Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva

Golubić, Ivana

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:122:844791

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-24**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 730/SS/2016

Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva

Ivana Golubić, 5380/601

Varaždin, rujan 2016. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 730/SS/2016

Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva

Student

Ivana Golubić, 5380/601

Mentor

Marijana Neuberg mag. med. techn.

Varaždin, rujan 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	Ivana Golubić
MATIČNI BROJ	5380/601
DATUM	09.07.2016.
KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih II
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care for patients suffering from large intestine carcinoma
MENTOR	Marijana Neuberg mag. med. techn.
ZVANJE	viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Nenad Kudelić,dr.med., predsjednik
2. Marijana Neuberg, mag. med. techn, mentor
3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član
4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 730/SS/2016

OPIS

Rak debelog crijeva ili kolorektalni karcinom jedna je od najčešćih zloćudnih bolesti među stanovništvom. Podjednako je zastupljen u oba spola, iako nešto češće u muškaraca. Preventivnim pregledom i dijagnostičkim testovima može se otkriti u ranoj fazi kada je moguće potpuno izlječenje. Nažalost većina oboljelih se javlja liječniku kada bolest počinje stvarati simptome. Neki od simptoma su proljev, zatvor, krv, sluz u stolici, oskudnije stolice, česti bolovi, nadutost, grčevi, gubitak težine, povraćanje, najčešće je prvi simptom umor i iscrpljenost koja nastaje zbog anemije, točnije zbog svakodnevnog skrivenog gubitka krvi stolicom. Kirurški zahvat je osnovna metoda liječenja raka debelog crijeva, a njegova uspješnost ovisi o veličini i proširenosti tumora. Pored kirurškog liječenja može se provesti zračenje ili sistemska terapija koja uključuje primjenu citotoksičnih lijekova (kemoterapije) te bioloških lijekova. Cilj poslijeoperacijske njege bolesnika je otklanjanje simptoma i prepoznavanje komplikacija. Veliku pozornost treba pridodati bolesnicima s intenstinalnom stomom i obuci kako će dalje živjeti s tim. Prije odlaska iz bolnice pacijenta i člana njegove obitelji koji će skrbiti o njemu treba educirati o korištenju pomagala za stomu,prehrani i samom načinu života te brizi o pacijentu i njegovom psihičkom prihvaćanju promjena koje su nastale. Vrlo je važno dati potporu pacijentu i njegovoj obitelji kako bi lakše prihvatili promijenjen način života.

U radu je potrebno: - utvrditi kako su pacijent i njegova obitelji educirani prije i poslije operacijskog zahvata
- ispitati kako pacijenti provode njegu intestinalne stome, te kako koriste stoma pomagala
- tvrditi koliko pacijenti znaju o pravilnoj prehrani koja je preporučljiva kod intestinalne stome
- utvrditi koliko pacijenti znaju o kvaliteti života s intestinalnom stomom
- definirati kojim aktivnostima se sve mogu baviti
- utvrditi jesu li zadovoljni dobivenom edukacijom

ZADATAK URUČEN 31.08.2016. POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER KNJIŽNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

Sažetak

Kolostoma je trajno ili privremeno izveden zdravi dio debelog crijeva na trbušnu stjenku, u svrhu odvođenja stolice. Na taj način se zaobilazi anus, a sam probavni sustav nastavlja normalno funkcionirati. Medicinske sestre educiraju pacijente i njihove obitelji o promjena koje će uslijediti nakon izvođenja kolostome. Posebna pažnja se pridodaje njezi kolostome, prehrani, intimnom životu, trudnoći, povratku na posao, sportu, te svakodnevnim životnim aktivnostima. U novije vrijeme sve nam je poznatiji pojam stomaterapeuta, njihova je domena isključivo rad sa bolesnicima sa stomom. Medicinske sestre zajedno sa stomaterapeutima i liječnicima mogu kvalitetno educirati bolesnika i obitelj i pripremiti ih za promijene koje će uslijediti nakon izvođenja kolostome. U radu su prikazani rezultati istraživanja provedenog na temu: „Koliko je obitelj oboljelog bolesnika educirana o kolostomi“? Cilj istraživanja je koliko kvalitetno medicinske sestre provode edukaciju. Sadržaj je koncipiran tako što sadrži 10 poglavlja kroz koja je detaljno obrađen karcinom debelog crijeva, od anatomije sve do simptoma, liječenja, nuspojava, komplikacija, zdravstvenoj njezi kolostome, te pružanja podrške oboljelom i njegovoj obitelji. U zadnjem poglavlju prikazati će se obrađeni rezultati iz ankete koja je bila anonimna i sadržavala je 12 pitanja.

Ključne riječi*:* medicinska sestra, karcinom debelog crijeva, kolostoma, edukacija bolesnika i obitelji

Summary

Colostomy is permanent or temporary carried out a healthy part of colon to the abdominal wall, for the purpose of faeces removal. That way usually avoids anus but digestive system is still in normally function. Nurses educates patients and their families about changes which are going to happen after colostomy perform. Special attention should be focusing on health care with colostomy, nutrition, life intimacy, pregnancy, returning to work, sports activities and daily life activities. In recent times, known terms are stoma therapists, and their domain is exclusively work with patients with a stoma. Nurses, together with stoma therapists and doctors, can quality educate patient and his family, and also, prepare him for changes after performing a colostomy. In this work, you can see the results conducted on the topic: "How much is patient's family well educated about colostomy?". The aim of this research is to find out how well nurses use a quality education. Summary is conceived so that it consist 10 chapters, in which are detailed processed colon cancer, from the anatomy, right until symptoms, therapy, side effects of complications, health care with colostomy, offering support to patient and his family. In last chapter will be seen results from questionnaire, which was anonymous and consisted from 12 questions.

Key words: nurses, colon cancer, colostomy, education of patients and families

Popis korištenih kratica

SZO- Svjetska zdravstvena organizacija

FAP- familijarna adenomatozna polipoza

HNPCC- hereditarni nepolipozni kolorektalni karcinom

ASK- acetil salicilna kiselina

MR- magnetna rezonanca

CT- kompjutorizirana tomografija

CEA- karcinoembrionalni antigen

CA- karcinom

TNM- T: primarni tumor

N: okolni limfni čvorovi

M: udaljene metastaze

JIL- jedinica intenzivnog liječenja

Sadržaj

1. Uvod ... 1

2. Anatomija debelog crijeva ... 3

2.1. Podjela debelog crijeva ... 4

2.2. Fiziologija debelog crijeva ... 4

3. Klasifikacija tumora ... 5

3.1. Morsonova klasifikacija tumora ... 5

3.2. Klasifikacija karcinoma debeloga crijeva prema Dukes-u ... 6

4. Epidemiologija i etiologija karcinoma debelog crijeva ... 7

4.1. Etiološki čimbenici ... 7

- Obiteljsko naslijeđe ... 7
- Dob ... 7
- Prehrana ... 8
- Polipi ... 8

5. Prevencija karcinoma debelog crijeva ... 9

5.1. Primarna prevencija karcinoma debelog crijeva ... 9

5.2. Sekundarna prevencija karcinoma debelog crijeva ... 9

5.3. Probir ... 10

5.4. Program ranog otkrivanja raka debeloga crijeva ... 10

6. Klinička slika karcinoma debelog crijeva ... 12

6.1. Simptomi ... 12

6.2. Dijagnoza bolesti i intervencije medicinske sestre kod dijagnostičkih pretraga ... 12

7. Liječenje karcinoma debelog crijeva ... 15

7.1. Operacijski zahvat ... 15

8. Sestrinska skrb u prijeoperacijskom periodu ... 17

8.1. Opća preoperativna priprema bolesnika dan prije operacije ... 19

8.2. Opća preoperativna priprema bolesnika na dan operacije 19
8.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika 20
9. Zdravstvena njega bolesnika s kolostomom 22
9.1. Komplikacije kolostome 23
9.1.1. Komplikacije peristomalne kože 24
9.2. Uloga medicinske sestre u njezi kolostome 25
9.3. Postupak provođenja njege kolostome 27
9.4. Prehrana 28
9.5. Aktivnosti u svakodnevnom životu s kolostomom 29
9.6. Udruge 30
10. Empirički dio rada 32
10.1. Ciljevi istraživanja 32
10.2. Ispitanici i metode 32
10.3. Rezultati istraživanja 33
10.4. Rasprava 40
11. Zaključak 42
12. Literatura 43
Popis slika 45
Popis tablica 45
Popis grafikona 45
Prilozi 46

1. Uvod

Karcinom debeloga crijeva jedan je od najvećih javnozdravstvenih problema u svijetu zadnjih godina, osobito u visokorazvijenim zemljama. Druga je najčešća maligna bolest s tendencijom da uskoro postane i najčešća među malignomima probavnoga sustava u našoj populaciji. [1] Upravo zbog toga ta zloćudna bolest izazov je ispitivačima najrazličitijih područja medicinske znanosti. Prema autoru A. Roth-u u našoj zemlji rak debelog crijeva zauzima drugo mjesto među zloćudnim bolestima u muškaraca (iza raka pluća) i žena (iza raka dojke). Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo od 100.000 stanovnika u Hrvatskoj godišnje oboli od karcinoma debeloga crijeva 53 muškarca i 41 žena. Iako postoje brojni, vrlo dobro definirani rizični faktori za nastanka karcinoma debeloga crijeva, ipak se u više slučajeva bolest pojavljuje bez poznatog rizičnog faktora.

Najčešći rizični faktori su adenomi, obiteljsko nasljeđe, dob i prehrana. Poznato je da se nakon četrdesete godine života učestalost bolesti udvostručuje u svakom sljedećem desetljeću. Simptomi se često pojavljuju u kasnijim fazama kada bolest već uznapreduje, upravo je to razlog kasnog odlaska liječniku i postavljanja dijagnoze u uznapredovaloj fazi bolesti. Kako bi se spriječilo kasno otkrivanje bolesti važno je provoditi probir ili screening koji podrazumijeva testiranje visokorizičnih osoba s ciljem otkrivanja bolesti u samom početku ili trenutku prekanceroznih promjena. Zato se u Hrvatskoj od 2008. godine provodi Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma debeloga crijeva. Cilj programa je otkrivanje bolesti u što ranijem stadiju, te tako poboljšati mogućnost izlječenja, kvalitetu života i smanjenje smrtnosti.

Dijagnoza bolesti se najčešće postavlja nakon testiranja stolice na tragove krvi koja nije vidljiva prostim okom u sklopu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debeloga crijeva, ili nakon što su simptomi uznapredovali i počeli stvarati probleme bolesniku te je tada posjetio liječnika i obavio potrebne pretrage. Liječenje ovisi o stadiju bolesti, najčešće je multidisciplinarno, što znači da se provodi više oblika liječenja. Metoda izbora liječenja karcinoma debeloga crijeva je operacijski zahvat koji pruža najbolju mogućnost izlječenja, a često se kombinira sa kemoterapijom i zračenjem. Važno je da medicinska sestra bolesniku pruži psihičku i emocionalnu podršku od samoga trenutka otkrivanja bolesti, tako će bolesnik

steći povjerenje u nju i lakše se nositi s bolešću i liječenjem. Osobito je važno da medicinska sestra svojim pristupom i radom pruži podršku bolesnicima čija bolest zahtjeva izvođenje kolostome, tako će zadobiti povjerenje bolesnika i njegove obitelji kako bi im olakšala prihvaćanje bolesti i novoga načina života.

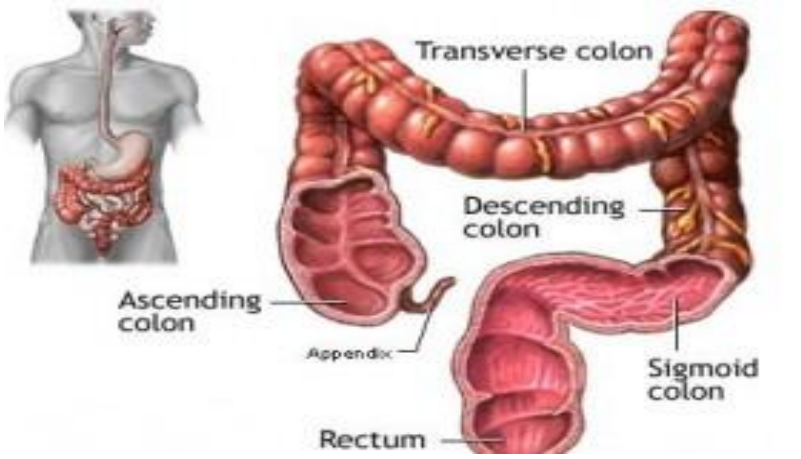
S edukacijom treba započeti odmah nakon postavljanja dijagnoze kako bi do operacijskog zahvata umanjili strah, tjeskobu i zabrinutost bolesnika i njegove obitelji, te kako bi znali što očekivati i kakve promijene slijede. Edukacija bolesnika i obitelji je ista radilo se o privremenoj kolostomi koja se postavlja na nekoliko tjedana, mjeseci ili godina, ili o trajnoj odnosno doživotnoj kolostomi. Medicinska sestra edukaciju započinje tako da bolesnika i obitelj upoznaje što je kolostoma, koja je uloga kolostome, gdje će biti smještena, kako će živjeti s njom, njegovati ju, nabavljati potreban pribor i baviti se svakodnevnim aktivnostima. O položaja kolostome odlučuje liječnik sa medicinskom sestrom i ako su u mogućnosti sa stomaterapeutom, kako bi se kolostoma postavila na što optimalnije mjesto i omogućila bolesniku lagodniji život. Medicinska sestra edukaciju nastavlja dolaskom bolesnika na odjel, pokazuje mu bolesničku sobu i prostorije na odjelu koje bi mu mogle zatrebati. Zatim slijedi priprema bolesnika za operacijski zahvat koja zahtjeva cjelovitu psihičku i fizičku pripremu bolesnika. Nakon operacijskog zahvata kroz nekoliko dana kada se bolesnik oporavi provodi se edukacija o njezi kolostome. Važno je poticati bolesnika na suradnju u planiranju i provođenju zdravstvene njege, te potrebno je uključiti i članove obitelji u rad s bolesnikom koliko god je to moguće. Kako bi medicinska sestra omogućila što bolju socijalizaciju i lakše prihvaćanje kolostome upućuje bolesnika u rad „stoma društva“.

U ovom radu prikazat će se dobiveni rezultati istraživanja na temu: „Koliko je obitelj oboljelog bolesnika educirana o bolesti“, odnosno kolostomi koja se izvodi kao rezultat privremenog ili trajnog rješenja. Cilj je bio utvrditi koliko su medicinske sestre zainteresirane za edukaciju obitelji i smatraju li one da će tako olakšati život oboljelom, ali i njegovoj obitelji. Do željenih rezultata došlo se provodeći anketu u dvjema bolnicama, a detaljniji prikaz istraživanja prikazan je u empiričkom dijelu rada.

