnosti recidiva su anamneza, fizikalni pregled i laboratorijske pretrage svaka 3 mjeseca iduće 3 godine, a zatim svakih 6 mjeseci iduće 2 godine. Slikovne metode pretraživanja (CT ili MR) često se preporučuju u jednogodišnjim intervalima. Kada kurativni kirurški zahvat nije moguć ili je operativni rizik neprihvatljiv, može biti indicirano ograničeni palijativni kirurški zahvat (npr. rješavanje opstrukcije ili resekcija perforiranog područja), a srednje preživljavanje iznosi 7 mjeseci. Kemoterapija može smanjiti tumor i produžiti život za nekoliko mjeseci.“[4]

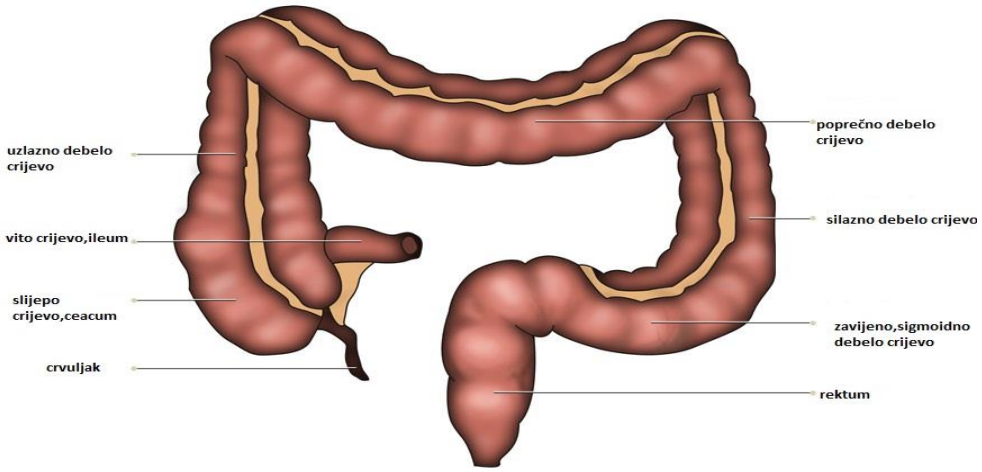
2. Anatomija i fiziologija

„Probavni sustav, *apparatus digestorius,* sustav je organa koji omogućuje unošenje hranjivih i drugih tvari iz okolice u organizam. Pri tome probavni sustav tvari krute i ne topljive u vodi, pretvara u topljiv oblik i predaje ih u krv pa one postaju hranom za stanice ili ih pak skladište.“[5] Probavni sustav čine dvije osnovne skupine organa: probavni organi koji počinju usnom šupljinom, a završavaju čmarom, čine probavnu cijev, te dodatni organi kojima pripada jetra sa žučnom vrećicom i gušterača. „Probavna je cijev čovjeka duga oko osam metara i nastavlja se iz ždrijela u jednjak, želudac, tanko i debelo te, naposljetku, u ravno crijevo. U probavnoj se cijevi hrana kemijski razgrađuje i korisne se tvari resorbiraju, a ostatne se tvari izbacuju izmetom.“[5]

2.1. Debelo crijevo

„Debelo crijevo, *intestinum crassum,* dugačko je oko metar i pol i nastavlja se na tanko crijevo u desnom donjem kraju trbuha u kojem oblikuje okvir što okružuje vijuge tankog crijeva.“[6] Tanko se crijevo otvara u debelo crijevo postrance i ispod tog ulaza u desnom donjem dijelu trbuha (hipogastrij) nastaje crijevna vreća kojom debelo crijevo započinje, a nazvana je slijepo crijevo, *ceacum*. U dnu se slijepog crijeva nastavlja uski zakržljali crvuljak, *appendix vermiformis.* Slijepo crijevo prema gore prelazi u uzlazno obodno crijevo, *colon ascendens,* koje dopire do jetre. Potom obodno crijevo zaokreće na lijevu stranu i seže do pod ošit ulijevo od želuca kao poprečno obodno crijevo, *colon transfersum,* pa se spušta lijevom stranom trbuha silaznim obodnim crijevom, *colon descendes.* Obodno je crijevo prije ulaza u malu zdjelicu savijeno u obliku grčkog slova sigma, pa govorimo o zavojitu crijevu, *colon sigmoideum* i naposljetku završava ravnim crijevom. Ravno crijevo, *rectum,* oblikuje zavoj ispred križne kosti i završava proširenjem, *ampulla recti,* a otvara se prema van čmarom, *anus.* [sl,2.1.1.]„U području čmara postoje dva mišića zapirača, sfinktera, unutarnji oblikuje glatko mišićje koje nije pod voljnim utjecajem, a izvanjski mišić pripada zdjeličnoj pregradi i može se voljno stezati i opuštati.“[6]

Debelo crijevo dijelimo još i na desni i lijevi kolon. Desnom kolonu pripadaju cekum, uzlazno debelo crijevo i dvije trećine poprečnog kolona, a opskrbljuje ga gornja mezenterična arterija. Lijevom kolonu pripadaju, aboralna trećina poprečnog kolona, silazno i sigmoidno debelo crijevo, sve do rektosigmoidnog prijelaza, a opskrbljuje ga donja mezenterična arterija. Debelo je crijevo šire i izvana nabrano. Uzdužno mišićje u stjenci debelog crijeva raspoređeno je u tri snopa pa na izvanjskoj crijevnoj površini nastaju tri uzdužne trake, *tetaniae*. Mišićne su trake kraće nego crijevo pa ga mjestimično nabiru i poprečne ispupčine, *haustra,* između kojih se nalaze brazde. Uzlazno i silazno obodno crijevo učvršćena su uz stražnju trbušnu stjenku, a poprečno i zavojito imaju dug opornjak, pa je njihova gibljivost znatna. Pri tome stezanja kružnog mišićja oblikuju prstene koji nepotpuno odjeljuju odsječke debelog crijeva i pomažu miješanju crijevnog sadržaja koji potpuno potiskuju. U debelom crijevu nalazimo samo sluzne žlijezde i tu se dovršava probava s pomoću enzima koji su ovamo dospjeli zajedno s kašastim sadržajem iz viših crijevnih dijelova uz upijanje,uglavnom vode i elektrolita, premda nema crijevnih resica. Tako preostaju samo zgusnuti otpadni ostaci, koji čine izmet, *faeces,* što se nakuplja u ravnom crijevu i u određenim se vremenskim razmacima, otvaranjem čmarnog mišića zapirača izbacuje kroz čmar, *defecatio.[6]*



2.1.1. Prikaz dijelova debelog crijeva

Izvor:https://www.google.hr/search?q=debelo+crijevo&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIpbHz1u6UyAIVTOkUCh30zwV7#imgrc=3m7oJ1oJJulLqM%3A

3. Klinička slika

„Više od 90% karcinoma kolona čine adenokarcinomi, karcinomi žljezdanog podrijetla. Makroskopski ih dijelimo na ulcerativne, egzofitične, anularne i submukozne. Ulcerativni su najčešći, a tipični su za zavijeni i silazni kolon. Egzofitični (gljivični, polipoidni) najčešće se vide u desnom kolonu, a pogotovo u cekumu.“[1] Ti se tumori šire u lumen crijeva, a najčešće se klinički očituju palpabilnom masom u desnom abdomenu i anemijom. Anularni (scirozni) karcinomi rastu cirkumferentno u crijevnu stjenku, što na irigorafiji izgleda poput ogriska jabuke. Submukozni tip rasta karcinoma kolona rijetko se nalazi.

Rak debelog crijeva može započeti u njegovom početnom dijelu, cekumu, koji se nastavlja na tanko crijevo, u glavnom dijelu debelog crijeva, kolonu, ili u donjem dijelu debelog crijeva, rektumu. „Bolest uglavnom započinje postupno i u većini slučajeva klinički se manifestira znakovima poremećaja crijevne funkcije, kao što su: proljev, zatvor, promjene debljine stolice. Nalazom krvi i/ili sluzi u stolici, općom slabosti, gubitkom tjelesne težine i slabokrvnošću.“[7] Simptomi karcinoma kolona relativno su nekarakteristični, a mogu se podijeliti na subakutne i akutne.

3.1. Subakutni simptomi desnog kolona

„Subakutni simptomi desnog kolona najčešće su posljedica anemije: bljedilo, umor, vrtoglavica i palpitacije.“[3] Iako najčešće nema znakova poremećaja peristaltike, ponekad je u bolesnika sa karcinomom desnog kolona prisutan proljev. Za razliku od lijevog kolona ovdje je tumor moguće često i napipati.

3.2. Subakutni simptomi lijevog kolona

„Subakutni simptomi lijevog kolona uključuju grčevite bolove koji se najčešće pojavljuju u hipogastriju (donjem djelu trbuha).“[3] Karcinomi lijevog kolona često sužavaju lumen crijeva, rano se pojavljuju i znakovi poremećene peristaltike: opstipacija, paradoksalni proljevi i stenozna peristaltika, krv i sluz u stolici. Tumore lijevog kolona nije moguće napipati zbog anatomski dubokog položaja.