2. Anatomija debelog crijeva

Debelo crijevo (intestinum crassum) nastavlja se na završni dio tankog crijeva i proteže se sve do analnog otvora. Debelo se crijevo pruža od desnoga donjeg dijela trbušne šupljine prema gore, te zatim lijevo i prema dolje, zaokružujući pritom cjelokupno tanko crijevo (slika 2.1). [2] Debelo crijevo je znatno šire, ali i kraće, duljina u prosijeku iznosi 160 cm, najčešće između 140 i 180 cm. Najšire je u svom početku gdje promjer iznosi 6–9 cm, a obujam do 28 cm. Širina se postupno smanjuje pa u području sigme promjer iznosi 2,5 do 3 cm, a obujam oko 14 cm. U području ampule rektuma crijevo je opet prošireno jer se tu skuplja stolica prije nego što bude izbačena kroz analni otvor. Iz ovog se vidi zašto karcinomi distalnog dijela debelog crijeva češće i brže uzrokuju opstrukciju lumena crijeva nego karcinomi smješteni u proksimalnom dijelu crijeva. [1]

Boja debelog crijeva je sivkasta, sluznica nema crijevnih resica, položaj je stalan jer su pojedini dijelovi naizmjenično prirasli uz stražnju trbušnu stjenku. Uloga debelog crijeva je apsorpcija i lučenje vode, elektrolita i drugih tvari, te pohrana fekalnih masa do njihova izlučivanja. Uzdužni mišići stjenke debelog crijeva nisu jednoliko raspoređeni nego su mišićna vlakna skupljena u tri uzdužne vrpce – teniae, širine oko 0,8 cm. Krajnji dio ravnog debelog crijeva ima svoje mišiće zatvarače ili sfinktere od kojih su neki pod utjecajem volje, dok druge nadzire autonomni živčani sustav, tj. nisu pod nadzorom naše volje. [2]



Slika 2.1. Prikaz anatomije debelog crijeva

Izvor: Preuzeto sa:

https://repozitorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg%3A4/datastream/PDF/view

2.1. Podjela debelog crijeva

Debelo crijevo možemo podijeliti na sljedeće dijelove:

- Slijepo crijevo (caecum) najkraći i najširi dio debelog crijeva, nalazi se u desnoj bočnoj udubini ispod ileocekalnog zaliska
- Crvuljak (appendix vermiformis) crvolika je tanka cijev promjera 0,3 do 0,8 cm, a duljine između 2-30 cm. Trokutastom duplikaturom peritoneuma vezan je uz slijepo crijevo i ileum.
- Uzlazno debelo crijevo (colon ascendens) nastavlja se na crvuljak, prosječna duljina iznosi 15 cm. Ulazno i silazno debelo crijevo sraslo je s pripadajućim mezenterijem uz stražnju trbušnu stjenku.
- Poprečno debelo crijevo (colon transversum) dugačko je oko 50 cm u prosjeku. Prekriven je peritoneumom koji prelazi u duplikaturu i veže kolon transverzum za stražnju trbušnu stjenku.
- Silazno debelo crijevo (colon descendens) nalazi se u lijevom hipohondriju i lijevoj lumbalnoj regiji.
- Sigmoidno debelo crijevo (colon sygmoideum) smješteno je između descendensa i rektuma. Na njemu razlikujemo učvršćeni i slobodni segment. Prosječna dužina je oko 40 cm.
- Zadnje crijevo (rectum) smješteno u nastavku sigme. U prosjeku dugo od 12 do 16 cm.

2.2. Fiziologija debelog crijeva

U debelom se crijevu odvijaju dvije osnovne vrste kretnji, kretnje miješanja i kretnje potiskivanja. Miješanje se postiže stvaranjem vrećastih ispupčenja crijevne stjenke, nastalih istodobnom kontrakcijom kružnog i uzdužnog mišićja. Kretnje debeloga crijeva obično se pojačavaju nakon obroka, a defekacijski refleks se potiče kada fekalne mase dospiju u rektum. U debelom crijevu ne izlučuju se probavni enzimi, no njegova sluznica obiluje žlijezdama koje izlučuju sluz. [2] Zadaća sluzi je dvostruka štiti crijevnu sluznicu i oblikovanje fekalne mase. Apsorpcija je ograničena na vodu i elektrolite, ono što preostane nakon apsorpcije izbacuje se iz tijela u obliku fekalnih masa. Na prijelazu između tankog u debelo crijevo nalazi se ileocekalni zalistak čija je zadaća sprječavanje povratka fekalne mase iz debelog u tanko crijevo.

3. Klasifikacija tumora

3.1. Morsonova klasifikacija tumora

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) godine 1976. prihvatila je Morsonovu klasifikaciju tumora i tumorima sličnih lezija debeloga crijeva.

1. Epitelni tumori

a) Benigni: adenomi (tubularni, vilozni, tubulovilozni), polipoza kolona

b) Maligni: adenokarcinom,

mucinozni adenokarcinom

Signet-ring cell karcinom

karcinom skvamoznih stanica

adenoskvamozni karcinom

nediferencirani karcinom

neklasificirani karcinom

2. Karcinoidni tumori

a) argentafini

b) neargentafini

c) kombinirani

3. Neepitelni tumori

a) Benigni: leiomiomi

leiomioblastom

Švanom (neurolemom)

lipom i lipomatoza

vaskularni tumori (hemangiom, limfangiom)

b) Maligni: leiomiosarkom

4. Hematopoetske i limfoidne neoplazme

5. Neklasificirani tumori: benigni i maligni tumori koji nisu svrstani niti u jednoj drugoj skupini

6. Sekundarni tumori

a) Metastaze karcinoma želuca, dojke, pluća i cerviksa u debelo crijevo

b) Direktno širenje karcinoma prostate i uterusa na debelo crijevo može oponašati primarni tumor debeloga crijeva.

7. Tumoru slične lezije

a) Hamartomi: Peutz-Jeghersov polip i polipoza, juvenilni polipi i polipoza

b) Hiperplastični (metaplastični) polipi

c) Heterotopična želučana sluznica

d) Inflamatorni polip (pseudopolip)

e) Benigni limfoidni polip i polipoza

f) Colitis cystica profunda

g) Endometrioza

8. Epitelna atipija (displazija) u ulceroznom kolitisu [2]

3.2. Klasifikacija karcinoma debeloga crijeva prema Dukes-u

Prva patohistološka podjela kolorektalnog karcinoma, koja je i danas aktualna potječe iz ranih tridesetih godina prošloga stoljeća i pripisuje se američkom patologu Dukes-u (tablica 3.2.1.). Vrijednost poznavanja stadija bolesti od velike je važnosti kod određivanja optimalnog liječenja, ali i ocjene prognoze bolesti. Iako se ponekad stadij bolesti može definitivno odrediti tek nakon operativnog zahvata.

Stadij	Opis
0	Tumor je ograničen na sluznicu tj. unutarnji sloj stjenke crijeva, bez probijanja bazalne membrane. (TNM 0 ili carcinoma in situ)
I	Tumor je infiltrirao nekoliko slojeva stjenke crijeva, ali se nije proširio izvan stjenke. (Dukes A ili TNM I)
II	Tumor je probio stjenku crijeva, širi se u mišićni sloj, ali se nije proširio na limfne čvorove. (Dukes B ili TNM II)
III	Tumor se proširio na okolne limfne čvorove, ali ne i na druge dijelove tijela. (Dukes C ili TNM III)
IV	Tumor se proširio na druga tkiva i organe (jetra, pluća, trbušna šupljina) (Dukes D ili TNM IV)
Povratni	Bolest se ponovno pojavljuje nakon liječenja. Može se opet pojaviti na debelom crijevu ili na nekom drugom organu.

Tablica 3.2.1. Prikaz klasifikacija karcinoma debelog crijeva prema Dukes-u

Izvor: izrada autora I. G. prema dostupnoj literaturi

4. Epidemiologija i etiologija karcinoma debelog crijeva

Kolorektalni karcinom jedan je od najčešćih karcinoma u ljudi, podjednako se pojavljuje u žena i u muškaraca. Zauzima drugo mjesto među zloćudnim bolestima u muškaraca iza raka pluća i žena iza raka dojke. Među tumorima probavnog sustava to je najčešća zloćudna bolest. Incidencija je različita u različitim dijelovima svijeta, viša u razvijenim zemljama, a niža u zemljama u razvoju (40/100.000 do 60/100.000). Vršna je incidencija oko i nakon 60. godine. U Hrvatskoj se na godišnjoj razini dijagnosticira u gotovo 3.000 bolesnika (podatak iz 2008. godine). Tumor se pojavljuje duž cijelog debelog crijeva, premda je uočena tendencija povećanja učestalosti tumora proksimalnog dijela. [3]

Iako postoje brojni, vrlo dobro definirani rizični faktori za nastanak karcinoma debelog crijeva, ipak se u više od 75% slučajeva bolest pojavljuje bez poznatog rizičnog faktora. [6]

4.1. Etiološki čimbenici

- Obiteljsko naslijeđe

Osobe s obiteljskom anamnezom raka debeloga crijeva imaju sami po sebi veći rizik od nastajanja bolesti. Ulcerozni kolitis, a manje i Chronova bolest, bolesti su koje nose jasan rizik obolijevanja od raka debelog crijeva. [6] Kod bolesnika s ulceroznim kolitisom nakon 25 godina vjerojatnost pojave zloćudne bolesti može biti i 30%, dok je kod Chronove bolesti znatno niža mogućnost nastanka karcinoma. Familijarna adenomatozna polipoza (FAP) jest autosomno dominantni poremećaj za koji je karakteristična, već u ranijoj dobi, pojava velikoga broja polipa duž cijelog kolona. Pojedine obitelji imaju povećani rizik bez pojave polipoze (HNPCC- hereditarni nepolipozni kolorektalni karcinom). [3]

- Dob

Rizik od obolijevanja raste s dobi, poznato je da se nakon četrdesete godine života učestalost bolesti udvostručuje u svakom sljedećem desetljeću. 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. [5]

- Prehrana

Mnogi su prehrambeni proizvodi proučavani s ciljem otkrivanja učinaka na nastanak kolorektalnog karcinoma. Kao mogući faktori koji povećavaju rizik do karcinoma kolona navode se konzumacija crvenog mesa i životinjskih masti, te visoka koncentracija kolesterola u fecesu. [5] Provedeno je istraživanje o načinu pripremanja mesa i uočeno je da je osobito izražena veza ako se meso prži na visokoj temperaturi, za što su vjerojatno odgovorni heterociklički amini koji se tada stvaraju. Žučane kiseline koje se nađu u crijevnom sadržaju, osobito nakon uzimanja masne hrane uzrokuju hiperproliferaciju sluznice crijeva i smatraju se čimbenikom koji povećava rizik od oboljenja. Debljina i ukupna količina kalorija povezane su s povećanim rizikom za nastanak raka debelog crijeva. [3]

- Polipi

Polipi debelog crijeva imaju bitnu ulogu u nastanku karcinoma pa se smatra da je rizik tih osoba pet puta veći nego kod ostalih. [6] Adenomatozni polipi nalaze se u oko 33% opće populacije mlađe od 50 godina, te u oko 50% opće populacije mlađe od 70 godina. Genetskom analizom adenoma i karcinoma utvrđen je slijed genetskih promjena odgovornih za razvoj kolorektalnih adenoma i njihovu progresiju u karcinom.

5. Prevencija karcinoma debelog crijeva

5.1. Primarna prevencija karcinoma debelog crijeva

Primarnu prevenciju čine identifikacija i eradikacija etioloških čimbenika u koje ubrajamo: dijetalne principe, kalorijski unos hrane, upotrebu nesteroidnih protuupalnih lijekova, hormonsku terapiju u žena, alkohol, pušenje i fizičku aktivnost. [6] Brojna epidemiološka istraživanja su potvrdila da hrana s većom količinom vlakana djeluje protektivno, te da su neke vrste vlakana djelotvornije od drugih kao na primjer celuloza i mekinje. Također i riblja ulja imaju protektivan učinak. Pušenje i konzumiranje alkohola dodatni su rizični čimbenici. Podaci ukazuju da konzumiranje većih količina alkohola udvostručuje rizik od nastanka bolesti. Primjena nadomjesne hormonske terapije kod žena u post-menopauzi smanjuje rizik od oboljenja i prisutan je još pet godina nakon prestanka uzimanja hormonske terapije. Fizička aktivnost također smanjuje rizik, što je vjerojatno dijelom povezano sa smanjenjem tjelesne težine. Nesteroidni protuupalni lijekovi i acetilsalicilna kiselina (ASK) preveniraju nastanak karcinoma debelog crijeva.

5.2. Sekundarna prevencija karcinoma debelog crijeva

Sekundarna prevencija ima za cilj utvrditi populaciju visokog rizika kako bi se mogle provesti mjere prevencije nastanka karcinoma debelog crijeva. U skupinu osoba visokog rizika pripadaju one s porodičnom adenomatoznom polipozom, hamartomatoznom polipozom, Peutz- Jeghersovim sindromom, juvenilnom adenomatoznom polipozom, porodičnom anamnezom polipa ili karcinoma kolona, kroničnim ulceroznim ili granulomatoznim kolitisom. Tu spadaju i osobe koje u osobnoj anamnezi imaju kolorektalne polipe, preboljeli kolorektalni karcinom, zračenje zdjelice, a možda rizik povećavaju i kolecistektomija i ureterosigmoidoskopija. Sekundarna prevencija nužna je i u osoba s porodičnom anamnezom hereditarnoga nepolipoznog karcinoma kolona. [6]

5.3. Probir

Rana detekcija karcinoma debelog crijeva bazirana je na činjenici da su rezultati liječenja bolji što je bolest ranije otkrivena. [6] Svrha je reducirati morbiditet i mortalitet. Probir ili screening podrazumijeva testiranje asimptomatskih osoba s ciljem da se eventualna bolest otkrije u samom početku ili u trenutku prekanceroznih promjena. Otkrivanje bolesti u ranoj fazi znatno donosi bolje rezultate liječenja i preživljavanja. Probir opće populacije trebao bi započeti kod osoba starijih od 50 godina, a osobe s visokim rizikom i ranije odnosno sa 40 godina.

Metode probira su testiranje stolice na okultno krvarenje i digitorektalni pregled jednom na godinu što prevenira pojavu karcinoma u 18% do 33%, sigmoidoskopija svakih pet godina u 33% do 55%, te kolonoskopija svakih deset godina prevenira nastanak 75% karcinoma debelog crijeva. Iz navedenoga može se zaključiti da je kolonoskopija metoda izbora u prevenciji raka debeloga crijeva. Međutim istodobno je i najskuplja metoda te zahtjeva veliki angažman zdravstvene službe, što zajedno ograničava njezinu primjenu te se gotovo svagdje akcije ranog otkrivanja raka debelog crijeva provode gotovo isključivo na visokorizičnim skupinama stanovništva. Važno je da medicinske sestre (osobito patronažne) potiču pučanstvo da redovno obavljaju preglede kako bi se smanjila stopa oboljenja i smrtnosti.

5.4. Program ranog otkrivanja raka debeloga crijeva

Rak debeloga crijeva jedan je od glavnih javnozdravstvenih problema u skupini zloćudnih novotvorina. Zauzima drugo mjesto po mortalitetu i incidenciji u oba spola. Postoji učinkovit način probira kojim se može ranije otkriti bolest, ali i produžiti život oboljelima, a moguće je bolest i spriječiti uklanjanjem prekursora-polipa tijekom kolonoskopije. [8] Upravo se iz toga razloga u Hrvatskoj od 2008. godine provodi Nacionalni program ranog otkrivanja raka debeloga crijeva. Ovim programom obuhvaćene su žene i muškarci u dobi od 50 do 74 godine s uobičajenim rizikom za razvoj raka debeloga crijeva, program se provodi svake druge godine. Ciljevi programa su: smanjenje smrtnosti za 15% pet godina nakon početka provođenja programa, otkriti rak u što ranijem stadiju bolesti te tako poboljšati mogućnost

izlječenja, kvalitetu života i preživljavanje oboljelih, te obuhvatiti najmanje 60% pozvanih na testiranje.