3.3. Simptomi karcinoma rektuma

„Simptomi karcinoma rektuma su krvarenje, anemija, promjene u konzistenciji i frekvenciji pražnjenja stolice, anoreksija, gubitak tjelesne težine, mučnina, povraćanje i zamaranje. „Zdjelična bol i tenezmi često su znak uznapredovalog stadija bolesti s invazijom bolesti mišića i živaca dna zdjelice.“[3]

„Na metastatsku bolest sumnju mogu pobuditi bol u gornjem desnom kvadrantu abdomena, temperatura i znojenje ,hepatomegalija, ascites, efuzije i supraklavikularna limfadenopatija.“[3]

3.4. Akutni simptomi

„Akutni simptomi karcinoma kolona i rektuma posljedica su opstrukcije ili perforacije. Opstrukcija povećava rizik smrti od kolorektalnog karcinoma za 1,4 puta. Perforacija rizik smrti povećava za 3,4puta.“[3]

3.5. Klasifikacija

„Napredovanjem bolesti, osim crijevne stjenke bolest zahvaća okolne limfne čvorove, a kasnije se širi i na udaljena područja kao što su: jetra, pluća i kosti. Tad se mogu javiti smetnje koje su odraz zahvaćenosti tih organa (bolovi, lomovi kostiju, zaduha, žutica).“[3] Slika 3.5.1 prikazuje određivanje stadija i planiranje liječenja treba temeljiti na TNM sustavu. TNM klasifikacija: Tis=karcinom in situ; T1=submukoza; T2=muskularis proprija; T3=zahvačenost svih slojeva (za rak rektuma uključuje i perirektalno tkivo); T4=pridruženi organi ili peritoneum. N0= niti jedan; N1= 1-3 regionalna čvora; N2=4 ili više regionalnih čvorova . M0= niti jedna metastaza; M1= prisutne metastaze.[3.5.1.]

STADIJ	TUMOR (maksimalna penetracija)	METASTAZE U REGIONALNE LINFNE ČVOROVE	TUMOR (udaljene metastaze)
0	Tis	N0	M0
I	T1 ili T2	N0	M0
II	T3	N0	M0
III	Bilo koji T ili T4	Bilo koji N ili N0	M0
IV	Bilo koji	Bilo koji N	M1

3.5.1. Stadiji karcinoma debelog crijeva

Izvor: M. Šamija, E. Vrdoljak, Z. Krajina: Klinička onkologija, Zagreb, 2006.

3.6. Rizični čimbenici za nastanak kolorektalnog karcinoma

Genetski čimbenici (obiteljska polipoza, Gardnerov i Turcotov sindrom, Juvenilna polipoza), obiteljski čimbenici (sindrom obiteljskog kolorektalnog karcinoma, sindrom hereditarne adenokarcinomatoze, podatak o karcinomu u obitelji), druge prethodne bolesti kao što su Ulcerozni kolitis, Chronova bolest, zračenje male zdjelice, polipi debelog crijeva, dob iznad 40.godina, prehrana.

3.7. Prevencija raka debelog crijeva

Prevencija zloćudne bolesti može se podijeliti na primarnu i sekundarnu. Primarna prevencija obuhvaća mjere koje sprječavaju nastanak raka i otklanjanje uzročnih faktora maligne bolesti, npr. prehrambene navike. Sekundarna prevencija obuhvaća rano otkrivanje i liječenje premaligniteta te maligne bolesti u najranijoj fazi. U mjere sekundarne prevencije ubraja se probir, screening.

U mjere primarne prevencije ubrajaju se promjena prehrambenih navika, prestanak konzumiranja alkohola, redovita tjelesna aktivnost, redukcija tjelesne težine. Preporuke za provođenje mjera primarne prevencije su: redovita tjelesna aktivnost te održavanje tjelesne mase, jesti 20-30g vlakna na dan, hrana bogata vlaknima djeluje protektivno, smanjiti količinu zasićenih masti u prehrani, jesti crveno meso najviše jednom na tjedan, jesti pet obroka različita voća i povrća na dan, izbjegavati pečenu hranu. U sekundarnu prevenciju spada aktivno traženje oboljelih među asimptomatskim pojedincima i/ili među naizgled zdravom populacijom. Da bi to bilo moguće, potrebno je raspolagati adekvatnim probirnim metodama, definirati rizične skupine koje će biti podvrgnute probiru, raspolagati mogućnostima daljnje dijagnostike te terapije tako otkrivene malignosti. Idealna bi metoda trebala zadovoljavati ove uvjete: da je visoko osjetljiva i visoko specifična,da ima značajnu prognostičku vrijednost, da je primjenjiva na široku populaciju, jednostavna i brza,

da nije štetna,da je prihvatljiva bolesnicima, jeftina, tijek bolesti mora biti poznat, mora postojati dokaz povoljnog učinka ranog otkrivanja bolesti.

„Testiranje stolice na okultno krvarenje svake dvije godine smanjuje smrtnost raka debelog crijeva 20%. Preporučuje se u bolesnika starijih od 50 godina. Ako je test pozitivan provodi se fleksibilna sigmoidoskopija ili kolonoskopija.“[2]

4. Zadaci medicinske sestre u dijagnozi karcinoma debelog crijeva

„Karcinom debelog crijeva može se otkriti na temelju simptoma ili kod osoba bez simptoma tijekom rutinskih pregleda i testova kao što su: test kojim se otkriva krv u stolici FBOT (Fecal Occult Blood Test), digitorektalni pregled, fleksibilna sigmoidoskopija, kolonoskopija, rendgensko snimanje pomoću barijeve kaše.“[2] Kada se karcinom dijagnosticira određuje se stupanj lokalne i udaljene proširenosti bolesti kako bi se pružila odgovarajuća terapija i prognoza. „Trećina raka debelog crijeva može se spriječiti provedbom primarne prevencije, a to su: nepušenje, umjereno pijenje alkohola, kontrola zdravlja, konzumiranje voća i povrća te drugih namirnica sa puno vlakana, izbjegavanje pretilosti i smanjenje konzumiranja masne hrane.“[7] Rak u ranom stadiju ne izaziva nikakve smetnje ni simptome i zbog toga je potrebno provoditi liječničke sistemske preglede „zdravih“ osoba (svih ljudi iznad pedesete godine života, jedanput godišnje), koji uključuju : liječnički pregled, KKS, rutinske biokemijske pretrage, digitorektalni pregled, palpaciju limfnih čvorova. Zadaća medicinske sestre pri dijagnozi i ranom otkrivanju tumora je upoznavanje javnosti sa programom zdravstvenog prosvjećivanja o problemima raka, program je potrebno prilagoditi školskoj djeci i mladeži, odraslima, a posebno bolesnicima i njihovim obiteljima. Medicinska sestra mora usmjerivati na promjene načina života već u najranijoj dobi, a kasnije raznim akcijama tijekom školovanja mora također upoznati populaciju sa mjerama i postupcima u borbi protiv raka (nepušenje, pravilna prehrana, tjelesna aktivnost).

4.1. Vrste preventivnih pregleda

„Jednostavna i jeftina metoda za otkrivanje karcinoma debelog crijeva, ali i većih polipa koji polagano krvare jest test na skriveno, nevidljivo krvarenje. Zbog svoje jednostavnosti i cijene te brze primjene na velikom broju ljudi, danas služi kao

metoda ranog otkrivanja u Nacionalnom programu za rano otkrivanje raka debelog crijeva.“[2] Test je jednostavan, lako se izvodi, a pozitivan je u 50-90% bolesnika, ovisno o mjestu karcinoma i kvaliteti testa. Malu količinu stolice bolesnik stavi u tvornički pripremljeni test, a rezultat očita liječnik.“Najčešće se koristi Hemoccult II. Ako se testiranje izvodi tri dana, vjerojatnost da će test biti pozitivan je veća. Ako je test pozitivan potrebne su daljnje pretrage.“[8]

„Ako liječnik posumnja na karcinom, potreban je pregled završnog dijela debelog crijeva prstom, digitorektalni pregled.“[2] Taj pregled uz test na nevidljivo krvarenje, izvodi liječnik opće prakse. Pregledom se može napipati karcinom ako je nisko postavljen.

Kolonoskopski pregled je metoda izbora jer se gotovo u 100% slučajeva otkrivaju i male promjene u debelom crijevu, a moguće je uzimanje biopsije i uklanjanje polipa. Ako kolonoskopijom nije moguće pregledati cijelo crijevo tada je potreban rendgenski pregled. Ultrazvučni pregled može otkriti metastaze u jetri, a rendgenska slika pluća otkriva metastaze u plućima. Pregled trbuha kompjutoriziranom tomografijom (CT) daje dodatne informacije, kao što su povećanje limfnih čvorova,širenje u okolne ili udaljene organe. Krvne pretrage su u početku uredne. Najčešći nalaz je anemija zbog pomanjkanja željeza. Kasnije,ako se karcinom proširi u jetru, poremećeni su jetreni testovi. „Karcinoembrionalni (CEA) pokazatelj prisutnosti karcinoma debelog crijeva, povišen je u većine bolesnika, ali ne u svih. Obično se nalazi u oko 70% bolesnika sa karcinomom debelog crijeva. Ima veliko značenje u praćenju kirurškog uklanjanja karcinoma i mogućeg nastanka novog karcinoma.“[2]

4.2. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva

Program ranog otkrivanja raka debelog crijeva znatno pridonosi poboljšanju zdravlja populacije jer se preventivnim mjerama otkrivaju zloćudni tumori debelog crijeva u ranom i ograničenom stadiju, u stadiju takozvanih predmalignih lezija ili ranih karcinoma, kad su izgledi za izlječenje veliki. „Programom je obuhvaćena ukupna

ciljna populacija, a svi građani moraju imati jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira, što znači i oni socijalno najugroženiji.“[8] Upute i preporuke za probir (screening) odnose se na populaciju s prosječnim rizikom i bez specifičnih simptoma. Osobe s povećanim rizikom moraju se držati posebnih pravila-početak probira u ranoj dobi ili češći intervali probira. Osobe s već prisutnim simptomima moraju se podvrgnuti uobičajenim dijagnostičkim postupcima.

„Aktivni program traženja raka debelog crijeva može biti djelotvoran u prevenciji razvoja raka debelog crijeva zbog toga što se on najčešće razvija iz prethodno benignih adenoma, a vrijeme prelaska iz benignih u malignu fazu traje od 10 do 35 godina.“[9] Taj vrlo dugotrajan proces omogućuje pravodobno otkrivanje i odstranjenje predmalignih lezija. „Prognoza je još bolja ako se tumor otkrije u posve asimptomatskoj predkarcinomskoj fazi u stupnju adenomatoznog polipa. S obzirom na to da tada najčešće još ne uzrokuje smetnje, više ih se može otkriti aktivnim traženjem, što znači probirom populacije starije od 50 godina. „[9]

„Ciljevi programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva: smanjiti smrtnost od raka za najmanje 15%, obuhvatiti najmanje 60% pozvanih na testiranje, otkriti rak u ranijem stadiju bolesti zbog mogućnosti izlječenja, u što više centara uvesti endoskopsko liječenje ranih karcinoma debelog crijeva mukozektomijomi predmalignih tumorskih promjena (polipa) polipektomijom, standardizirati kirurško i medikamentozno liječenje te indikacije i načine radioterapije.“[8]

5. Načini liječenja karcinoma debelog crijeva

Kod raka debelog crijeva dolazi u obzir jedino kirurško liječenje. Kemoterapija i zračenje može se provesti kao dopunsko liječenje. Vrsta operacijskog zahvata ovisi o lokalizaciji tumora i o tome je li bolesnik ili nije u stanju ileusa. „U bolesnika bez znakova ileusa rade se sljedeći zahvati: desna hemikolektomija, proširena desna hemikolektomija, resekcija transverzalnog kolona, lijeva hemikolektomija, niska prednja resekcija, suptotalna kolekotomija, laporoskopske resekcije kolorektalnog karcinoma.“[1]

Ako bolesnik dolazi sa znacima ileusa, potrebno je najprije omogućiti izlaženje stolice i vjetrova. U tu se svrhu radi tzv. zaobilazna crijevna anastamoza ili kolostomija, ovisno o lokalizaciji tumora. Ako nema metastaza radikalna se resekcija crijeva radi nakon oporavka bolesnika od ileusa i od prve operacije. Cilj primarne kirurške terapije je uklanjanje bolesti iz kolona, područja limfne drenaže i okolnih organa. Iznimno je važno pažljivo planiranje kirurškog liječenja. Najvažniji faktori koji određuju optimalni kirurški zahvat su stadij bolesti, prisutnost sinkronih tumora kolona i postojanje nekog od sindroma kolorektalnog karcinoma. Važno je i opće zdravstveno stanje bolesnika jer su glavni uzroci perioperativne smrti kardiovaskularne i plućne komplikacije.

5.1. Desna hemikolektomija

„Desna hemikolektomija uključuje uklanjanje distalnih 5-8 centimetara ileuma, cekuma, uzlaznog kolona, hepatalne fleksure i poprečnog kolona proksimalno od srednje količne arterije. Indicirana je u bolesnika s tumorom cekuma i uzlaznog kolona.“[1]

5.2. Resekcija transferzalog kolona

„Resekcija trasferzalnog kolona uključuje segmentalnu resekciju poprečnog debelog crijeva. Primjenjuje se kad postoje lezije srednjeg dijela poprečnog kolona, no rijetko se obavlja jer je to najrjeđe sjelo primarnog karcinoma kolona.“[1]

5.3. Lijeva hemikolektomija

„Uključuje uklanjanje transverzalnog kolona, distalno od desne grane srednje količne arterije i descendalnog kolona, te proksimalnu ligaturu i odvajanje lijeve količne arterije ili donje mezenterične arterije.“[1] Ova operacija može se prilagođavati lokaciji samoga tumora.

5.4. Niska prednja resekcija

„Ovaj zahvat uključuje resekciju sigme te zahvaćenog rektuma i podvez gornjih rektalnih krvnih žila na njihovim izlazištima. Lijenalna fleksura se redovito mobilizira, arekonstrukcija se obavlja uporabom silaznog kolona“.[1]

5.5. Subtotalna kolekotomija

„Uključuje uklanjanje cijelog kolona do rektuma s ileorektalnom anastamozom. Indicirana je kod multiplih sinkronih tumora kolona koji nisu u istoj anatomskoj regiji, u odabranih bolesnika sa obiteljskom adenomatozom polipozom uz minimalno zahvaćenost rektuma.“[1]

5.6. Laparoskopske resekcije kolorektalnog karcinoma

Laporoskopska kirurgija privlačna je zbog minimalne invazivnosti, brzog oporavka, bolje kvalitete života i manjih troškova liječenja. Iako su se laparoskopske tehnike potvrdile učinkovitost u karcinomu kolona, uporaba u karcinomu rektuma još nije definirana. „Karcinomi s perforacijom, opstrukcijom ili invazijom okoline, retroperitoneja ili trbušne stjenkene operiraju se laparoskopski.“[1]

5.7. Kemoterapija, radioterapija i biološka terapija

Kirurški se pristup, s različitim vremenskim otklonom, može kombinirati s drugim načinima liječenja. „Kemoterapija ili radioterapija mogu se ordinirati prije kirurškog zahvata, najčešće radi smanjenja tumorske mase i olakšavanja kirurškog otklanjanja tumora. Još je češća primjena ovih modaliteta liječenja nakon kirurškog zahvata radi povećanja radikalnosti zahvata, odnosno eliminacije subkliničkih mikrometastaza u trenutku operacije.“[4] Kemoterapija je uporaba lijekova protiv stanica karcinoma, može se uzeti preko usta, venskim putem ili injekcijom u mišić. Sva tri oblika predstavljaju sustavnu terapiju jer lijek ulazi u krv i djeluje u cijelom organizmu. Radioterapija je uporaba zračenja za ubijanje tumorskih stanica ili smanjenje tumorske mase. Razlikuje se vanjsko zračenje, uporaba aparata izvan tijela i unutarnje zračenje, postavljanje izvora zračenja radioizotopa u tjelesne šupljine putem plastičnih cjevčica. Karcinom debelog crijeva može se liječiti vanjskim zračenjem. „Biološka terapija je liječenje kojim se stimulira imunološki sustav u borbi protiv karcinoma. Tjelesni ili laboratorijski proizvodi koriste se za pojačanje, usmjeravanje ili obnavljanje tjelesnih obrambenih mehanizama. Biološka se terapija ponekad naziva modifikator biološkog odgovora ili imunoterapija.“[3] U posljednje vrijeme biološka se terapija intenzivno istražuje.

5.8. Preživljenje bolesnika

Zahvaćenost limfnih čvorova osnovni je čimbenik koji određuje petogodišnje preživljenje. U bolesnika sa stadijem N0 i tumorom stadija T1ili T2, petogodišnje preživljenje iznosi 90%,a u bolesnika sa stadijem T3,80%. U bolesnika s pozitivnim limfnim čvorovima petogodišnje preživljenje varira od 74% za stadij N1, do 51% za stadij N2. Veće preživljenje povezano je i s većim brojem pregledanih (uklonjenih) limfnih čvorova. Drugi faktori koji utječu na prognozu su gradus tumora, perforacija crijeva i opstrukcija. „Bolesnici sa inoperabilnom metastatskom bolešću imaju petogodišnje preživljenje od 8%.“[2]

6. Prijeoperacijska priprema bolesnika

Svrha prijeoperacijske pripreme je osigurati bolesniku najbolju moguću fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat. Bolesnika treba pripremiti psihički i fizički.

Zdravstvena je njega u prijeoperativnoj pripremi usmjerena na: smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti, uklanjanje i/ili smanjenje tjelesnih simptoma, usvajanje poželjnog ponašanja, provođenje preventivnih vježbi za sprječavanje komplikacija, kao što su vježbe disanja, iskašljavanja, vježbe ekstremiteta, smanjenje bakterijske flore, sprječavanje nastanka infekcije.