Ovaj program se sastoji od testiranja stolice na tragove krvi koja nije vidljiva prostim okom, ali se može dokazati kemijskim metodama. Krv u stolici naime može upućivati na prisutnost polipa ili drugih tumorskih tvorbi u crijevima. Osobe kojima se testiranjem utvrdi prisutstvo krvi, a takvih je 1-5% u zdravoj populaciji, upućuju se na kolonoskopski pregled. Rak debeloga crijeva se najčešće razvije iz takozvanih lezija tj. benignih tvorbi kojima treba prosječno 15 godina da se pretvore u maligne lezije. Upravo taj dugotrajan proces daje dovoljno vremena za rano otkrivanje i odstranjivanje premalignih lezija koje još nemaju simptoma, a time se sprječava nastanak raka. Zbog toga je važno da i medicinske sestre sudjeluju u aktivnom traženju u zdravoj populaciji.

6. Klinička slika karcinoma debelog crijeva

6.1. Simptomi

Simptomi raka debelog crijeva ovise o tipu, lokalizaciji i proširenosti raka. U samom početku tumor nažalost ne izaziva jasne simptome bolesti, raste polagano i prođe dugo vremena dok se dovoljno ne proširi da uzrokuje simptome. Upravo je to razlog zašto se bolesnik kasno javlja liječniku, odnosno najčešće tek onda kada opazi krvarenje i sluz u stolici. Često bolesnika u bolnicu natjera i poteškoća pri defekaciji ili potpuni zastoj stolice i vjetrova.

Rani znaci bolesti prilično su neupadljivi a neki od njih su: neznatne smetnje u defekaciji (proljev, opstipacija), umor, bljedoća i slabost zbog anemije, zatim slabljenje apetita, postupni gubitak na težini , neodređeni bolovi u trbuhu (tenezmi) povećanje trbuha kao posljedica nadutosti crijeva. Kasni simptomi su: ileus i fistule. Pojavi krvi u stolici najčešće se ne pridodaje dostatna pozornost osobito ako bolesnik ima istodobno hemeroide. Kasnije nastaju krvavo-gnojni proljevi, a kako tumor sve više sužuje crijevo, pojavljuje se otežana defekacija i opstipacija. Posebno je sumnjivo izmjenjivanje opstipacije s proljevima. [7] Progresijom bolesti javljaju se metastaze, a nerijetko simptomi metastaza mogu biti prvi razlog zbog kojeg se bolesnici javljaju liječniku. [6]

Svaku pojavu krvi u stolici treba shvatiti krajnje ozbiljno i te osobe treba detaljno obraditi, uključujući i kolonoskopiju. Lokalizacija i veličina tumora dva su najvažnija čimbenika o kojima ovisi klinička slika bolesti. Što je tumor u debelom crijevu distalnije, to je ranija pojava simptoma. [9]

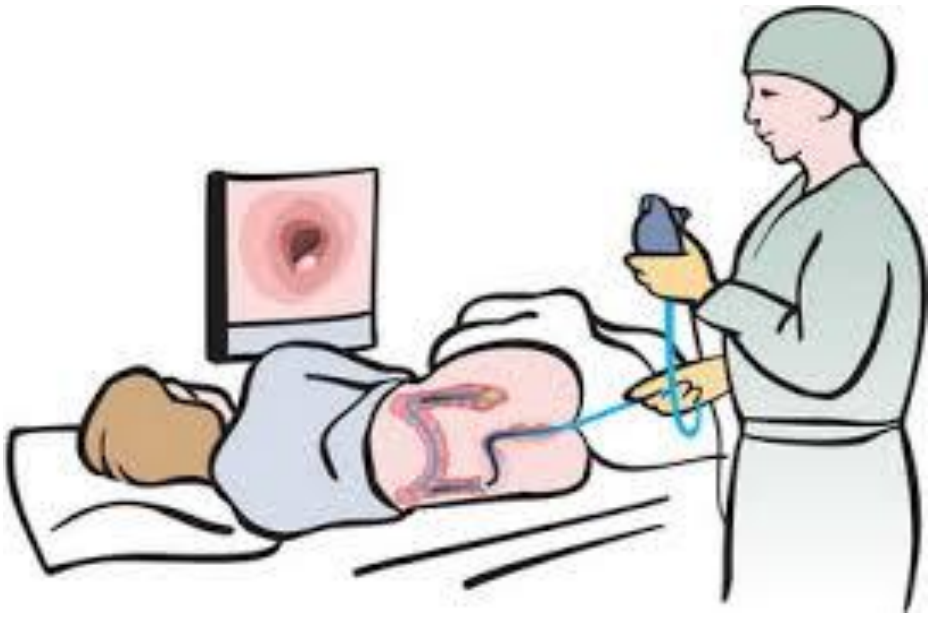
Postoje razlike u kliničkoj slici između tumora lociranih u desnoj ili lijevoj polovici debelog crijeva. Zbog čestih okultnih krvarenja posebnu pozornost treba posvetiti sideropeničnoj anemiji. Svaka sideropenična anemija, posebno u muškaraca, treba pobuditi sumnju na karcinom debeloga crijeva dok se ne dokaže suprotno. [6]

6.2. Dijagnoza bolesti i intervencije medicinske sestre kod dijagnostičkih pretraga

Dijagnoza bolesti se najčešće postavlja dolaskom bolesnika k liječniku nakon pojave simptoma, ili u asimptomatskih bolesnika primjenom dijagnostičkih metoda za rano otkrivanje bolesti. Kod većine bolesnika bolest se otkrije u simptomatskoj fazi.

Postavljanje dijagnoze započinje uzimanjem anamneze i fizikalnim pregledom bolesnika, uz digitorektalni pregled i laboratorijske nalaze. Detaljnijem postavljanju dijagnoze pridonose metode: rektoskopija, sigmoidoskopija koje omogućavaju određivanje veličine, proširenosti, fiksacije, udaljenosti od analnog ruba i biopsije sumnjivih promjena sluznice. Pri procjeni dubine prodora u crijevnu stjenku i u regionalne limfne čvorove, koristimo se transrektalnim ultrazvukom i MR-om (magnetnom rezonancom) i CT-om (kompjuteriziranom tomografijom). Irigografija s dvostrukim kontrastom i kolonoskopija, metode su koje pružaju detaljni prikaz sluznice, a prednosti su kolonoskopije što omogućava kvalitetan izravan prikaz sluznice, mogućnost uzimanja biopsije sumnjivih promjena, te izvođenje manjih terapijskih postupaka.

Kolonoskopija je ujedno i najsigurnija i najtočnija metoda postavljanja dijagnoze (slika 6.2.1.) Od slikovnih metoda još se radi rendgen pluća i CT abdomena koji će uputiti na eventualne metastatske promjene. U sklopu obrade određuju se i tumorski biljezi CEA (karcinoembrionalni antigen) i CA 19-9 (karcinom) u krvi jer njegova poslijeoperacijska kontrola omogućuje uvid u daljnje napredovanje bolesti i rano otkrivanje recidiva. Medicinska sestra sudjeluje u psihičkoj i fizičkoj pripremi bolesnika za navedene dijagnostičke pretrage. Svaka pretraga zahtjeva posebne pripreme prije izvođenja, uloga medicinske sestre je pripremiti bolesnika i objasniti mu postupak pretrage kako bi bolesniku tijekom izvođenja bilo što ugodnije.



Slika 6.2.1. Prikaz kolonoskopije

Izvor: Preuzeto sa:

http://hucuk.hr/wpcontent/uploads/2013/05/images_brusura_kolonoskopija.pdf

7. Liječenje karcinoma debelog crijeva

Liječenje karcinoma debeloga crijeva je multidisciplinarno, što znači da se u velikog broja bolesnika primjenjuju dva ili više oblika liječenja. Najčešće su na raspolaganju tri standardna oblika liječenja: operacijski zahvat, kemoterapija i zračenje. Metoda izbora u liječenju kolorektalnog karcinoma je operacijski zahvat koji ujedno pruža najbolju mogućnost izlječenja.

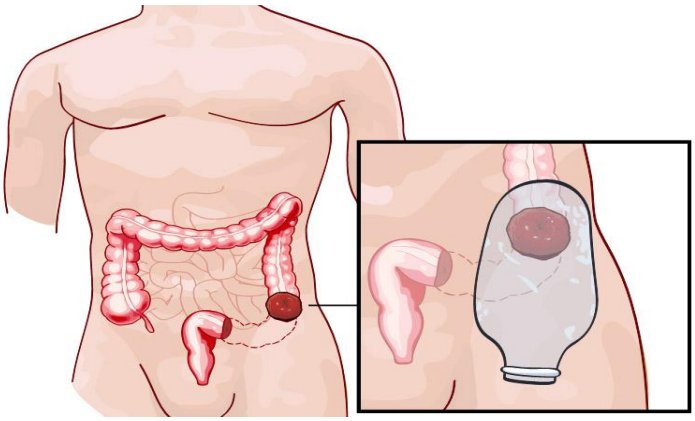
7.1. Operacijski zahvat

Najvažniji faktori koji određuju optimalni kirurški zahvat su stadij bolesti, prisutnost sinkronih tumora kolona i postojanje nekog od sindroma kolorektalnog karcinoma. Također, važno je i opće zdravstveno stanje bolesnika jer su glavni uzroci perioperativne smrti kardiovaskularne i plućne komplikacije. [5] Najčešće se operacijskim zahvatom najbolje može ukloniti tumor i postići rezni rubovi bez tumora. Kirurško liječenje karcinoma kolona uključuje potpuno uklanjanje primarne karcinomske lezije s pripadajućim drenažnim limfnim čvorovima.

Vrsta operacijskog zahvata ovisi o lokalizaciji tumora i o tome je li bolesnik ili nije u stanju ileusa. Ako bolesnik dolazi sa znacima ileusa, potrebo je najprije omogućiti izlaženje stolice i vjetrova. U tu se svrhu radi tzv. zaobilazna crijevna anastomoza ili kolostoma, ovisno o lokalizaciji tumora. [7] (slika 7.1.1.)

Anastomoza se izvodi kada se dio crijeva ukloni i postoji mogućnost šivanja dvaju novonastalih krajeva crijeva, a kolostoma se izvodi nakon odstranjenja tumora, kada liječnik ne može zašiti dva kraja crijeva te na površinu trbušne stjenke izvodi kraj crijeva odnosno kolostomu.

Kolostoma može biti privremena i trajna. Privremena se izvodi kod ozljeda, perforacije ili fistule kolona, te kod karcinoma kolona u stanju ileusa. Trajna kolostoma se izvodi kod inoperabilnog karcinoma kolona i rektuma, te kod operabilnog karcinoma rektuma prilikom radikalne amputacije rektuma. Za izbor adekvatnog kirurškog postupka nužno je odlično poznavanje vaskularizacije i limfne drenaže crijeva. Na temelju vaskularizacije kirurška anatomija dijeli kolon na desni i lijevi. [5]



Slika:7.1.1. Prikaz prekida kontinuiteta crijeva, izvođenje kolostome

Izvor: Preuzeto sa: http://ndla.no/nb/node/72645

Ponekad se i nakon odstranjenja cijelog vidljivog tumora preporučuje kemoterapija kako bi se uništile moguće preostale karcinomske stanice. Upravo adjuvantna terapija ima cilj povećati mogućnost potpunog izlječenja nakon kirurškog zahvata. Adjuvantna se kemoterapija počinje provoditi unutar mjesec dana od operacijskog zahvata. Primjenjuje se u slučajevima kada je tumor reduciran (nije se mogao u cijelosti odstraniti), ili kada je sav vidljivi tumor odstranjen, ali postoji rizik od ostajanja prostim okom nevidljivih tumorskih stanica. Radijacijska terapija je upotreba zračenja u svrhu uništavanja tumorskih stanica i smanjenja tumorske mase. Razlikujemo vanjsko i unutarnje zračenje. Nakon provedene terapije radi se krvni test kojim se mjeri razina CEA kako bi se pratio tijek liječenja. Indikacije za adjuvantno zračenje u kombinaciji s kemoterapijom postoje u bolesnika u III. stadiju bolesti i visokorizičnih odabranih bolesnika u II. stadiju bolesti.

8. Sestrinska skrb u prijeoperacijskom periodu

Svrha opće preoperativne pripreme za operacijski zahvat je osigurati bolesniku najbolju psihičku, fizičku, socijalnu i duhovnu spremnost. Važno je s bolesnikom izgraditi odnos povjerenja. [10] Prije samog operativnog zahvata medicinska sestra je bolesnika i njegovu obitelj upoznala i objasnila način kirurškog zahvata, poslijeoperacijsku njegu, komplikacije i rehabilitaciju. Ako bolesnikovo zdravstveno stanje zahtjeva izvedbu kolostome, bolesniku i njegovoj obitelji potrebno je objasniti da je kolostoma najbolje rješenje za trenutno zdravstveno stanje, te kako se s kolostomom može normalno nastaviti živjeti. Treba ih upoznati sa stoma pomagalima i na koji će ih način koristiti nakon operativnog zahvata.

Psihološka prijeoperacijska priprema bolesnika je vrlo važna jer omogućuje da bolesnik bolje podnese operativni zahvat, brže se oporavi, treba manje analgetika, a boravak u bolnici se skraćuje. Prijem bolesnika u bolnicu i operativni zahvat mogu izazvati osjećaj bespomoćnosti, izgubljenosti i straha. [11] Upravo zato psihološku pripremu bolesnika započinje kirurg od trenutka kada saznaje za potrebu liječenja kirurškim putem sve do odlaska u salu, oni zajedno utvrđuju potrebu, važnost i korisnost kirurškog zahvata, te važnost izvođenja kolostome. Medicinska sestra nastavlja pripremu dolaskom bolesnika na odjel, pristupi li ona već kod prijema osmijehom i toplom riječi, može već tada zadobiti bolesnikovo povjerenje. Često je kod bolesnika prisutan strah od smrti, boli, operativnog zahvata i/ili anestezije. Prisutan je i strah od vlastitog izgleda nakon operacije, strah kako će obitelj podnijeti njegovo izbivanje od kuće, moguć je i strah od gubitka zaposlenja, gubitka podrške obitelji, a javljaju se i problemi vezani uz nemogućnost zadovoljavanja nekih od ljudskih potreba iz Maslowljeve piramide. Medicinska sestra svojim pristupom i radom treba kod bolesnika nastojati umanjiti strah, tjeskobu i zabrinutost s kojom pacijent dolazi, te mu pomoći izgraditi samopouzdanje. Medicinska sestra utvrđuje razinu znanja bolesnika o vlastitoj dijagnozi, prognozi, operativnom zahvatu i očekivanoj razini poslijeoperacijskog funkcioniranja, pokazuje mu bolesničku sobu i prostorije na odjelu koje bi mu mogle zatrebati. Medicinska sestra daje obavijesti o predstojećem zahvatu, upućuje ga u važnost i svrhu određenog postupka, pruža mu emocionalnu podršku i daje mu upute o komunikaciji sa zdravstvenim osobljem i obitelji, te obavijesti o posjetima članova obitelji. Uči bolesnika vježbama disanja, opuštanja, iskašljavanja i prevenciji tromboze. Dobru međusobnu suradnju,

te smanjenje tjeskobe i potištenosti kod bolesnika izgraditi ćemo pozitivnim odnosom između bolesnika i medicinskog osoblja. Važno je poticati bolesnika na suradnju u planiranju i provođenju zdravstvene njege, važno je uključiti i obitelj u rad s bolesnikom kada god je to moguće. Ako postoji mogućnost dobro je uključiti i stomaterapeuta. Bolesniku treba u edukaciji osigurati letke, brošure i slike kako bi lakše mogao shvatiti edukaciju. Od prvog kontakta s bolesnikom treba mu omogućiti i poticati ga da postavlja pitanja, uz poštovanje njegovih osjećaja i potreba.