6.1 Psihološka priprema bolesnika

„Psihološka priprema bolesnika provodi se od trenutka kada saznaje za potrebu liječenje kirurškim putem sve do ulaska u operacijsku salu.“[10] Psihološku pripremu započinje kirurg koji je postavio indikaciju za kirurško liječenje. Kirurg će bolesniku i njegovoj obitelji objasniti potrebu, važnost i korisnost kirurškog zahvata. Dolaskom u bolnicu sama uspostava pozitivnih odnosa između bolesnika i medicinskog osoblja, smanjit će tjeskobu i potištenost kod bolesnika i poboljšat će međusobnu suradnju. Individualne potrebe bolesnika uvjetuju tko će sve sudjelovati u pripremi za operacijski zahvat, to mogu biti liječnici, medicinske sestre/tehničari, zdravstveno-laboratorijski tehničari, nutricionisti, psiholog, svećenik. Pomoć članova obitelji i drugih bliskih osoba vrlo je važna, pa i njih treba uključiti u rad s bolesnikom. Uspostavljanjem pozitivnih odnosa između medicinske sestre i bolesnika postiže se povjerenje koje će uvelike pomoći bolesniku tijekom boravka u bolnici. Pri dolasku u bolnicu u bolesnika su prisutni različiti osjećaji kao što su strah od neizvjesnosti ishoda liječenja, uspješnosti kirurškog zahvata, zabrinutost, potištenost, strah od anestezije, buđenja tokom operacije pod općom anestezijom,

strah od intenziteta boli nakon operacije, strah od vlastitog izgleda, bespomoćnosti, strah od smrti.

Intervencije medicinske sestre usmjerene su na:

- bolesniku pokazati bolesničku sobu i prostorije koje bi mu mogle zatrebati,
- odvojiti dovoljno vremena za razgovor,
- tretirati ga s punim poštovanjem,
- uvažavati ga kao osobu i na isti način se odnositi prema obitelji.

Potrebno je uključiti bolesnika u planiranje i provođenje zdravstvene njege, uputiti u svrhu i važnost određenog postupka, pružiti informacije o predstojećem zahvatu, ali samo onoliko koliko smo ovlašteni, te pružiti emocionalnu podršku.

Osnovno načelo prijeoperacijske pripreme je informiranje bolesnika o njegovoj bolesti, predstojećoj operaciji, postupcima koji će se primjenjivati. Procjena sposobnosti usvajanja znanja važna je za razinu obavijesti koju ćemo prenijeti bolesniku. Informirani pacijenti zadovoljni su, imaju manje dvojbi i strahova, znaju kako mogu i sami olakšati situaciju. Informacije usmjerene bolesniku moraju biti razumljive, korisne, dovoljno detaljne, jednostavne, potrebne su i pisane upute pojačane verbalnim informacijama. Nedostatna komunikacija najčešći je razlog nezadovoljstva bolesnika.

Komunikacija s bolesnikom služi umanjivanju intenziteta negativnih emocionalnih stanja, kroz psihosomatske mehanizme djeluje na tijek organske bolesti, dobrom komunikacijom se postižu dobri terapijski učinci u liječenju organskih bolesti. Informiranje bolesnika potiče aktivno uključivanje u vlastito liječenje, daje osjećaj kontrole nad situacijom i stanjem koje je narušeno bolešću, aktivira, ohrabruje, motivira povjerenje bolesnika u ozdravljenje i oporavak, što utječe na uspješan ishod liječenja.

6.2. Fizička priprema bolesnika

Fizička priprema bolesnika za operacijski zahvat obuhvaća pretrage vezane uz bolest i rutinske pretrage za kirurški zahvat. Rutinske pretrage su hematološke pretrage krvi (KKS, SE eritrocita), biokemijske pretrage krvi (glukoza, kalij, natrij, kreatinin, urea, bilirubin uk..), KG i Rh faktor, EKG, RTG srca, pluća, mišljenje kardiologa, anesteziologa.

Pretrage vezane uz bolest su digitorektlni pregled, pregled stolice na benzedin, endoskopske pretrage + PHD, irigografija, markeri na karcinom-CEA, CT ili UZV abdomena.

Fizička priprema obuhvaća :

- osobnu higijenu,
- prehranu hranom s malom količinom ostataka (fekalnog sadržaja u crijevu),
- tekuća dijeta dva dana prije operacije,
- nadoknada tekućine i elektrolita, krvi, proteina, vitamina kad postoje znakovi dehidracije, anemije, hipoproteinemije,
- pripremu probavnog trakta, nekoliko dana prije operacije bolesniku se daju laksativi, Colocleans® sirup, smanjenje bakterijske flore u crijevima davanjem antibiotika širokog spektra,
- sprečavanje posljeoperacijskih komplikacija, sprečavanje embolije.

Prehrana bolesnika prije operacije uvjetovana je stanjem bolesnika i indikacijom,vrstom i mjestom kirurškog zahvata, stanjem uhranjenosti. Medicinska sestra prikuplja podatke o navikama u vezi prehrane, stupnju samostalnosti pri prehrani, upućuje bolesnika o važnosti uzdržavanja od uzimanja hrane na usta prije i nakon operacije. “Upućeni će bolesnici lakše prihvatiti neuzimanje hrane i tekućine na usta. Hipoalbuminemija je velik problem kod neuhranjenih osoba jer rana teško zarasta. Dehidracija se mora izbjeći.“ [10]

„Neposredna prijeoperacijska priprema, sastoji se od lagane dijete, 1-2 dana, potaknuti pražnjenje crijeva hranom bogatom vlaknima, najčešće 8-10 sati prije

operativnog zahvata ništa na usta, razlog tome je aspiracija želučanog sadržaja, koja nosi smrtnost 60-70%. Kod dehidriranih bolesnika provodi se i.v. nadoknada tekućine. Kod pothranjenih bolesnika povećava se kalorijska naknada.“[10]

6.3. Prijeoperacijska priprema bolesnika dan prije operacije

Prijeoperacijska priprema dan prije operacije usmjerena je na procjenu zdravstvenog i emocionalnog stanja, pružanju psihološke podrške,anesteziološki pregled, osobnu higijenu.

Na dan prije operacije bolesnik pere cijelo tijelo sa 25ml otopine antiseptika, ispere se vodom te postupak ponovi s još 25 ml otopine, sada uključujući i kupanje i pranje kose, ponovo se ispere vodom i osuši ručnikom, taj postupak treba ponoviti i na sam dan operacije. Nepokretni bolesnici peru se standardnom tehnikom pranja u krevetu. Priprema probavnog trakta kod operacija na crijevima traje 2 dana, sastoji se od čišćenja crijeva klizmom ili Colocleans® sirup + tekućina za čišćenje (prašak otopljen u litri vode + 3-4 litre vode- individualno), 20% Manit. Daje se tekuća dijeta te antibiotik. Cilj je smanjenje broja bakterija u crijevima, reduciranje intestinalne flore, prevencija defekacije kod relaksacije/anestezije, prevencija nehotičnih kirurških trauma za vrijeme operativnog zahvata.

Prijeoperacijska priprema dan prije operacije obuhvaća kontrolu vitalnih funkcija te bilježenje istih, pratiti svako odstupanje od normalnih vrijednosti, kontrola krvnih nalaza prema odredbi liječnika. Prevencija duboke venske tromboze davanjem nisko molekularnog heparina, te primjena barbiturata za umirenje bolesnika.

6.4. Prijeoperacijska priprema bolesnika na dan operacije

Prijeoperacijska priprema na dan operacije važan je čimbenik za uspješnost kirurškog zahvata, smirena sredina ima važnu ulog koja bolesniku daje osjećaj sigurnosti, žurba je loš pratilac pripreme.

Priprema obuhvaća:

- psihološku podršku,
- osobnu higijenu
- pripremu operativnog polja,
- prevenciju duboke venske tromboze, antibiotsku zaštitu,
- kontrolu dokumentacije,
- provjeru vitalnih znakova.

Osobna higijena provodi se uz kontrolu pokretnog bolesnika, pružanje pomoći polupokretnom bolesniku ili njegu nepokretnog bolesnika. Tuširanje bolesnika je uvijek bolje od kupanja. Pere se cijelo tijelo sa 25 ml otopine antiseptika, ispere se vodom te se postupak ponovi sa još 25 ml otopine uključujući i pranje kose. Posebno treba dezinficijensom oprati područje operativnog polja i dijelove tijela gdje se razmnožava više mikroorganizama kao što su axilarna regija, područje iza ušiju, glutealna regija, ponovo se ispere vodom i osuši. Važna je i higijena usne šupljine jer je zbog uvođenja tubusa moguće izazvati infekciju donjih dišnih puteva. Okupanog bolesnika smjestimo u čisti krevet. Sa bolesnika potrebno je poskidati sva dodatna pomagala koja posjeduje, kao što su leće, nakit, umjetno zubalo. Ukoliko je potrebno uvodi se kateter.