Bolesnik prije operativnog zahvata mora obaviti niz pretraga vezanih za bolest, te rutinske pretrage za kirurški zahvat. Medicinska sestra objašnjava postupke pretraga i njihovu svrhu, bilježi sve relevantne podatke, također bilježi i moguće promjene na sluznicama, koži, te poremećaje u funkciji osjetnih organa, ravnoteže i slično.

Nekoliko dana prije operacijskog zahvata bolesnik mora biti na visoko kaloričnoj dijeti sa što manjim udjelom ostataka u procesu probave. Najvažnija je lokalna priprema crijeva koja se provodi u dva postupka, a to su mehaničko čišćenje crijeva i bakteriostatsko i baktericidno djelovanje na crijevnu floru.

Mehaničko se čišćenje provodi na nekoliko načina:

- Davanjem purgativa: najčešće se daje magnezijum sulfat, a u novije vrijeme i osmotski diuretik
- Davanjem klizme: klizma se daje navečer, dan prije operacije. Ne smije se davati ujutro na sam dan operacije jer dio tekućine obično zaostane u kolonu. Klizmom se uspješno očisti samo lijevi kolon.
- Irigacijom cijelog crijeva: kontinuirano ispiranje cijelog crijeva elektrolitskom otopinom kroz nazogastričnu sondu.

Antibakterijsko čišćenje se provodi na dva načina:

- Oralnim uzimanjem: slabo apsorbirajućih antibakterijskih lijekova (kanamicin ili neomicin uz metronidazol, kroz dva do tri dana)
- Parenteralnim davanjem: aminoglikozida i cefalosporina uz metronidazol/ jedan do četiri sata prije operacijskog zahvata [11]

Zahvaljujući predoperativnoj lokalnoj pripremi i antimikrobnoj profilaksi moguće je smanjiti učestalost septičkih zahvata na kolonu i rektumu za 5- 7%. [12]

Kada kirurg planira kolostomu, od velike je važnosti prije operacije označiti optimalno mjesto na koži bolesnika, i to gledajući ga u stojećem, sjedećem i ležećem položaju. Treba izbjegavati postavljanje kolostome u nabore kože abdomena. Označavanje je vrlo važno kod osoba kod kojih je kolostoma trajna kako bi im se što više olakšala njega kolostome. Treba izabrati područje dovoljno ravno na trbušnoj stjenci i dovoljno daleko od umbilikalnih i koštanih bridova kako bi se lako mogla postavljati adhezivna vrećica. [12] Ako postoji mogućnost dobro je uključiti i stomaterapeuta u preoperativno označavanje kolostome.

8.1. Opća preoperativna priprema bolesnika dan prije operacije

Počinje provjerom vitalnih funkcija, promatranjem općeg stanja, razgovorom. Svakako treba provjeriti je li bolesnik obavio sve potrebne pretrage. Naručiti krv i plazmu ako je liječnik ordinirao.

Važna je priprema probavnog trakta, pa zato 12 sati prije operacijskog zahvata ne smije jesti, a 6 sati prije operacijskog zahvata ne smije piti. To znači da mu je zadnji obrok ručak i to juha (dan prije operacije). Može piti negazirana pića (vodu, čaj, sok) do 24 h. Čišćenje probavnog trakta započinje u 14:00 sati ako se koristi colocleans ili manit 20% (250 ml, per os), ili u 18:00 sati ako se čišćenje radi pomoću klizme. Danas se najčešće koristi Dulcolax tableta oko 12:00 sati ili supozitorij u 18:00 sati. Bolesniku reći da prije operacije mora skinuti sve što bi moglo ometati operaciju ili anesteziju kao što su nakit, šminka, zubna proteza, leće, donje rublje. Važno je i provođenje osobne higijene odnosno kupanje cijelog tijela uključujući i kosu u blagim antisepticima ili germicidnim sapunom, u svrhu smanjenja bakterijske flore na koži.

8.2. Opća preoperativna priprema bolesnika na dan operacije

Priprema bolesnika na dan operacije započinje provođenjem higijene. Medicinska sestra pruža pomoć polupokretnom ili nepokretnom bolesniku pri obavljanju higijene. Tuširanje je uvijek bolje od kupanja, posebno treba oprati područje operativnog polja i dijelove tijela gdje se razmnožava više bakterija (prepone, spolovilo, axilarna regija, kosa, područje iza ušiju, nosna šupljina i područje između prstiju na rukama i nogama).

Priprema operativnog polja se uglavnom provodi u sali. Bolesnički krevet mora biti presvučen, medicinska sestra provjerava bolesnikovu dokumentaciju, kontrola vitalnih

funkcija, promatranje bolesnika, obavljanje laboratorijskih pretraga koje još nedostaju. Po potrebi se uvodi nazogastrična sonda i trajni urinarni kateter. Važno je još jednom bolesniku reći da se mora pridržavati ranije navedenih uputa vezanih za operaciju. Reći mu da skine svu odjeću ako do tada još nije, skine zubnu protezu i nakit, obavi nuždu i smjesti se u krevet. Medicinska sestra stavlja elastične povoje/čarape na noge u svrhu sprječavanja tromboze/tromboembolije, na poziv iz sale daje propisanu premedikaciju i transportira bolesnika u operacijsku salu.

8.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Bolesnik nakon operacije provodi 24 do 48 sati u JIL-u (jedinici intenzivnog liječenja), nakon toga se vraća na odjel. Zdravstvena njega bolesnika usmjerena je na uklanjanje simptoma, sprječavanje i prepoznavanje komplikacija krvarenja, tromboembolije, sprječavanje infekcije i poučavanje bolesnika. U dogovoru s medicinskom sestrom najbolje je da bolesnik zauzima Fowlerov položaj zbog smanjenja napetosti trbušne stjenke, a time i boli, te zbog bolje ventilacije pluća, lakšeg iskašljavanja i bolje drenaže krvi i seruma iz rane.

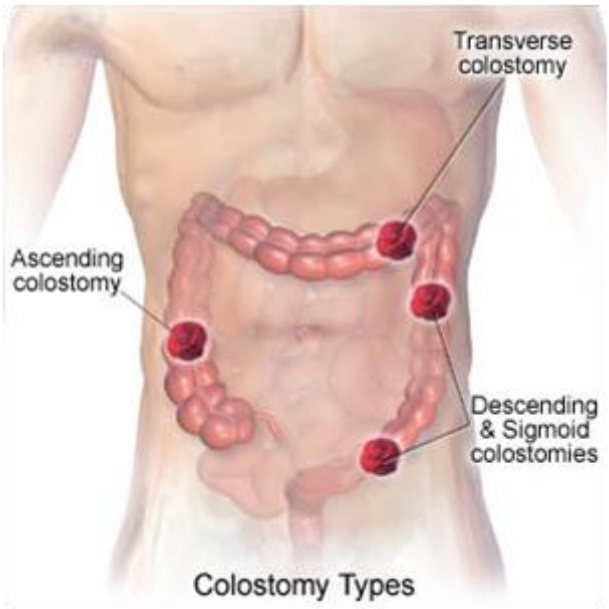
Medicinska sestra promatra vanjski izgled, mjeri puls, tlak i disanje svakih 15 minuta tijekom prva 3 sata nakon operacije, a zatim svakih 30 minuta. Mjeri diurezu, zbog mogućnosti retencije urina. Kontrolira drenažu, mjeri i bilježi količinu i izgled drenažnog sadržaja. Medicinska sestra sudjeluje ili u potpunosti provodi osobnu higijenu, kontrolira i previja kiruršku ranu i kolostomu. Njeguje usnu šupljinu, kožu i sluznice, sprječava oštećenje i infekciju. Potiče bolesnika na suradnju i provodi s njim vježbe disanja i iskašljavanja, te vježbe ekstremiteta. Osigurava povoljne mikroklimatske uvijete, i osigurava pravilnu prehranu. Bolesnik je dva dana na parenteralnoj prehrani dok se ne uspostavi peristaltika, treći dan uz parenteralnu prehranu postupno mu se daje čaj žličicom prateći njegovo stanje. Četvrti je dan bolesnik na tekućoj dijeti i oprezno mu se daje kašasta hrana. Kašastu hranu koja ne nadima i ne izaziva opstipaciju bolesnik jede 14 dana, nakon toga počinje s konzumiranjem normalne hrane. Važno je da medicinska sestra preporučiti bolesniku da ne bi smio konzumirati hranu koja nadima i dovodi do opstipacije ili proljeva.

Nakon nekoliko dana od operacijskog zahvata kada bolesnik bude spreman medicinska sestra će provesti edukaciju o kolostomi. Naučiti će bolesnika i njegovu obitelj kako pravilno

provoditi higijenu kolostome, što je važno za prehranu, kako nabavljati potrebna pomagala, te kako kvalitetno i nesmetano nastaviti živjeti i baviti se svojim aktivnostima.

9. Zdravstvena njega bolesnika s kolostomom

Kolostoma dolazi iz grčkog jezika i sastavljena je od dvije riječi, kolon što znači debelo crijevo i stoma što znači otvor. [10] Kolostoma je trajno ili privremeno izveden dio na trbušnu stjenku, u svrhu pražnjenja stolice. Ovisno o izvedenom dijelu kolona razlikujemo cekostomu, transverzostomu, i sigmostomu (slika 9.1).



Slika 9.1. Prikaz pozicioniranja kolostome

Izvor: Preuzeto sa:

https://sveznalica.zvu.hr/islandora/object/zvu%3A30/datastream/PDF/view

Kolostoma može biti:

1. Privremena, odnosno postavljena na nekoliko tjedana, mjeseci ili godina koja se radi kod:

- Ozljede, perforacije ili fistule kolona
- Karcinoma kolona u stanju ileusa

2. Trajna ili definitivna (do kraja života) koja se radi kod:

- Inoperabilnog karcinoma kolona i rektuma
- Operabilnog karcinoma rektuma prilikom radikalne amputacije rektuma

Razlikujemo dva oblika kolostome: dvocijevna i jednocijevna. Jednocijevna ili terminalna kolostoma je kolostoma s jednim crijevnim otvorom. Sigmoidni kolon se presječe otprilike u sredini te se proksimalni kraj izvuče kroz poseban otvor u lijevoj donjoj ilijačnoj udubini i sašije se puna debljina crijeva s kožom. Preostali, to jest distalni kraj sigmoidnog kolona, rektum i anus zajedno se s tumorom izvuče perinealnim putem. Ovo je trajna ili terminalna kolostoma, a najčešće se radi kod malignog tumora distalnog dijela rektuma i anusa. [12] Dvocijevna ili lateralna kolostoma je kolostoma s dva crijevna otvora. Najčešće se za ovu vrstu kolostome upotrebljava poprečno ili sigmoidno debelo crijevo. Crijevo se odmah otvori i zašije se cijela debljina crijeva s kožom tako da ostaju dva crijevna otvora. Kolostoma je jedna od najčešće izvedenih stoma probavnog trakta. Razlikuju se po veličini, obliku koji može biti okrugao, ovalan ili nepravilan. Mogu biti izbočene, uvučene ili u razini kože. Prva stolica nakon operacijskog zahvata se javlja unutar dva do pet dana.

Stoma ne posjeduje živčane završetke te se stoga ne prenosi osjećaj boli niti bilo kakve druge osjete što treba uzeti u obzir kod njege stome. [10] Kolostoma treba biti sjajna, vlažna, crvene boje, slična unutrašnjosti usne šupljine.

9.1. Komplikacije kolostome

Komplikacije kolostome su česte i zahtijevaju pozornost medicinske sestre, liječnika, stomaterapeuta, obitelji pacijenta i ako je to moguće pacijenta. Navedene su najčešće komplikacije kolostome.

Rane posljeoperacijske komplikacije:

- Krvarenje može biti rana i kasna komplikacija. Obično je inadekvatna hemostaza razlog krvarenja. Zbog mogućeg krvarenja savjetuje se apliciranje prozirne vrećice, kako bi se krvarenje lakše uočilo.
- Nekroza nastaje zbog nedovoljne krvne opskrbe crijevne vijuge. Javlja se u prvvih 24 do 78 sati nakon operacijskog zahvata.
- Retrakcija je uvlačenje stome kroz trbušni zid. Stoma izgleda kao rupa u trbušnoj stjenci, a sluznica stome nije vidljiva.
- Peristomalna infekcija može nastati kao rana ili kasna komplikacija.

- Peristomalni apsces ili fistula obično se javlja kod bolesnika s upalnim promjenama probavnog sustava. Otežana je njega stome zbog lokalne bolnosti, otoka i seceniranja iz fistule.
- Peristomalna hernija posljedica je peristomalne infekcije područja anusa, loše tehnike kreiranja stome. Liječenje je kirurško s izvođenjem anusa na drugom mjestu i reparacijom primarnog defekta
- Dehiscijencija anastomoze pojavljuje se u 5-10% slučajeva. Učestalost je veća što je anastomoza blize analnom rubu, zatim kod imunokompromitiranih bolesnika i bolesnika u kojih je provedena prijeoperacijska iradijacija. Rasteretna stoma pomaže u prevenciji popuštanja anastomoze [3]

Kasne posljeoperacijske komplikacije:

- Krvarenje najčešće nastaje kod irigacije, postavljanja vrećica ili kod patoloških stanja sluznice.
- Prolaps stome je ispadanje svih slojeva crijeva kroz otvor stome zbog loše fiksacije. Korekcijski operativni zahvat se mora izvoditi kod narušene cirkulacije i funkcije stome
- Perforacija stome se može dogoditi prilikom davanja klizme za čišćenje crijeva.
- Laceracije stome su pukotine na površini sluznice stome koju bolesnik primjeti kao pojavu svježe krvi na vrećici. Uzrok može biti premali otvor na vrećici, tvrdi pojas ili grubost pri njezi.
- Stenoza stome je otežano pražnjenje crijeva pri čemu otvor može izgledati normalno,a li se palpira tvrd i neelastičan rub. Dilatacija stome privremeno pomaže, ali je korekcijski operativni zahvat neizbježan.
- Mehanički zatvor može biti izazvan tvrdom stolicom, stranim tijelom ili priraslicama. [10]

9.1.1. Komplikacije peristomalne kože

- Nadražajni dermatitis je nealergijska kožna reakcija na nadražujuću tvar. Uzrok može biti sadržaj koji curi iz stome ili sredstva koja se koriste u njezi stome. Promjene su ograničene na područje kontakta s nadražujućom tvari. Bitno je pronaći uzrok. Lokalno se mogu primijeniti kortikosteroidi.
- Kandidijaza je porast gljivica na izmijenjenoj koži čiji uzrok može biti vlažnost kože, toplina, nekritički upotrebljeni antibiotici. Liječenje se vrši antimikoticima

- Mehaničke ozljede koje se mogu dogoditi zbog grubosti pri promjeni podloge, nepravilne njege, naročito kod osjetljive i tanke kože. Mogu varirati od crvenila, ulceracija, sa prisutnom boli i žarenjem. Potrebno je primijeniti zaštitna sredstva pri njezi stome.
- Hiperplazija je prekomjeran rast kože i potkožja. Okružuje djelomično ili potpuno bazu stome i širi se uokolo. Preporuča se upotreba fleksibilnog sustava.
- Folikulitis je upala korijena dlake. Najčešće nastaje nakon depilacije ili brijanja. Važno je pažljivo brijati kožu oko stome i izbjegavati aparat za brijanje te sredstava za depilaciju. [10]

Važnu ulogu u prevenciji nastanka gore navedenih komplikacija ima medicinska sestra. Ona svojim znanjem i vještinama prepoznaje komplikacije, prati sadržaj stome i pridonosi poboljšanju kvalitete zdravstvene njege, te educira pacijenta i njegovu obitelj kako što kvalitetnije provoditi njegu kolostome nakon odlaska iz bolnice.