Priprema operativnog polja se sastoji i od brijanja, brije se na dan operacije, 15-20 cm u širinu ovisno o vrsti operativnog zahvata, bez žurbe kako ne bi došlo do oštećenja kože i prodora mikroorganizama u tijelo. Koristi se jednokratan pribor za brijanje. Ne smije se depilirati jer bi mogla nastati alergijska reakcija ili crvenilo. Mora se voditi briga o bolesnikovoj stidljivosti, čuvanje intime bolesnika.

Kontrola tlaka, disanja, pulsa i temperature je važna i ukoliko neka od funkcija nije u redu, potrebno je obavijestiti anesteziologa ili operatera. Sve vitalne funkcije bilježe se u dokumentaciju.

Daje se niskomolekularni heparin, na noge stavljamo elastične čarape za sprječavanje duboke venske tromboze.

Neposredno prije transporta daje se premedikacija. Premedikacija je medikamentozna priprema za anesteziju i operaciju, ordinira je anesteziolog. Svrhe davanja premedikacije su da osigurava bolesniku određeni stupanj sedacije, smanjuje uzbuđenost, strah prije operacije, smanjuje sekreciju sline i znoja, smanjuje bol i reflekse kolinergičkih živaca. Premedikacija per os ili i.m. daje se 45 minuta prije operativnog zahvata, a i.v. u operacijskoj sali. Prije primjene premedikacije treba provjeriti je li bolesnik na tašte, uputiti pacijenta da isprazni mokraćni mjehur. Na premedikacijski list upiše se točno vrijeme davanja premedikacije i potpis osobe koja je dala premedikaciju. Bolesnik ostaje ležati u krevetu pod nadzorom medicinske sestre zbog moguće reakcije na lijekove, vrtoglavice. Ako se za neki operacijski zahvat ne zna dužina trajanja, premedikacija se daje na poziv anesteziologa iz sale „on call“.

Moramo voditi računa da bolesnik prilikom transporta u operacijsku salu ima sa sobom svu potrebnu dokumentaciju, povijest bolesti, nalaze, temperaturnu listu. Osoblje u operacijskoj dvorani, sobi za buđenje, te na odjelu intenzivne skrbi, trebat će potpune podatke za provjeru i provođenje zdravstvene njege.

Medicinska sestra koja skrbi za bolesnika i koja ga je pripremila za operaciju, prati bolesnika do operacijske sale. Predaje bolesnika i dokumentaciju med. sestri/tehničaru na „rampi“ ili sobi za pripremu. Bolesnik mora biti svjestan primopredaje i osjetiti da ga se očekuje, čime se smanjuje strah i nelagoda. Bolesnici koji se psihološki i fizički pripreme, bolje podnose kirurški zahvat i bolove, oporavljaju se brže, rjeđe imaju komplikacije, hospitalizacija se skraćuje.

6.5. Sestrinske dijagnoze u prijeoperacijskom periodu

„Sestrinske dijagnoze možemo definirati kao kliničku prosudbu onoga što su pojedinac, obitelj ili zajednica pružili kao odgovor na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme/životne procese. One osiguravaju bazu za izbor intervencija čije će provođenje u konačnici dovesti do postignuća cilja koji smo si zadali. Sestrinske su dijagnoze ključ za uspješnu,na dokazima utemeljenu i profesionalno vođenu zdravstvenu njegu kojoj je cilj što učinkovitije zadovoljiti sve bolesnikove potrebe.“[12]

6.5.1. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti

„Anksioznost je neugodan osjećaj nelagode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.“[13]

Prikupljanje podataka: kroz razgovor od pacijenta i obitelji saznati prethodna suočavanja sa sličnim situacijama, procijeniti pacijentove metode suočavanja s anksioznošću i stresom, procijeniti stupanj anksioznosti pacijenta (simptomi mogu biti od smanjene komunikacije do napada panike).

Kritični čimbenici: promjena okoline i rutine, osjećaj izoliranosti, prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti, dijagnostički i medicinski postupci, strah od smrti.

Vodeća obilježja: smanjena komunikativnost, otežan san, glavobolja, osjećaj bespomoćnosti, verbalizacija straha i napetosti, otežano suočavanje sa problemom, hipertenzija, tahikartija, tahipneja.

Ciljevi: pacijent će prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti, pacijent će se pozitivno suočiti sa anksioznošću.

Intervencije:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos,
- pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja,
- stvoriti osjećaj sigurnosti,
- biti uz pacijenta,
- stvoriti osjećaj povjerenja,
- pacijenta upoznati sa okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima,
- informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima,
- poučiti postupcima koji će se provoditi,
- koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju,
- osigurati mirnu i tihu okolinu,
- omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka,
- potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kao osjeti anksioznost, potaknuti ga da izrazi osjećaje,
- izbjegavati površnu potporu, tješenje, žaljenje.

Evaluacija: pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih, pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti, pacijent se pozitivno suočava sa anksioznosti.

6.5.2. Neupućenost

„Neupućenost je nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.“ [12]

Prikupljanje podataka: prikupiti podatke o dobi pacijenta, prikupiti podatke o životnim navikama i stilu života, procijeniti razinu znanja pacijenta, prikupiti podatke o kognitivno perceptivnim funkcijama.

Kritični čimbenici: nedostatak iskustva, nepoznavanje izvora točnih informacija, pogrešna interpretacija informacija, kognitivno perceptivna ograničenja.

Vodeća obilježja: nepostojanje specifičnih znanja, netočno izvođenje određene vještine.

Ciljevi: pacijent će verbalizirati specifična znanja, obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentu.

Intervencije:

- poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina,
- prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima,
- podučiti pacijenta specifičnom znanju,
- osigurati pomagala tijekom edukacije,
- poticati pacijenta da postavlja pitanja, da verbalizira osjećaje,
- pohvaliti bolesnika za usvojena znanja.

Evaluacija: pacijent verbalizira specifična znanja, obitelj aktivno sudjeluje u skrbi i pruža podršku, pacijent je usvojio specifična znanja.

6.5.3. Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane

„Pothranjenost je stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutrijenata.“[12]

Prikupljanje podataka: prikupiti podatke o prehrambenim navikama, tjelesnoj težini, procijeniti BMI, procijeniti stanje sluznica, turgor kože, prikupiti podatke o emocionalnim, socijalnim i genetskim čimbenicima, o bolestima.

Kritični čimbenici: umanjen apetit, životni stil, povraćanje i proljevi, napetost, osamljenost, tuga, socijalna izolacija, bolesti probanog sustava.

Vodeća obilježja: slabost, smanjen interes za hranom, tjelesna težina manja za 20% ili više od idealne, dokumentiran nedovoljan kalorijski unos, smanjeni albumini u serumu.

Ciljevi: izraditi plan prehrane, nadzirati unos i iznos tekućina, objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine određenih kalorijskih vrijednosti, pacijent neće gubiti na težini, pacijent će postupno dobivati na težini.

Intervencije:

- nadzirati unos i iznos tekućina
- poticati na konzumiranje manjih, a češćih obroka
- osigurati dovoljno vremena za obrok
- dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka
- osigurati pacijentu namirnice koje voli
- osigurati hranu pripremljenu sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja
- poticati ga da vodi dnevnik prehrane
- pomoći pacijentu pri konzumiranju hrane ukoliko je samozbrinjavanje hranjenje ograničeno

Evaluacija: pacijent ne gubi na težini, pacijent postupno dobiva na težini, nutritivne potreba pacijenta su zadovoljene.

7. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je što prije postići stanje u kojem će bolesnik samostalno zadovoljavati svoje potrebe.

Nakon operacije bolesnik se odvozi u sobu za buđenje, koja se nalazi u operacijskom bloku. Soba za buđenje opremljena je aparatima i uređajima za praćenje svih funkcija koje su u tijeku operacije bile djelomično isključene ili otežane (podržavane/kontrolirane) -disanje, rad srca, svijest, sve dok se ponovno ne uspostave i dok se stanje ne stabilizira. Intervencije medicinske sestre u sobi za buđenje su kontinuirano praćenje bolesnikova stanja radi održavanja i uspostavljanja svih funkcija te primjena terapije i odgovarajuće njege, kao i pružanje pomoći bolesniku u slučaju komplikacija. Bolesnik operiran u općoj anesteziji, ostaje u sobi za buđenje do potpuna buđenja iz anestezije, vraćanja pune svijesti i stabilizacije vitalnih funkcija. Zatim se kod većeg zahvata odvozi u jedinicu intenzivne skrbi.

Zdravstvena je njega bolesnika u ranom poslijeoperacijskom tijeku usmjerena na praćenje bolesnikovog stanja, otklanjanje i/ili smanjenje tjelesnih simptoma i prepoznavanje komplikacija. Medicinske sestre planiraju i provode sestrinske intervencije.

Za povratak bolesnika iz operacijske dvorane ili sobe za buđenje mora biti pripremljen pribor koji mora biti uz bolesnikov krevet (aspirator, pripor za primjenu kisika, tlakomjer, pribor za primjenu lijekova, ostali pribor prema potrebi), moraju se osigurati povoljni mikroklimatski uvjeti, odgovarajuća vlažnost zraka olakšava disanje, smanjuje nadražaj sluznica.

Intervencije medicinske sestre usmjerene su na :

- osigurati mir bolesniku,
- provjeriti bolesnikov identitet,

- staviti bolesnika u odgovarajući položaj, Fowlerov, povišeni položaj omogućuje lakše iskašljavanje i bolju ventilaciju pluća, olakšava drenažu krvi i seruma iz rane, smanjuje se napetost trbušnog mišićja, a time i bol.
- promatrati i mjeriti vanjski izgled, puls, RR, disanje svakih 15 minuta prva 3 sata, a zatim svakih 30 minuta, zbog uočavanja promjena, prepoznavanja krvarenja (ubrzan, jedva pipljiv puls, pad krvnog tlaka), prepoznavanje posljeoperacijskih poteškoća (mučnina, povraćanje, bol)
- mjeriti diurezu, zbog mogućnosti retencije urina,bolesnik ima trajni kateter
- aspirirati želučani sadržaj, kontrola nazogastrične sonde, time smanjujemo mogućnost povraćanja, aspiracije i distenzije, sonda se vadi kada se uspostavi peristaltika
- kontrolirati drenažu operativnog polja, mjeriti i bilježiti količinu i izgled drenažnog sadržaja, zbog mogućnosti krvarenja ili pritisnutog drena, kontrola rane, zavoja, zbog mogućnosti krvarenja
- regulirati stolicu bolesniku, primjenjivati parafinsko ulje kada se bolesniku daje kašasta hrana, drugi laksativi prema odredbi liječnika nakon 6-7 dana
- dati ®prostagmin prvog posljeoperacijskog dana i/ili uvesti gumenu cijev u rektum prema liječničkoj odredbi, potiče peristaltiku, osigurati prolazak vjetrova, smanjuje napetost crijeva. Ne daje se klizma, zabranjeno je primjenjivanje 6-7 dana, obavezno označiti na temperaturnoj listi
- provoditi osobnu higijenu te njegu usne šupljine, bolesnik se ne može sam brinuti o sebi, njega kože i sluznice sprječava oštećenja i infekciju
- poticati bolesnika na vježbe duboka disanja i iskašljavanja; pomoć pri iskašljavanju, vježbe ekstremiteta, provođenjem vježbi poboljšava se ventilacija pluća, preveniraju se respiratorne komplikacije i tromboembolija,
- osigurati bolesniku pravilnu prehranu.

„Osigurati bolesniku pravilnu prehranu, parenteralna prehrana 48 sati, dok se ne uspostavi peristaltika, treći je dan bolesnik na parenteralnoj prehrani i oprezno, postupno daje mu se čaj žlicom, prateći njegovo stanje. Četvrti je dan na tekućoj dijeti i oprezno mu se daje kašasta hrana.“[10] Do četrnaestog dana bolesnik je na kašastoj dijeti koja ne nadima i ne izaziva opstipaciju. Prije odlaska iz bolnice

bolesniku se preporučuje uzimati hranu koja ne nadima i koja održava stolicu (individualizirana dijeta).

Medicinska sestra će osigurati nadoknadu tekućine i elektrolita, kontrolirati omjer primljene i izlučene tekućine. Poticati bolesnika na ustajanje, pomoći mu pri ustajanju, prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja. Kontrolirati primjenu terapije, primjenjivati ordiniranu terapiju. Njega kolostome, toaleta i sprečavanje komplikacija. Sprječavati infekciju operacijskog polja, pri previjanju rane, vađenju drena, moraju se poštivati sva pravila asepse, zbog mogućnosti nastanka infekcije.

7.1. Poslijeoperacijske poteškoće te intervencije medicinske sestre u prevenciji istih

Poslijeoperacijske poteškoće su: mučnina i povraćanje, bol, žeđ, štucavica, napuhanost, problemi sa stolicom i mokrenjem, javljau se u mnogih bolesnika nakon operacije. „One su posljedica djelovanja anestetika i lijekova (npr.mučnina i povraćanje, abdominalna distenzija), prestanak djelovanja anestetika (bol), bolesnikove neaktivnosti (poteškoće sa stolicom), promjena u uzimanju tekućine i hrane (žeđa, poteškoće sa mokrenjem, ali i drugih duševnih i tjelesnih poteškoća u prilagodbi na novo stanje (mokrenje i defekacija u bolesničkoj sobi ili krevetu).“[10] Zdravstvena je njega operiranih bolesnika usmjerena na prepoznavanje poslijeoperacijsih teškoća te njihovo umanjivanje i/ili otklanjanje.

7.2. Poslijeoperacijske komplikacije te intervencije medicinske sestre

Poslijeoperacijske su komplikacije opasnost za sve operirane bolesnike. One mogu produžiti bolesnikov oporavak nakon operacije,ali su i opasnost za uspješnost kirurškog zahvata. Zdravstvena je njega bolesnika u poslijeoperacijskom tijeku

usmjerena na sprječavanje i prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija, te provedbu intervencija iz djelokruga rada medicinske sestre.

„Medicinska sestra će trajno promatrati bolesnika, svijest, ponašanje, izgled, mjeriti vitalne znakove, puls, disanje, krvni tlak, pratiti izlučivanje i izlučine, drenažu i drenažni sadržaj, zavoj, te sve vrijednosti bilježiti u listu njege.„[10] Sustavno i kontinuirano prikupljeni podaci o bolesnikovom zdravstvenom stanju moraju biti evidentirani, dostupni i razumljivi. Oni će nam omogućiti praćenje bolesnika i pravodobno uočavanje znakova i simptoma koji upućuju na poslijeoperacijske komplikacije.

7.3.Sestrinske dijagnoze u poslijeoperacijskom periodu

„Cilj sestrinskih dijagnoza u poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi je što učinkovitije zadovoljavanje svih bolesnikovih potreba.“[12]

7.3.1. Bol u/s operacijskim zahvatom

Prikupljanje podataka: procjeniti jačinu skalom boli, prikupiti podatke o trajanju i širenju boli, o vitalnim funkcijama, prikupiti podatke o prijašnjim načinima ublažavanja boli.

Kritični čimbenici: poslijeoperacijski period, terapijski postupci, bolesti organskih sustava, rehabilitacija.

Vodeća obilježja: bolan izraz lica, blijeda koža, izražavanje negodovanja, pacijentova izjava o postojanju boli, jačini i lokalizaciji, povećan krvni tlak, puls, broj respiracija.

Ciljevi: pacijent će na skali boli prikazati nižu razinu boli, pacijent će znati načine ublažavanja boli, pacijent će prepoznati učinke koji utječu na jačinu boli.

Intervencije:

- ohrabriti pacijenta,
- razgovarati sa pacijentom,
- odvraćanje pažnje od boli,
- prepoznati znakove boli,
- izmjeriti vitalne funkcije,
- ublažiti bol,
- objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga ne mijenja,
- podučiti pacijenta tehnikama opuštanja,
- obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli,
- primijeniti farmakološku terapiju prema liječničkoj odredbi,
- dokumentirati pacijentove promjene boli,
- ponovo procijeniti bol.

Evaluacija: pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu boli od početne, pacijent zna nabrojiti uzroke boli, pacijent zna načine ublažavanja boli, pacijent ne osjeća bol.

7.3.2. Visok rizik za infekciju

Prikupljanje podataka: učiniti fizikalni pregled i procijeniti stanje rane, kirurške incizije-izgled, sekreciju, crvenilo, edem, bol, izmjeriti vitalne znakove, procijeniti stanje svijesti, prikupiti podatke o razini pokretljivosti, prikupiti podatke o mogućim izvorima infekcije, procijeniti druge faktore rizika: urinarni kateter, i.v.kanila, dren, stoma.

Kritični čimbenici: postojanje ulaznog mjesta za infekciju: kirurški zahvat, intravenski kateter, urinarni kateter, stoma, kontakt s infektivnim tvarima/materijalima, nedostatak znanja o prijenosu infekcija.

Ciljevi: tijekom hospitalizacije neće biti simptoma ni zakova infekcije, pacijent će usvojiti znakove i simptome infekcije.

Intervencije:

- mjeriti vitalne znakove,
- pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvještavati o njima,
- pratiti izgled izlučevina,
- pridržavati se mjera asepse pri previjanju rane,
- provoditi higijenu,
- njegu stome provoditi prema standardu,
- zbrinuti infektivni materijal,
- održavati setove i instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri,
- održavati optimalne mikroklimatske uvjete,
- primijeniti antibiotsku profilaksu prema odredbi liječnika,
- educirati pacijenta o čimbenicima rizika za infekciju, načinima prijenosa infekcije, mjerama prevencije, ranim simptomima i znakovima infekcije.

Evaluacija: tijekom hospitalizacije nije došlo do znakova infekcije, pacijent zna nabrojiti simptome infekcije i čimbenike rizika za nastanak infekcije.

7.3.3. Smanjena mogućnost brige za sebe u/s operativnim zahvatom

Prikupljanje podataka: procijeniti stupanj samostalnosti, uporabu pomagala pri oblačenju, obavljanu eliminacije, provođenju osobne higijene, hranjenja, prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti pacijenta, prikupiti podatke o postojanju boli, prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.