9.2. Uloga medicinske sestre u njezi kolostome

U medicinskoj literaturi 1926. godine prvi se puta spominje njega stome. Postepeno se dolazi do spoznaja da je za kvalitetan način života osoba sa stomom prije svega potrebno znanje medicinskog osoblja koje brine o njezi pacijenta sa stomom. Pravilna njega kolostome od iznimne je važnosti i slovi kao jedna od najvažnijih prevencija komplikacija. Budući da se artificijelni anus nekontrolirano prazni, bolesnici s umjetnim anusom prisiljeni su na korištenje pomagala koja omogućuju kontrolu stome. Ne tako davno, mogućnosti kontrole bile su vrlo skromne. Međutim zahvaljujući razvoju medicinske tehnologije, posljednjih godina došlo je do znatnog napretka. [10]

Kada se bolesnik oporavi od operacijskog zahvata medicinska sestra ga upoznaje i uključuje u proces njege kolostome i u pripremu potrebnog materijala. Važno je da medicinska sestra bolesniku pomogne u izgradnji samopouzdanja kako bi što pažljivije i odlučnije provodio njegu bez straha i srama. Kolostoma je organ vlastitoga tijela od izuzetne je važnosti za poboljšanje kvalitete življenja bolesnika i treba na nju gledati kao i na ostale organe.

Tijekom edukacije bolesniku je potrebno pružiti psihološku i emocionalnu podršku. U edukaciju je važno uključiti i obitelj oboljelog bolesnika i ako smo u mogućnosti stomaterapeuta. Budući da u Hrvatskoj nemamo razvijenu granu medicine koja uključuje stomaterapeute, bolesnicima možemo savjetovati da stručnu pomoć stomaterapeuta potraže u

susjednoj nam zemlji Sloveniji. Što se medicinska sestra pozitivnije odnosi prema bolesniku i njegovom stanju to će se i on sam pozitivnije odnositi prema sebi.

Medicinska sestra objašnjava i demonstrira na koji način primijeniti stoma pomagala sve dok bolesnik i/ili njegova obitelj (član obitelji) ne počne samostalno i pravilno izvoditi postupak. No prije samog učenja njege važno je naučiti bolesnika i/ili obitelj koje sve vrste pomagala za kolostomu postoje (slika 9.2.1.) i kako ih mogu nabavljati.

Slika 9.2.1. Prikaz pomagala za kolostomu

Izvor: Preuzeto sa: http://www.stoma-medical.hr/maloprodaja/index.html

Suočavanje sa kolostomom za bolesnike vrlo je teško, boje se kako će oni sami prihvatiti kolostomu i kako će njihova okolina to prihvatiti. Najveća zabrinutost kod bolesnika je sram i strah. Strahuju osjeti li se miris stolice, vidi li se vrećica preko odjeće. Kod mlađih velika je zabrinutost za seksualni život, osobito kod žena hoće li moći rađati. Bolesnici se često pribojavaju da će u cijelosti morati promijenit način dosadašnje prehrane. Bolesnike često zabrinjava hoće li se moći nastaviti baviti fizičkom aktivnošću, mogu li plivati, trčati. Kolostoma zahtjeva promjene u životu, kako kod samog bolesnika, tako i kod supružnika, roditelja, djece, cijele obitelji, upravo je i to jedan od razloga koji zabrinjava bolesnika. Bolesnik je zabrinut hoće li obitelj prihvatiti kolostomu, gadi li im se, hoće li im on sada biti teret. Sa svim tim problemima ne susreće se samo bolesnik, već i njegova obitelj oni također žele znati što ih očekuje nakon operativnog zahvata i kako pomoći oboljelom. Kako bi im olakšali prilagodbu važno ih je dobro educirati, a kako bi edukacija bila što kvalitetnija potrebno je imati stručno zdravstveno osoblje koje brine o njezi bolesnika sa stomom. Iako u našoj zemlji brigu o bolesnicima sa stomama vode medicinske sestre, važno je da su one kvalitetno educirane i da posjeduju potrebna znanja i vještine.

9.3. Postupak provođenja njege kolostome

Kada je medicinska sestra s bolesnikom i/ili članovima obitelji prošla edukaciju o potrebnim pomagalima za kolostomu i rekla im gdje i kako ih mogu nabaviti, kreće u demonstriranje postupka njege. Medicinska sestra opere ruke i priprema potreban pribor. Sam postupak izvođenja njege je sljedeći: nakon što smo si pripremili sav potreban pribor, stavljamo čiste rukavice. Skidamo postojeću stoma vrećicu pažljivo počevši odozgo prema dolje, izbjegavajući natezanje kože i odlažemo ju u vrećicu za otpadni materijal (može se istresti sadržaj iz vrećice u wc školjku). Kožu oko stome pažljivo peremo mekanim smotuljkom gaze ili rupčićem u čistoj vodi ili s neutralnim sapunom, potom je važno dobro posušiti kožu suhim i mekanim ubrusom. Mjerimo veličinu stome i na sredini podloge izrezujemo otvor koji točno odgovara promjeru stome. Na suhu i neoštećenu kožu lijepi se nova stoma vrećica ili podloga pazeći da se lijepi odozdo prema gore i da dobro prijanja uz kožu, zatim prstom prijeći po unutarnjim rubovima uz samu stomu kako bi se osiguralo dobro prijanjanje ljepila i podloge (pločice) na kožu, a na dobro pričvršćenu podlogu stavlja se vrećica koja mora dobro prijanjati uz stoma podlogu. Ako je koža oko stome oštećena ili se bolesnik žali na svrbež ili žarenje ne preporuča se stavljanje stoma podloge. Koža se pere toplom vodom i neutralnim sapunom i njeguje zaštitnim kremama. Ako su nastale ragade koristi se i antibiotski sprej, a na stomu se kroz par dana stavlja samo lagani sloj gaze. Bolesniku se preporuča dijeta sa što manje otpadnih produkata. [11]

Problemi s kožom nastaju zbog čestog skidanja samoljepljive vrećice, prevelikog otvora na podložnoj pločici, eventualne alergije na ljepilo, propuštanja vrećice, odljepljivanja vrećice, i istjecanja crijevnog sadržaja po koži ili upale korijena dlake. Da bi se ti problemi izbjegli, potrebno je nježno postupati s kožom, brijati dlake ispod podloge, redovito mijenjati podložnu pločicu i izbjegavati eventualne alergene za kožu. Tuširanje i kupanje bolesnika sa stomom moguće je sa vrećicom, ukoliko se rabi vrećica s filterom za ispuštanje viška plinova, potrebno je filter zatvoriti naljepnicom koja se nalazi na originalnom pakiranju.

Najveći napredak u kontroli kolostome predstavlja uvođenje tehnike irigacijom posebnim irigacijskim sustavom. Tehniku je inaugurirao Turnbull, a omogućuje bolesnicima s kolostomom da dva do tri dana nakon irigacije ne trebaju nositi nikakvu vrećicu osim minijaturne koja štiti otvor kolostome od mehaničke iritacije odjeće, odnosno rublja. Tehnika izvođenja: rezervoar s 600-700 ml mlake vode se postavi u visini ramena. Cijev koja je

povezana s rezervoarom se uvede u stomu pomoću specijalnog nastavka koji se prije namaže vazelinom. Bolesniku se savjetuje da petnaest minuta prije irigacije uzme doručak koji će izazvati gastrokolitički refleks i tako pospješiti evakuaciju. Nekoliko minuta poslije irigacije treba napeti trbuh kako bi se evakuacija pospješila. U slučaju mučnine ili bolova treba postupak prekinuti i nastaviti kada bol popusti. Pražnjenje crijeva se odvija u dvije faze. Prva nastupa neposredno nakon izvršenja irigacije, a druga dvadeset do trideset minuta nakon irigacije. Nakon završenog pražnjenja, bolesnik nema stolice dva do tri dana. [12]

Nakon što je medicinska sestra nekoliko puta objasnila i pokazala pravilan postupak izvođenja njege kolostome. Bolesnik i njegova obitelj trebaju demonstrirati i ispričati naučeni postupak kako bi medicinska sestra vidjela jesu li naučili pravilan postupak njege. Dobivaju i određene letke i brošure sa slikama koje će im još dodatno olakšati provođenje postupka. Važno je napomenuti bolesniku da će trebati vremena da stekne samopouzdanje u njezi stome, te će tako steći i rutinu, a promjena vrećice ce predstavljati nekoliko minuta više u normalnoj rutinskoj upotrebi WC-a.

9.4. Prehrana

Važno je da medicinska sestra prilikom edukacije o njezi kolostome, spomene i smjernice za prehranu bolesnika sa kolostomom. Prehrana se svodi na konzumaciju raznolike i uravnotežene prehrane koja se preporuča svoj zdravoj populaciji. Treba izbjegavati masnoće i jače začine u postoperativnom toku. [12] Ipak, svjestan odabir određenih namjernica može imati utjecaj na konzistenciju stolice, broj stolica, razvoj neugodnih mirisa i nadutost. Poželjno je voditi dnevnik prehrane uz evidenciju neugodnih smetnji kako bi se utvrdila podnošljivost namirnica. [16]

Važno je jesti polagano, u redovitim čestim i malim obrocima, dobro žvakati, jesti u miru bez napetosti. Potrebno je uzimati puno tekućine, a izbjegavati gazirana pića, sokove, sportske izotoničke napitke jer sadrže povećanu količinu šećera i napuhuju (tablica 9.4.1). Povećanje unosa hrane i tekućine bogate vlaknima smanjuje je mogućnost nastanka opstipacije. Opstipaciju je lako kontrolirati irigacijom kod lijeve kolostome. Proljevi mogu biti uzrokovani virusima, antibioticima, ali i nekim drugim lijekovima. Isto tako proljev može biti znak loše probavljivosti određenih prehrambenih proizvoda. Ukoliko je problem u

prehrani treba iz jelovnika izbaciti hranu koja je voluminozna i s puno vlakana te jesti onu koja će zgusnuti stolicu. [10]

Za čvrstu stolicu	Banana, prokuhano mlijeko, kuhana riža, sir, tjestenina, žele, krumpir, griz, kruh
Za mekšu stolicu	Grahorice, pivo, kupus, proizvodi s kofeinom, lisnato povrće, sok od suhe šljive, začinjena hrana, dinja
Neugodne mirise smanjuje	Jabuka, zeleno lisnato povrće, peršin, jogurt
Vjetrove mogu uzrokovati	Pivo, brokula, kupus, cvjetača, gume za žvakanje, kukuruz, krastavac, grah, dinja, mlijeko/mliječni proizvodi, luk, grašak, gazirana pića, začinjena hrana
Hrana koja može izazvati zatvor	Mahune, kukuruz, voće sa sjemenkama, suho voće, gljive, citrusno voće, orašasti plodovi, ananas, kukuruzne kokice, ljuska od jabuke, rajčica, integralne namirnice, kora tikvice
Hrana koja može pojačati miris stolice	Šparoge, grah, pivo, kupus, sir, jaja, kava, riba, luk, češnjak

Tablica 9.4.1. Prikaz savjeta za regulaciju stolice

Izvor: Preuzeto sa:http://kbc-rijeka.hr/docs/PREHRANA%20ZA%20PACIJENTE%20SA%20STOMOM.pdf

9.5. Aktivnosti u svakodnevnom životu s kolostomom

Nakon operacijskog zahvata bolesnici su često skloni vjerovati kako se ne mogu vratiti natrag u svoj uobičajeni životni ritam, strahuju kako će stoma utjecati na aktivnosti u svakodnevnom životu. Teško je prihvatiti činjenicu da od sada pa nadalje treba nositi stoma vrećicu, no to nije razlog da se prestane sa aktivnostima kojima se osoba bavila prije operacije. Medicinska sestra treba poticati bolesnika na bavljenje sportom, šetnje, vožnju biciklom, putovanja, poslove u vrtu, seksualni odnos, te povratak na posao.

Kod sportova treba izbjegavati one sportove koji mogu dovesti do ozljeda i jakih udaraca u trbuh, a dobro je zapamtiti da je čak i laka vježba dobra vježba za srce, zglobove, mišiće, pluća i za cjelokupni bolji osjećaj. Preporučljivo je nositi odjeću koju bolesnik nosio i prije kako bi se osjećao što ugodnije. Važno je napomenuti bolesniku da je kolostoma teško primjetljiva preko odjeće, jer su današnje vrećice vrlo tanke i ne propuštaju neugodne mirise.

Kolotoma vas ne sprječava u putovanjima samo je važno ponijeti sa sobom set za provođenje njege kolostome i sav potreban materijal u većoj količini. Kolostoma nije prepreka za intimne odnose. Normalno je biti osjetljiv na činjenicu da se na tijelu dogodila promjena. Partneru treba dati do znanja da seksualni odnos neće povrijediti kolostomu. U početku se mogu javiti problemi vezani za erekciju i orgazam kod muškaraca, a kod žena problemi vezani uz vaginalnu suhoću. Ukoliko postoje bilo kakvi problemi, uvijek se možete obratiti liječniku. [10] Kolostoma ne predstavlja smetnju ni kod začeća, ali treba voditi brigu o nasljednim čimbenicima i genskom učinku terapije. Zato prije nego što se bolesnik odluči za planiranje obitelji zatraži mišljenje liječnika.

Povratak na posao isključivo ovisi o zdravstvenom stanju bolesnika, dobro ga je planirati sa svojim liječnikom. Ne preporuča se obavljanje teških poslova gdje je potrebno dizanje teških stvari kroz nekoliko mjeseci, dok trbušni mišići u potpunosti ne srastu.

U današnje vrijeme bolesnici sa kolostomom prihvaćaju takav način života kao normalan i nastavljaju kvalitetno živjeti i baviti se svakidašnjim aktivnostima. U potpunosti vode uredan i ispunjen život. Važno je da im je pružena psihička i emocionalna podrška kako obitelji i prijatelja tako i medicinskog osoblja kako bi bolesnik lakše prihvatio kolostomu.

9.6. Udruge

Medicinska sestra upućuje i uključuje bolesnika u rad „stoma društva“, kako bi omogućila bolesniku bolju socijalizaciju i lakše prihvaćanje kolostome.

Prvo hrvatsko udruženje osoba sa stomom pod nazivom CRO ILCO osnovano je u Zgrebu 1983. godine u okviru Lige za borbu protiv raka, a 1992. godine osnovan je ILCO savez koji čini petnaestak društava na nivou cijele Hrvatske. Zadaća ILCO društva je da omoguće međusobno pomaganje, a članovi društva će svoja iskustva rado podijeliti s novo operiranim bolesnicima i članovima njihove obitelji. ILCO savez u Hrvatskoj broji preko sedam tisuća bolesnika sa stomom. Na svojim sastancima razmjenjuju iskustva, upoznaju se s novim bolesnicima, prenose im savijete u vezi održavanja stome. Upoznaju ih s pravima vezanim uz invalidsko i mirovinsko osiguranje, zdravstveno osiguranje, socijalnu skrb sve do pitanja povlastica osoba s invaliditetom. Sve novo operirane bolesnike koji se jave u udrugu posjete u njihovom domu te im pruže potrebnu pomoć. Obilaze i članove koji su vezani uz postelju. U

rad ILCO saveza uključeni su i stručnjaci poput onkologa, psihologa, obiteljskih liječnika, medicinskih sestara i stomaterapeuta. Dan Plava vrpca- svjetski dan osoba sa stomom obilježava se 5. Listopada.

Moto ILCO saveza: „Jučer je prošlo, sutra tek će doći, živi danas“. [10]

10. Empirički dio rada

Kako je u Republici Hrvatskoj, a osobito u visoko razvijenim zemljama karcinom debelog crijeva postao vodeći javnozdravstveni problem zadnjih godina, a postavljenje kolostome česta odluka liječnika kao najbolje rješenje za bolesnika, upravo iz tog razloga svrha i cilj mog istraživanja temelji se na tome koliko je obitelj oboljelog bolesnika educirana o kolostomi.

10.1. Ciljevi istraživanja

- Utvrditi jesu li pacijent i njegova obitelji na odgovarajući način educirani prije i poslije operacijskog zahvata
- Ispitati pacijente jesu li ih sestre naučile provoditi njegu intestinalne stome, te kako koristiti stoma pomagala
- Utvrditi koliko znaju o pravilnoj prehrani koja je preporučljiva kod intestinalne stome
- Utvrditi koliko znaju o kvaliteti života s intestinalnom stomom i znaju li kojim aktivnostima se sve mogu baviti
- Utvrditi jesu li zadovoljni dobivenom edukacijom

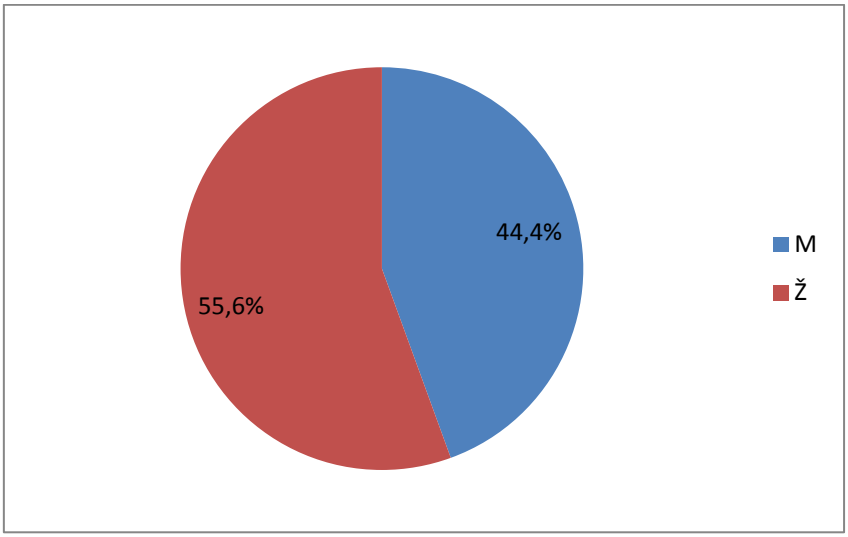
10.2. Ispitanici i metode

Anketa je provedena na uzorku od ukupno 18 ispitanika u Općoj bolnici Virovitica i u Općoj bolnici Varaždin. Kao instrument istraživanja korišten je anketni upitnik, za koji sam uputila pisanu zamolbu za odobravanje istraživanja u Opću bolnicu Virovitica i Opću bolnicu Varaždin.

Upitnik je anoniman i dobrovoljan, i sastojao se od 12 pitanja. Anketu je proveo ispitivač u periodu od 1.6. 2016. – 30.7. 2016.

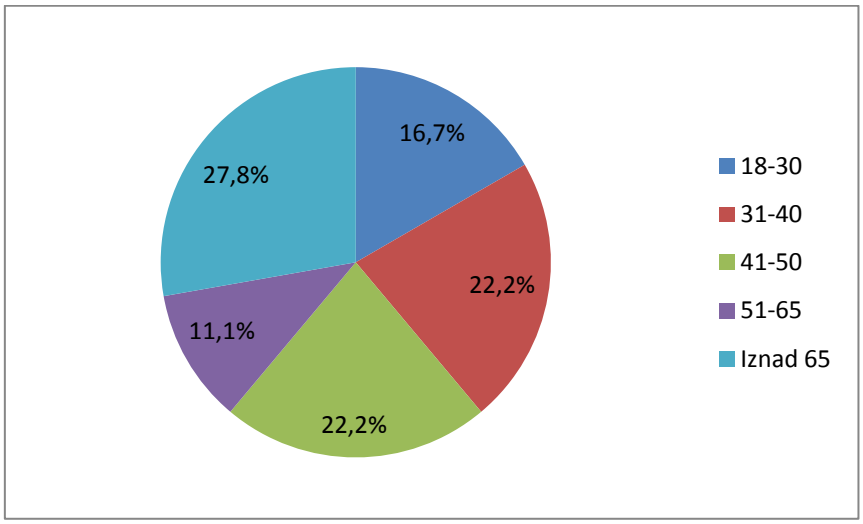
10.3. Rezultati istraživanja

Veći broj ispitanika, njih 55,6 % bilo je ženskog roda, dok je 44,4% ispitanika bilo muškog roda.



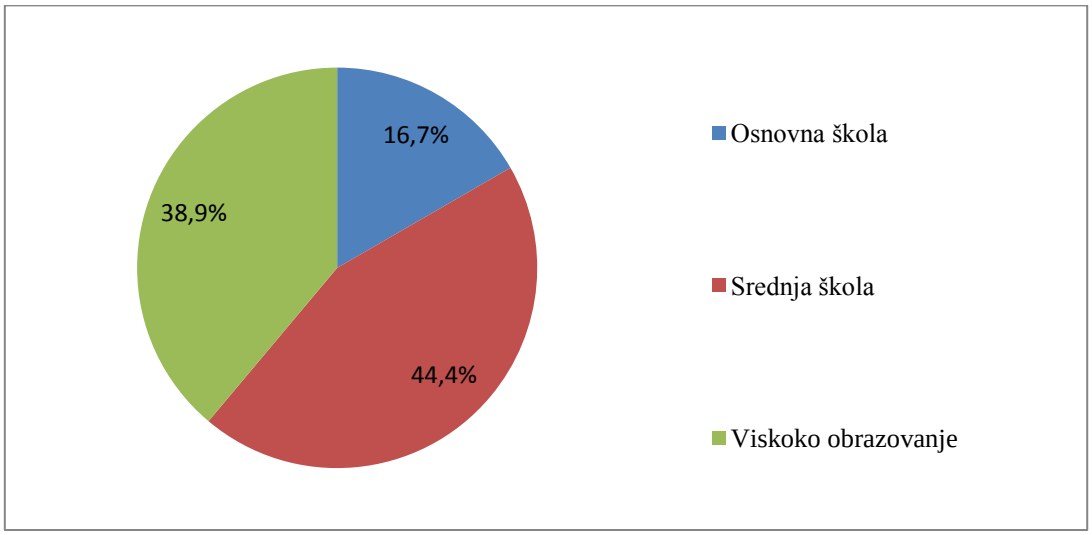
Grafikon 10.3.1. Prikaz spola ispitanika

Starosna dob ispitanika proteže se od 18 sve do iznad 65 godine. Najveći broj ispitanika 27,8% ima iznad 65 godina, od 31 do 40 godine bilo je 22,2% ispitanika, isto toliko i u rasponu od 41 do 50 godine, nešto manji broj ispitanika 16,7% ima od 18 do 30 godina, a najmanji broj ispitanika 11,1% ima od 51 do 65 godina.



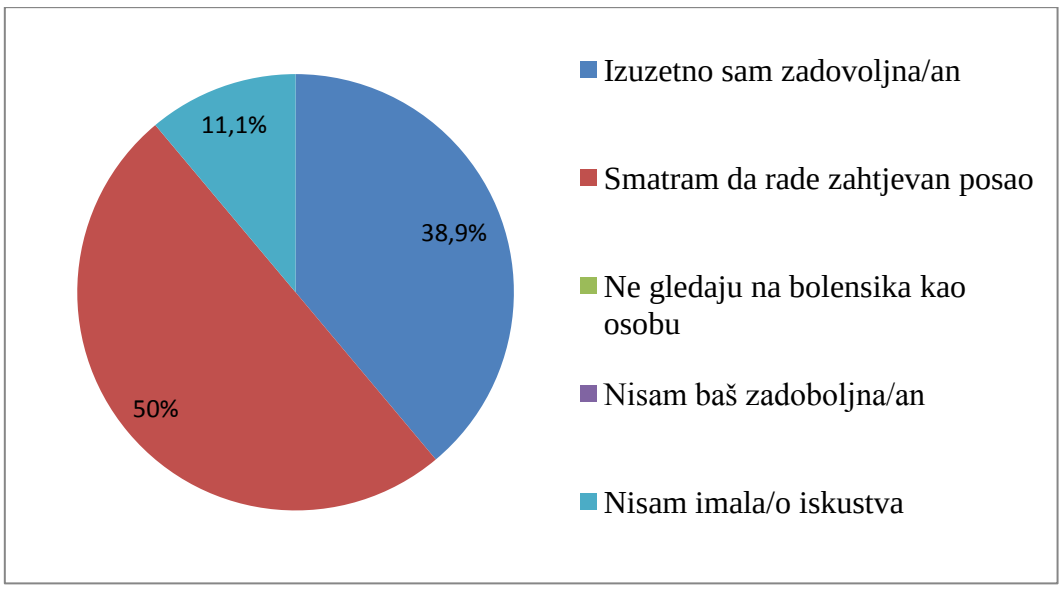
Grafikon 10.3.2. Prikaz strukture ispitanika po godinama

Rezultati istraživanja pokazuju da je stručna sprema ispitanika u 44,4% bila srednja stručna sprema, kod 39,9% visoka stručna sprema, te kod 16,7% ispitanika završena je osnovna škola.



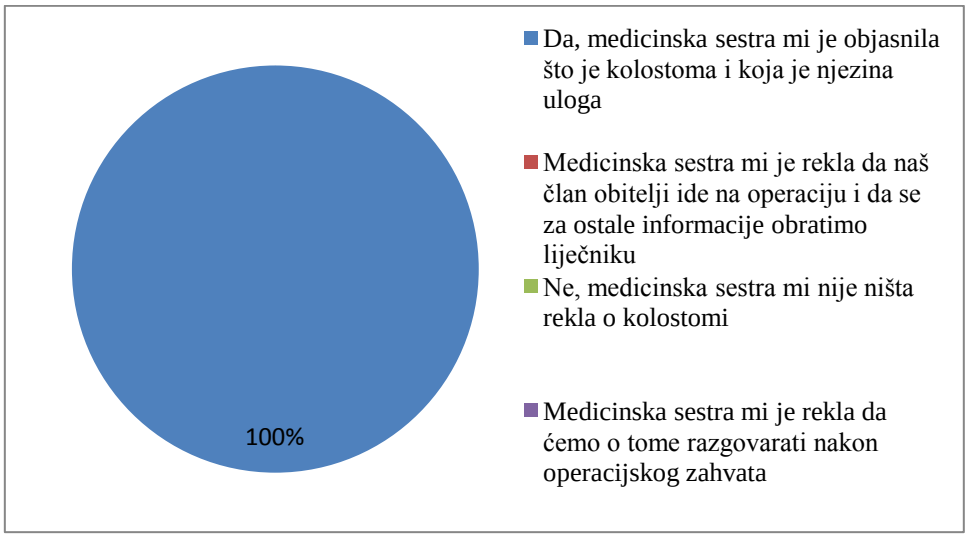
Grafikon 10.3.3. Prikaz stručne spreme ispitanika

Na pitanje o dosadašnjim iskustvima sa zdravstvenim osobljem vidimo da je 50% ispitanika odgovorilo da smatraju da zdravstveno osoblje radi zahtjevan posao, 38,9% ispitanika odgovorilo je da su izuzetno zadovoljni zdravstvenim osobljem, dok je 11,1% ispitanika odgovorilo kako nisu imali iskustva sa zdravstvenim osobljem. Na teze da zdravstveno osoblje ne gleda bolesnika kao osobu i da nisu zadovoljni zdravstvenim osobljem nije zabilježen niti jedan odgovor što je vrlo pozitivan rezultat.



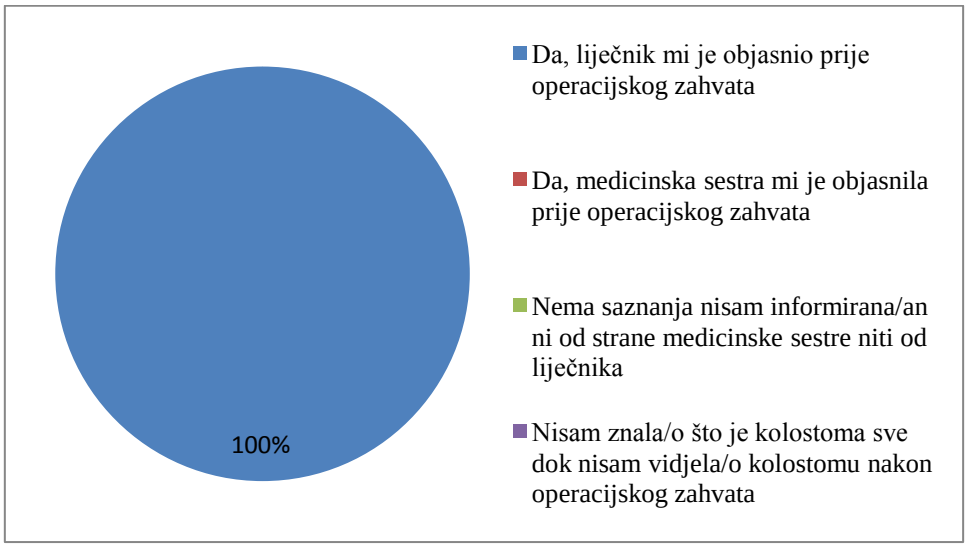
Grafikon 10.3.4. Prikaz dosadašnjih iskustava sa zdravstvenim osobljem

Na pitanje jesu li prije operacijskog zahvata razgovarali sa medicinskom sestrom o kolostomi, te da li im je medicinska sestra objasnila što je kolostoma i koja je njezina uloga svi ispitanici 100% su odgovorili da im je medicinska sestra prije operativnog zahvata objasnila što je kolostoma.