Kritični čimbenici: dob pacijenta, bolesti i traume, neurološke bolesti, dijagnostičko-terapijski postupci, poremećaj svijesti, bol, smanjeno podnošenje napora, ordinirano mirovanje.

Vodeća obilježja: nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja, dotjerivanja, nemogućnost samostalnog odlaska/dolaska do toaleta, nemogućnost samostalnog pranja određenog dijela tijela, nemogućnost samostalnog hranjenja.

Ciljevi: pacijent će bez nelagode tražiti pomoć, pacijent će povećati stupanj samostalnosti, pacijent će znati koristiti adaptivni pribor za obavljanje potreba, pacijent će razumjeti uzroke koji su doveli do problema, pacijent će prihvatiti pomoć druge osobe.

Intervencije:

- napraviti plan izvođenja aktivnosti,
- pomoći pacijentu pri zadovoljavanju osnovnih potreba,
- osigurati mu dovoljno vremena,
- osigurati privatnost,
- poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem,
- biti uz pacijenta.

Evaluacija: pacijent izvodi aktivnosti primjereno stupnju samostalnosti, iskazuje zadovoljstvo postignutim, pacijent primjenjuje pribor i pomagala koja povećavaju stupanj njegove samostalnosti, pacijent prihvaća pomoć, pacijent sudjeluje u izvođenju intervencija.

8. Edukacija bolesnika i život sa kolostomom

„Kolostoma nastaje kada se zdravo debelo crijevo izvede na površinu trbušne stjenke, učvrsti se šavovima, te predstavlja novi izlaz stolice, fecesa, na taj način zaobilazi se anus, a probavni sustav i dalje normalno funkcionira.“[13] Kolonostomija (anus praeternaturalis) je privremeni ili stalni otvor na kolonu. Izvodi se s ciljem privremena isključenja crijeva iz pasaže (do oporavka oboljelog dijela crijeva) ili kao trajni otvor radi odvođenja stolice i plinova. Važno je da stoma bude dobro postavljena, bolesniku dostupna pogledom i dodirom. Razlikujemo dvije vrste kolostome, dvocijevni i jednocijevni.

Dvocijevni anus praeternaturalis, ima dva otvora, aktivni otvor kroz koji se crijevo prazni i neaktivni otvor koji se nalazi bliže tumoru i vodi prema rektumu.

Jednocijevni anus praeternaturalis ima samo aktivan otvor jer je donji dio debelog crijeva operacijski odstranjen.

Kolostomu na lijevoj strani kolona i sigme je lakše regulirati jer je stolica formirana, kolostoma na desnoj strani kolona rjeđe se može uravnotežiti jer je stolica tekuća ili vrlo mekana. „Zadaća sestre usmjerena je na prepoznavanje komplikacija (nekroze, strikture, prolapsa, parastomalne hernije, dermatitisa, maceracije kože), praćenje sadržaja, njega okoline stome - očuvanje intergriteta kože, sprječavanje infekcije, osiguranje pravilne prehrane, pomoć bolesniku pri obavljanju fizioloških potreba, psihološka podrška, edukacije pacjenta.“[2]

Njegom stome provodi se očuvanje integriteta kože,okolice stome. Okolica stome pere se mlakom vodom i neutralnim sapunom, posuši se koža, depiliraju se dlake oko stome, stavlja se zaštita za kožu, Orahesiv® puder, Stomahesiv® pasta, imaju zaštitnu i prehrambenu funkciju. Nakon toga oblikuje se otvor vrećice ili podloge prema otvoru stome kako bi rubovi podloge prilijegali na rub stome, odlijepi se zaštitni papir te se zalijepi vrećica. Skidanje pomagala, odvojimo vrećicu od podloge od gore prema dolje kako sadržaj u vrećici ne bi iscurio. Podlogu treba ostaviti (5-6 dana), okolinu crijeva i crijevo očistiti te staviti novu vrećicu. „Danas su bolesnicima

sa stomom na raspolaganju razna pomagala, vrećice sa stomahesivnim podlogama prilagođene tipu stome, stomahesiv paste, puderi, vlažne maramice, remen za pridržavanje vrećice, trbušni pojas. Pomagala za stomu moraju dobro prijanjati na kožu, moraju biti nepropusna i dovoljno velika za crijevni sadržaj, podnošljiva za kožu (ne smiju izazivati alergijsku reakciju), da dopuštaju tjelesne, profesionalne i športske aktivnosti, da nisu vidljiva ispod odjeće."[10]

8.1. Zdravstveni odgoj bolesnika za život sa kolostomom

Zdravstveni odgoj bolesnika koji će imati kolostomu počinje njegovom psihološkom pripremom za operacju. O uspješnosti psihološke pripreme uvelike ovisi prihvaćanje načina života sa stomom.

Bolesniku i njegovoj obitelji treba objasniti važnost kirurškog zahvata i uputiti ih u promjene koje će nastati nakon operacije. Nakon operacije bolesnik mora, što prije, ovisno o svojim fizičkim i psihološkim sposobnostima, prihvatiti i usvojiti postupke koje će raditi cijeli život ili za vrijeme oporavka oboljelog dijela crijeva. Kada bolesnik nije u mogućnosti skrbiti se sam o sebi, u edukaciju moramo uključiti obitelj. Za vrijeme boravka u bolnici bolesnika je potrebno postupno upoznavati i uključivati u izvođenje postupaka koje će učiniti sam. Bolesnik sa kolostomom ili članovi obitelji prije otpusta iz bolnice moraju naučiti postupke održavanja okolice stome prema svim pravilima asepse, primijeniti pomagala za stomu, održavati čistoću svoje okolice.

Edukacija bolesnika o njezi stome provodi se tako da prvo medicinska sestra/tehničar rade sami, a pacijent gleda, nakon toga bolesnik radi, a medicinsko osoblje gleda i ispravlja ako nešto radi krivo i na kraju, bolesnik napravi sam i pokazuje medicinskoj sestri/tehničaru postavljeno pomagalo.

Smjernice medicinske sestre su uputiti bolesnika i/ili članove njegove obitelji u pravila prehrane. Bolesnik je nakon operacije na parenteralnoj prehrani. Treći ili četvrti dan kada se uspostavi peristaltika, bolesnik dobiva tekuću dijetu. Nakon toga

ako nema komplikacija, bolesnik dobiva kašastu dijetu bez ostataka ili s minimalnim ostatkom u crijevima. Pri odlasku iz bolnice bolesnik nema posebnu dijetu ali ga sestra mora upozoriti na namirnice koje ubrzavaju ispražnjenje stome (svježe voće, povrće, grah,suhe šljive i smokve), usporavaju pražnjenje stome (banane, sir, riža, crna kava, kruh), stvaraju plinove (jaja, riba, pivo, mliječni proizvodi, luk, kupus). Namirnice uvoditi postepeno da vidi kako reagira na određenu namirnicu, piti puno tekućine.

Smjernice medicinske sestre su: uputiti bolesnika ili članove obitelji u mogućnost nabave pomagala za stomu, uputiti ih u rad „Stoma kluba-ILCO“ i mogućnost uključivanja u klub. „Klubovi su mjesta na kojima se sastaju ljudi sa istim problemima i razmjenjuju iskustva, saznanja o pravima. Lakše im je kad vide da ih drugi razumiju, bitna je i podrška obitelji.“[14] Važno je da bolesnik prihvati takav način života i shvati da u društvu nema nikakvih ograničenja.

Fizička aktivnost je poželjna, nema ograničenja, osim dizanja teških tereta, kod putovanja ponijeti sa sobom dovoljno svih pomagala za određeni broj dana, treba se zaštititi od mogućih neugodnosti. Sve poslove može normalno obavljati, osim teških fizičkih poslova te poslova u prehrambenoj industriji i kuhinji. More, plivanje moguće je uz korištenje stoma pomagala. Kvaliteta života bolesnika s kolostomom uvelike ovisi o tome koliko su on i obitelj usvojili postupke u njezi stome i prihvatili način života sa stomom.

9. Komunikacija medicinske sestre s bolesnikom

Komunikacija između medicinske sestre i bolesnika važan je čimbenik u pružanju sestrinske skrbi svakom bolesniku. Uspješnost komunikacije ovisi već o prvom kontaktu bolesnika i sestre. Stvaranje ugodne psihološke klime i odnosa povjerenja pridonijeti će ljubazno, pristojno i srdačno ponašanje medicinske sestre jer su ljudi općenito skloni reflektirati tuđe ponašanje, ponašati se na isti način. Ljubazno ponašanje uzvraćaju ljubaznim, a agresivno agresivnim. No ima iznimaka: bolesnik se može ponašati svadljivo i mrko, odbojno, bez obzira na nastup medicinske sestre. Sestra u tim situacijama ne smije emocionalno reagirati i reflektirati njegovo ponašanje, nego sačuvati kontrolu nad situacijom i psihološki nametnuti odgovarajuće ponašanje. Sestra mora uvijek biti svjesna da i kada bolesnik nije u pravu, ne smije izbiti konflikt. Bolesniku treba dati na znanje da smo tu zbog njega, razumijemo ga.“[10] Bolesnikovo stanje utječe na njegovo ponašanje, odnos prema bolesti, predstojećem liječenju.

Medicinska sestra, pri prijmu bolesnika s karcinomom na odjel, prikupljajući podatke o bolesniku, mora prije postaviti pitanja o njegovim potrebama, navikama, a zatim uzeti opće podatke, te pregledati bolesnika, uspostaviti sestrinske dijagnoze, plan i program zdravstvene njege, te listu dokumentacije zdravstvene njege. Važno je saznati/prepoznati kako bolesnik “vidi sam sebe“, primjerice, uz strah od liječenja, od ishoda liječenja, može biti izražen strah od bespomoćnosti („ne mogu ništa učiniti“), te poremećaj samopoštovanja („trebat ću tuđu pomoć“). Medicinska sestra mora znati da bolesnici reagiraju na suočavanje s ozbiljnošću svoje bolesti onako kako su i inače prihvaćali opasnosti u svom životu. Tko je navikao “bježati od istine“, učinit će to i sada, a bolesnici koji su se otvoreno suočavali s problemima činit će to i u bolesti, tražiti od liječnika i sestara točne informacije i sve poduzimati za svoje izlječenje. Radi potpunijeg uvida u bolesnikovo stanje i uvjete u kojima živi, medicinska sestra će tražiti podatke od njemu bliskih osoba, obitelji, prijatelja, jer ponekad bolesnici svoje želje, potrebe i primjedbe priopćavaju preko njih ili nam pomažu u tumačenju ponašanja i bolesnikovih reakcija.

Važno je da su medicinske sestre koje sudjeluju u provedbi zdravstvene njege, upućene u bolesnikovo stanje i podupiru dobru komunikaciju. Bolesnik sa karcinomom suočava se s nizom neugodnih doživljaja fizičke i emocionalne prirode te mu je potreban veliki napor da mobilizira unutarnje snage i prilagodi se novim uvjetima. Sestra mora poticati bolesnika i pomoći mu u prevladavanju emocionalnih poteškoća jer mnoga istraživanja pokazuju da bolesnici koji se uspješno bore s emocionalnim poteškoćama imaju povoljniju prognozu.

Nakon što bolesnici saznaju za dijagnozu, postavljaju mnoga pitanja vezana uz liječenje, prognozu te ishod bolesti, pa medicinske sestre koje sudjeluju u skrbi za bolesnika moraju biti obaviještene o tome što i koliko bolesnik zna o svojoj bolesti, kako bi znale koliko toga, na svom području rada, mogu reći jer su one najviše uz bolesnika. Ako svi zdravstveni djelatnici na odjelu govore isto, bolesnik će imati više povjerenja u njihov rad i neće sumnjati. Odgovaranje na bolesnikova pitanja, objašnjavanje svrhe, način liječenja, na razumljiv način s dovoljno pojedinosti, te očekivanih nuspojava i učinka pojedinih oblika specifičnog liječenja, utječe na veću suradnju bolesnika u toku liječenja, lakše podnošenje liječenja i otkrivanje neželjenih nuspojava. Nažalost, velik broj bolesnika dobiva općenite i površne informacije. Uz svu pripremu bolesnici na odjel dolaze sa strahom, često se boje liječenja, ishoda liječenja, smrti, slabosti, boli i nemoći.

Za uspješno liječenje i rehabilitaciju potrebno je saznati bolesnikov stav i intimno značenje organa koji je zahvaćen bolešću. Bolesniku ćemo pomoći u prilagodbi na novonastalo stanje nastojeći da emocionalno prihvati bolest, korigira stav prema karcinomu, razvije motivaciju za ozdravljenje, prilagodi se stanju koje bolest donosi, psihički prihvati invalidnost nastalu zbog terapije (kemoterapija - opadanje kose), prihvati život sa umanjenom radnom sposobnošću, prihvati život uz prisutnost bolesti, protiv koje se aktivno liječi. Stručni postupci medicinske sestre te pružanje psihološke potpore pridonijeti će kvaliteti bolesnikova života.

10. Zaključak

Karcinom debelog crijeva može se otkriti na temelju simptoma ili kod osoba bez simptoma tijekom rutinskih pregleda i testova.

Smjernice medicinske sestre pri dijagnozi i ranom otkrivanju tumora su upoznavanje javnosti sa programom zdravstvenog prosvjećivanja o problemima raka, program je potrebno prilagoditi školskoj djeci i mladeži, odraslima, a posebno bolesnicima i njihovim obiteljima. Medicinska sestra mora usmjerivati na promjene načina života već u najranijoj dobi, a kasnije raznim akcijama tijekom školovanja, mora također upoznati populaciju sa mjerama i postupcima u borbi protiv raka (nepušenje, pravilna prehrana, tjelesna aktivnost).

Program ranog otkrivanja raka debelog crijeva znatno pridonosi poboljšanju zdravlja populacije jer se preventivnim mjerama otkrivaju zloćudni tumori debelog crijeva u ranom i ograničenom stadiju, u stadiju takozvanih predmalignih lezija ili ranih karcinoma, kad su izgledi za izlječenje veliki. Programom je obuhvaćena ukupna ciljna populacija, a svi građani moraju imati jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira.

Liječenje kolorektalnog karcinoma provodi se kirurškim putem, kemoterapija i radioterapija mogu se provesti kao dopunsko liječenje. Cilj primarne kirurške terapije je uklanjanje bolesti iz kolona,područja limfne drenaže te okolnih organa. Zahvaćenost limfnih čvorova osnovni je preduvjet koji određuje petogodišnje preživljenje.

Svrha prijeoperacijske pripreme je osigurati bolesniku najbolju moguću psihološku, fizičku, emocionalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat. Bolesnici koji je psihički i fizički dobro pripreme, bolje podnose kirurški zahvat i bolove, oporavljaju se brže, rjeđe imaju komplikacije, hospitalizacija se skraćuje.

Svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je što prije postići stanje u kojem će bolesnik samostalno zadovoljavati svoje potrebe. Zdravstvena je njega operiranih bolesnika usmjerena na prepoznavanje i uklanjanje ili umanjivanje posljeoperacijskih poteškoća i komplikacija.

Zdravstveni odgoj bolesnika koji će imati kolostomu počinje njegovom psihičkom pripremom za kirurški zahvat. Kvaliteta života bolesnika sa kolostomom uvelike ovisi o tome koliko su on i njegova obitelj usvojili postupke o njezi stome i prihvatili način života sa stomom.

Komunikacija između medicinske sestre i bolesnika važan je čimbenik u pružanju sestrinske skrbi svakom bolesniku. Stručni postupci medicinske sestre u komunikaciji te pružanje psihološke potpore pridonosi kvaliteti bolesnikova života.

11. Literatura

[1] M.Stanec, D. V. Vrdoljak, M. Turić: Kirurška onkologija, Zagreb, 2011.

[2] http://hlpr.hr/rak/vijest/rak-debelog-crijeva%20, dostupno, 04.07.2015

[3] M. Šamija, E. Vrdoljak, Z. Krajina: Klinička onkologija, Zagreb, 2006.

[4] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-probave/tumori-probavnog-sustava/kolorektalni-karcinom, dostupno 04.07.2015.

[5] Keros, Andreas, Gamulin: Anatomija i fiziologija, Zagreb, 2006.

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

[7] I. Prlić: Kirurgija, Zagreb, 2006.

[8] http://www.hkpd.hr/component/k2/item/170-probir-i-pracenje-kolorektalnog-karcinoma, dostupno, 04.07.2015.

[9] http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-prevenciju-nezaraznih-bolesti/odsjek-za-nacionalne-programe-prevencije/, dostupno, 20.07.2015.

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

[11] http://www.hkms.hr/data/1391587732_105_mala_Sestrinske_dijagnoze_2.pdf dostupno,15.07.2015.

[12]http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno, 20.07.2015.

[13] http://w.w.w.onkologija.hr/rak-debelog-crijeva/, dostupno 04.07.2015.

[14] http://w.w.w.ilco.hr, dostupno 09.07.2015.

Popis slika

Slika 2.1.1. Prikaz dijelova debelog crijeva, izvor:https://www.google.hr/search?q=debelo+crijevo&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMIpbHz1u6UyAIVTOkUCh30zwV7#imgrc=3m7oJ1oJJulLqM%3A

Slika 3.5.1. Stadij karcinoma debelog crijeva, izvor: M. Šamija, E. Vrdoljak, Z. Krajina: Klinička onkologija, Zagreb, 2006.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Anđelina Tepeš pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom Osobitosti zdravstvene njege kod bolesnika s karcinomom debelog crijeva te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(Anđelina Tepeš)

Anđelina Tepeš
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Anđelina Tepeš neopozivo izjavljujem da sam suglasana s javnom objavom završnog rada pod naslovom Osobitosti zdravstvene njege kod bolesnika s karcinomom debelog crijeva čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(Anđelina Tepeš)

Anđelina Tepeš
(vlastoručni potpis)