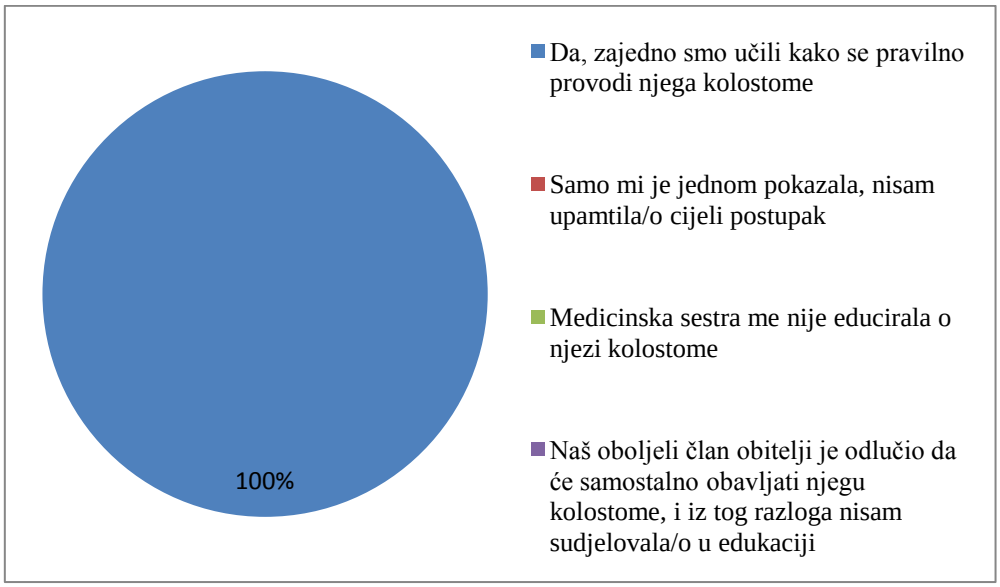
Grafikon 10.3.5. Prikaz razgovaraju li medicinske sestre prije operativnog zahvata sa članovima obitelji o kolostomi

Svi ispitanici 100% složili su se u pitanju broj 6 da su upoznati sa razlozima odabira kolostome kao trajnog ili privremenog rješenja, te da su o tome razgovarali s liječnikom prije operacijskog zahvata.



Grafikon 10.3.6. Prikaz jesu li članovi obitelji upoznati sa razlozima za postavljanje kolostome.

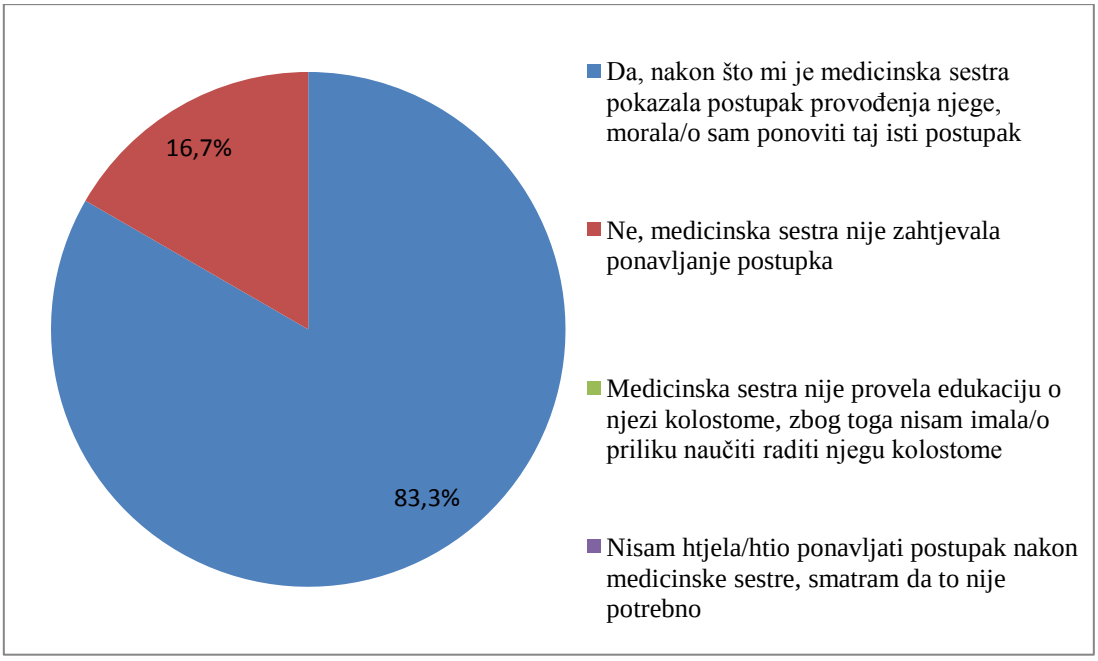
Na pitanje broj 7 je li ih medicinska sestra educirala kako pravilno provoditi njegu kolostome opet dobivamo isti odgovor od svih ispitanika da su zajedno učili kako se pravilno provodi njega kolostome.



Grafikon 10.3.7. Prikaz edukacije o provođenju zdravstvene njege kolostome

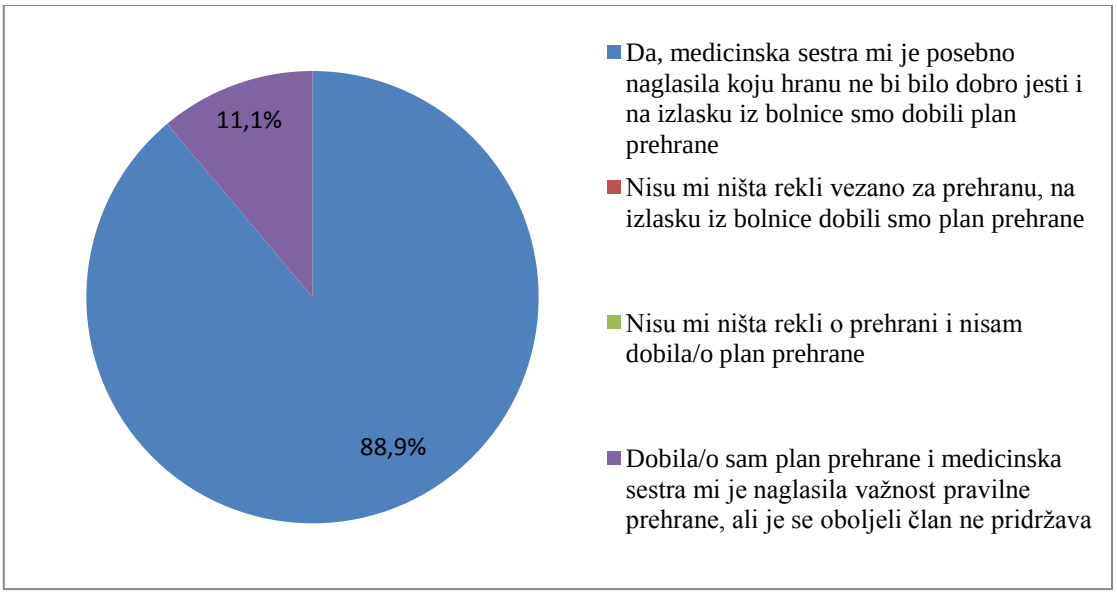
Zanimljivo je kako su ispitanici u 5, 6 i 7 pitanju svi odgovorili istim odgovorom. Prema tim podacima možemo zaključiti da liječnici i medicinske sestre provode kvalitetnu edukaciju bolesnika i njihovih obitelji, te ima tako olakšavaju prilagođavanje na promjenu koja je uslijedila radi poboljšavanja zdravlja oboljelog.
Na najvažnija tri pitanja u anketi dobili smo 100% odgovore od svih ispitanika, što je na početku i bio cilj istraživanja.

Ispitanici su na 8 pitanje odgovorili da su nakon što ih je medicinska sestra poučila kako se provodi njega kolostome morali ponoviti taj isti postupak pred njom, njih 83,3%. To je iznimno dobar rezultat, kvalitetno i točno provođenje zdravstvene njege kolostome važno je dobro naučiti i savladati kako bi spriječili nastajanje mogućih komplikacija. Iako je rezultat ankete zadovoljavajući i edukacija se provodi na pravilan način, ipak imamo 16,7% ispitanika koji nisu morali ponavljati postupak njege kolostome pred medicinskom sestrom što može dovesti do neželjenih posljedica.



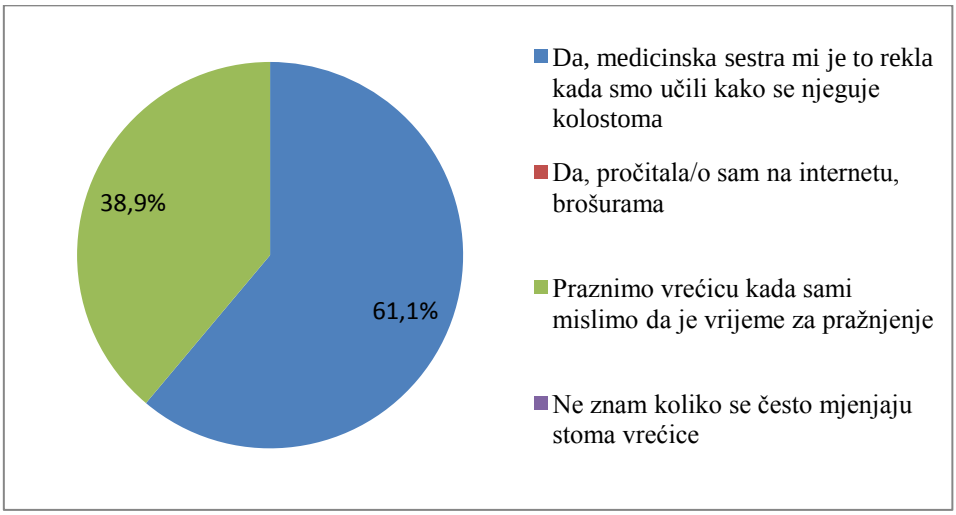
Grafikon 10.3.8. Prikaz ponavljanja njege kolostome pred medicinskom sestrom

Na pitanje o edukaciji o namirnicama i njihovoj pripremi 88,9% ispitanika je odgovorilo da im je medicinska sestra posebno naglasila koju hranu ne bi bilo dobro jesti i na izlasku iz bolnice im je dala plan prehrane. Dok je 11,1% ispitanika odgovorilo kako su dobili upute od medicinske sestre o pravilnoj prehrani, no oboljeli član ih se ne pridržava. Ovdje je također vrlo pozitivan rezultat što veliki broj ispitanika potvrđuje kako se bolesnici pridržavaju pravilne prehrane, no kod bolesnika koji se ne žele pridržavati dobivenih uputa i konzumiraju hranu koja nije preporučljiva može doći do problema sa nadutošću, stolicom i neugodnim mirisima.



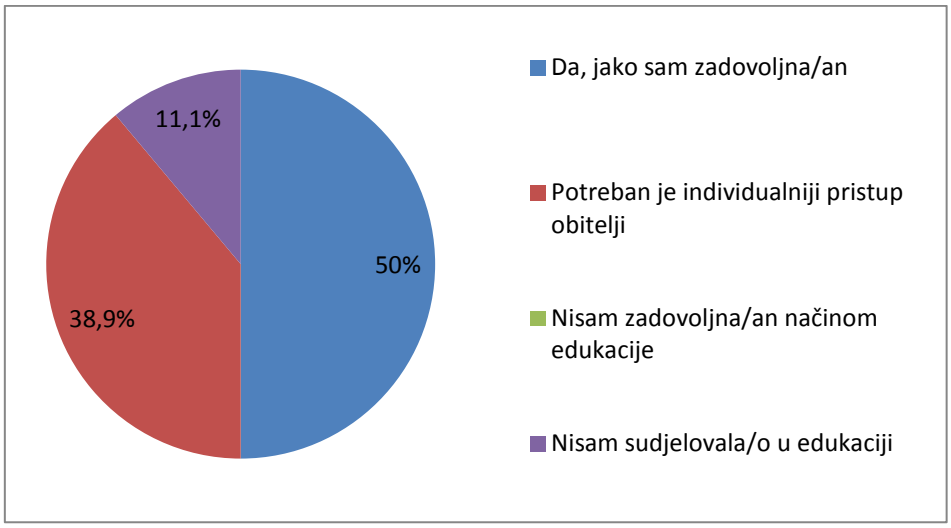
Grafikon 10.3.9. Prikaz edukacije o namirnicama i njihovoj pripremi

Edukacija o učestalosti mijenjanja vrećica također je jako važna, pravilno rukovanje i redovito mijenjanje spadaju u prevenciju komplikacija stome. 61,1% ispitanika odgovorilo je da ih je medicinska sestra poučila koliko često mijenjati ili prazniti vrećicu kada su imali edukaciju o njezi kolostome te kako oni slijede te upute, dok je 38,9% ispitanika odgovorilo da vrećice mijenjaju ili prazne kada oni sami procijene da je vrijeme za to. Neredovito mijenjanje vrećice također može dovesti do brojnih komplikacija koje su navedene gore u tekstu (potpoglavlje 9.1. Komplikacije kolostome), te stvarati ozbiljne probleme bolesniku, ali i obitelji.



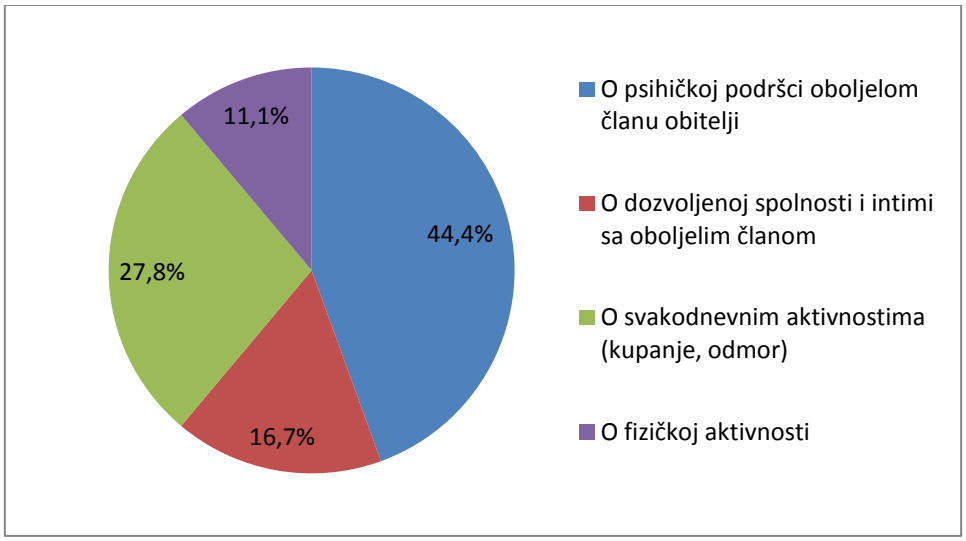
Grafikon 10.3.10. Prikaz edukacije o učestalosti mijenjanja vrećica

U grafu 11 ispitivalo se zadovoljstvo obitelji načinom i kvalitetom edukacije medicinskih sestara. 50% ispitanika odgovorilo je da je jako zadovoljno edukacijom koju su dobili, 38,9% ispitanika izjasnilo se kako je potreban individualniji pristup obitelji, a 11,1% ispitanika odgovorilo je kako nije imalo priliku sudjelovati edukaciji.



Grafikon 10.3.11. Prikaz zadovoljstva ispitanika edukacijom koju su dobili

Na pitanje o temama o kojima bi rado razgovarali sa medicinskom sestrom ispitanici su odgovorili 44,4% o psihičkoj podršci oboljelom članu obitelji, 27,8%o svakodnevnim aktivnostima (kupanju i odmoru), 16,7% o spolnosti i intimi, te 11,1% o fizičkoj aktivnosti oboljelog člana. U ovom grafu vidim da ispitanici najviše ističu problem sa pružanjem podrške oboljelom članu. Izvođenje kolostome kao privremenog ili trajnog rješenja uvelike mijenja život i navike koje je bolesnik do sada duboko usadio. Često se povlače u sebe i odbijaju pomoć. [10] Vrlo je važno da bolesnici imaju veliku podršku kako obitelji, tako i zdravstvenog osoblja kako bi što lakše prihvatili bolest, u konačnici i kolostomu i sve promijene koje kolostoma zahtjeva.



Grafikon 10.3.12. Prikaz tema o kojima bi ispitanici rado razgovarali sa medicinskom sestrom

10.4. Rasprava

Karcinom debelog crijeva iz dana u dan postaje sve veći javnozdravstveni problem, sve se češće suočavamo sa postavljenim dijagnozama kolorektalnog karcinoma, a izvođenje kolostome sve je učestaliji izbor liječenja. Zdravstveno osoblje svakim danom ima sve više bolesnika i obitelji za edukaciju o kolostomi, upravo se iz tog razloga provodilo ovo istraživanje, kako bi se utvrdila kvaliteta edukacije. Iz provedenog istraživanja može se zaključiti da su medicinske sestre savjesno i odgovorno provodile edukaciju obitelji, rezultati su zadovoljavajući te su ostvareni željeni ciljevi. U zdravstvu jako je važna edukacija kako obitelji tako i medicinskog osoblja, kako bi što kvalitetnije obrazovan kadar medicinskog osoblja mogao pomoći bolesnicima i njihovoj obitelji. U svijetu još od davne 1958. godine od kada se navodi da je započet rad stomaterapeuta sve do danas brigu o njezi bolesnika sa stomama preuzeli su stoma terapeuti. Oni su stručno educirani i trebaju znati naučiti pacijenta kako zadržati istu kvalitetu življenja i nakon izvođenja kolostome. Budući da u Hrvatskoj ne možemo pratiti razvoj stomaterapije kroz povijest, može se proučavati razvoj stomaterapije u Sloveniji, susjednoj zemlji sa zavidnim razvojem u tom području rada. Napredak stomaterapije u Sloveniji se bilježi od 1978. Godine, kada je mag. Pavel Košorok, dr. med. kirurg pripremio predavanje za medicinske sestre u Kliničkom bolničkom centru Ljubljana i uspio nadahnuti nekoliko sestara za rad u stomalnoj terapiji. Slovenija je dobila 1981. godine

prvog enterostomalnog terapeuta.[17] U Hrvatskoj se planira pokrenuti obrazovanje za enterostomalnog terapeute na Sveučilišnom fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. To bi uvelike utjecalo na kvalitetu obrazovanja medicinskih sestara i zasigurno donijelo još bolje rezultate u edukaciji bolesnika i njihovih obitelji. Samo kvaliteto i visoko obrazovan zdravstveni kadar može osigurati kvalitetnu edukaciju i dobro prihvaćanje kolostome.

Problem u provođenju anketiranju je bio taj što je u bolnicama bio mali broj bolesnika koji su bili potrebni za anketiranje. Stoga je tako mali broj uzoraka anketiranih osoba. Ali ipak iz tako malog uzorka moglo se analizirati, obraditi podatke i donijeti zaključke.

11. Zaključak

Edukacija je temelj na kojem se izgrađuje kvaliteta života. Bolesnicima nakon operacije je potrebna podrška i osoba koja će biti uz njih u svim fazama oporavka. Stomaterapeuti se ne bave samo njegom bolesnika već su odličan izvor savjeta, smjernica i potpore u teškom prijelaznom razdoblju.[17] Kako bi medicinsko osoblje što kvalitetnije obavljalo svoje zadatke, pružalo potporu i pomoć da se obitelj bolesnika što prije prilagodi na novonastalu situaciju, moraju biti kvalitetno osposobljeni za rad . Stoga je iznimno važno u Hrvatskoj što prije omogućiti medicinskim sestrama obrazovanje u profesiji za stomaterapeute. U istraživanju postignuti su vrlo zadovoljavajući rezultati koji ukazuju kako se edukacija provodila na pravilan način. Važno je da medicinske sestre prenose svoje znanje i iskustvo na bolesnika i njegovu obitelj. Rezultati istraživanja potkrjepljuju da su ispitanici vrlo kvalitetno educirani dajući na najvažnija pitanja 100% odgovore. Razgovarajući sa ispitanicima tijekom anketiranja iskazivali su zadovoljstvo medicinskim osobljem.

Na temelju navedenog može se zaključiti da je za kvalitetnu i uspješnu edukaciju bolesnika i obitelji o kolostomi potrebno imati obučeno i dobro educirano zdravstveno osoblje. U provedenoj anketi se pokazalo kako su ispitanici zadovoljni medicinskim osobljem i načinom edukacije koju su im oni uputili. Zadovoljstvo dobivenim rezultatima istraživanja, potiče nas da medicinsko osoblje u budućnosti sve više napreduje, nadamo se da će imati mogućnosti obrazovati se za stomaterapeute u Hrvatskoj te tako svojim znanjem i iskustvom obogatiti svoju profesiju.

Varaždin, rujan 2016. Ivana Golubić

12. Literatura

[1] A. Včev: Bolesti debelog crijeva, Grafika, Osijek, 2002.

[2] I. Andreis, D. Jalšovec: Anatomija i fizilogija udžbenik za učenike 1. razreda srednje medicinske škole, Školska knjiga Zagreb, 2009.

[3] E. Vrdoljak, M. Šamija, Z. Kusić, M. Petković, D. Gugić, Z. Krajin: Klinička onkologija, Medicinska naklada Zagreb, 2013.

[4] Ž. Ivančević: Medicinski priručnik za pacijente, Placebo d.o.o. Split, 2008.

[5] M. Stanec, D. V. Vrdoljak, M. Turić: Kirurška onkologija, Medicinska naklada Zagreb, 2011.

[6] A. Roth, A. Roth: Rak debelog crijeva, Klinika za tumore, 10 000 Zagreb, Ilica 197, str.:191-199.

[7] I. Prpić i suradnici: Kirurgija, udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, IV. izdanje, Školska knjiga Zagreb, 2009.

[8] N. Antoljak: Organizirani probir za rak debelog crijeva – stepenica na putu smanjenje smrtnosti, Medix, br. 107/108

[9] M. Šamija, H. Kaučić, A. Mišir Krpan: Klinička onkologija, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb, 2012.

[10] K. Sesar: Zdravstvena njega bolesnika s kolostomom, Završni rad, Zdravstveno veleučilište, Studij sestrinstva, Zagreb, 2015.

[11] S. Kalauz: Zdravstvena njega kirurških bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2000.

[12] M. Štulhofer: Kirurgija probavnog sustava, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.

[13] M. Jukić, V. Majerić Kogler, M. Fingler: Bol uzroci i liječenje, Medicinska naklada Zagreb, 2011.

[14] I. Prpić i suradnici: Kirurgija za medicinare, 3. nepromijenjeno izdanje, Školska knjiga Zagreb, 2005.

[15] M. Šamija, D. Nemet i suradnici: Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Medicinska naklada Zagreb, 2010.

[16] http://kbc-rijeka.hr/docs/PREHRANA%20ZA%20PACIJENTE%20SA%20STOMOM.pdf, dostupno 01.06.2016.

[17] M. Buhin: Edukacija bolesnika o stomi i načinu života sa stomom, Završni rad, Sveučilište sjever, Studij sestrinstva, Varaždin 2015.

Popis slika

Slika 2.1. Prikaz anatomije debelog crijeva……3
Slika 6.2.1. Prikaz kolonoskopije……..14
Slika 7.1.1. Prikaz prekida kontinuiteta crijeva, izvođenje kolostome…….……16
Slika 9.1. Prikaz pozicioniranja kolostome……...22
Slika 9.2.1. Prikaz pomagala za kolostomu……..26

Popis tablica

Tablica 3.2.1. Prikaz klasifikacije karcinoma debelog crijeva…….……..6
Tablica 9.4.1. Prikaz savjeta za regulaciju stolice……29

Popis grafikona

Grafikon 10.3.1. Prikaz spola ispitanika……...32
Grafikon 10.3.2. Prikaz strukture ispitanika po godinama……..…….32
Grafikon 10.3.3. Prikaz stručne spreme ispitanika……..33
Grafikon 10.3.4. Prikaz dosadašnjih iskustava sa zdravstvenih osobljem…….33
Grafikon 10.3.5. Prikaz razgovaraju li medicinske sestre prije operativnog zahvata sa članovima obitelji o kolostomi……..34
Grafikon 10.3.6. Prikaz jesu li članovi obitelji upoznati sa razlozima za postavljanje kolostome……..34
Grafikon 10.3.7. Prikaz edukacije o provođenju zdravstvene njege kolostome……...35
Grafikon 10.3.8. Prikaz ponavljanja njege kolostome pred medicinskom sestrom…….....36
Grafikon 10.3.9. Prikaz edukacija o namirnicama i njihovoj pripremi…….36
Grafikon 10.3.10. Prikaz učestalost mijenjanja stoma vrećica…….37
Grafikon 10.3.11. Prikaz zadovoljstvo ispitanika edukacijom koju su dobili……..……37
Grafikon 10.3.12. Prikaz tema o kojima bi ispitanici rado razgovarali sa medicinskom sestrom……..38

Prilozi

Poštovane/i,

Ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u sklopu završnog rada pod naslovom: „Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva“. Ravnateljstvo i Uprava bolnice suglasni su s provođenjem ovog upitnika kod obitelji operiranih bolesnika u cilju da se poboljša pružanje edukacije obitelji,na odjelu kirurgije.
Upitnik je anoniman i dobrovoljan, te će se rezultati koristiti za izradu završnog rada i objavu u stručnim časopisima.
Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika.

Ivana Golubić, Sveučilište Sjever, Varaždin, Studij sestrinstva

Ispred odgovora stavite oznaku X

1**. Spol** □ M □ Ž	**2.Vaša dob je ?**
	□ 18-30
	□ 31-40
	□ 41-50
	□ 51-65
	□ Iznad 65

3. Vaš stupanj obrazovanja?	**4. Dosadašnja iskustva s zdravstvenim osobljem**
□ Osnovna škola	□ Izuzetno sam zadovoljan/na
□ Završena srednja škola	□ Smatram da rade zahtjevan posao
□ Visoko obrazovanje (sve iznad srednje škole)	□ Ne gledaju na bolesnika kao osobu
	□ Nisam baš zadovoljan/na
	□ Nisam imala/o iskustva

1. Prije operacijskog zahvata razgovarala/o sam s medicinskom sestrom o kolostomi?
a) Da, medicinska sestra mi je objasnila što je kolostoma i koja je njezina uloga
b) Medicinska sestra mi je rekla da naš član obitelji ide na operaciju i da se za ostale informacije obratimo liječniku
c) Ne, medicinska sestra mi nije ništa rekla o kolostomi
d) Medicinska sestra je rekla da ćemo o tome razgovarati nakon operacijskog zahvata

2. Upoznati ste s razlozima da će se Vašem članu obitelji učiniti kolostoma?
a) Da, liječnik mi je objasnio prije operacijskog zahvata
b) Da, medicinska sestra mi je objasnila prije operacijskog zahvata
c) Nemam saznanja, nisam informiran/a ni od strane medicinske sestre niti od liječnika
d) Nisam znala/o što je kolostoma sve dok nisam vidjela/vidio kolostomu nakon operacijskog zahvata

3. Medicinska sestra educirala (učila) me kako se pravilno provodi njega kolostome?

a) Da, zajedno smo učili kako se pravilno provoditi njega kolostome

b) Samo mi je jednom pokazala, nisam upamtila/o cijeli postupak

c) Medicinska sestra me nije educirala o njezi kolostome

d) Naš oboljeli član obitelji je odlučio da će samostalno obavljati njegu kolostome, i iz tog razloga nisam sudjelovala/o u edukaciji

4. Nakon što Vas je medicinska sestra poučila kako se provodi njega kolostome ponovila/o sam postupak pred njom, kako bi se ona uvjerila da sam shvatila/o postupak?

a) Da, nakon što mi je medicinska sestra pokazala postupak provođenja njege, morala/o sam ponoviti taj isti postupak

b) Ne, medicinska sestra nije zahtijevala ponavljanje postupka

c) Medicinska sestra nije provela edukaciju o njezi kolostome, zbog toga nisam imala/o priliku naučiti raditi njegu kolostome

d) Nisam htio/htjela ponavljati postupak nakon medicinske sestre, smatram da to nije potrebno

5. Edukacija o namirnicama i njihovoj pripremi koju smije jesti oboljeli član obitelji:

a) Da, medicinska sestra mi je posebno naglasila koju hranu ne bi bilo dobro jesti i na izlasku iz bolnice smo dobili plan prehrane

b) Nisu mi ništa rekli vezano za prehranu, na izlasku iz bolnice dobili smo plan prehrane

c) Nisu mi ništa rekli o prehrani i nisam dobila/o plan prehrane

d) Dobila/o sam plan prehrane i medicinska sestra mi ja naglasila važnost pravilne prehrane, ali je se oboljeli član ne pridržava

6. Edukacija o učestalosti mijenjanja stoma vrećica:

a) Da, medicinske sestre su mi to rekle kada smo učili kako se njeguje kolostoma

b) Da, pročitala/o sam na internetu,u brošurama

c) Praznimo vrećicu kada sami mislimo da je vrijeme za pražnjenje

d) Ne znam koliko se često mijenja stoma vrećica

7. **Zadovoljstvo načinom i kvalitetom edukacije medicinske sestre:**

a) Da, jako sam zadovoljan/na

b) Potreban je individualniji pristup obitelji

c) Nisam zadovoljan/na načinom edukacije

d) Nisam sudjelovala/o u edukaciji

8. Zaokružite one teme o kojima bi rado razgovarali s medicinskom sestrom:

a) O psihičkoj podršci oboljelom članu obitelji

b) O dozvoljenoj spolnosti i intimi sa oboljelim članom

c) O svakodnevnim aktivnostima - kupanju i odmoru s oboljelim

d) O fizičkoj aktivnosti oboljelog

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, Ivana Golubić **pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom** Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva **te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.**

Student/ica:
Ivana Golubić

Ivana Golubić
_____
(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, Ivana Golubić **neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom** Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva **čiji sam autorica.**

Student/ica:
Ivana Golubić

Ivana Golubić
_____
(vlastoručni potpis)