

Skrb o bolesniku oboljelom od karcinoma želuca

Pelin, Viktorija

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:636775>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1644/SS/2022

Skrb o bolesniku oboljelom od karcinoma želuca

Viktorija Pelin, 3313/336

Varaždin, siječanj 2023 godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1644/SS/2022

Skrb o bolesniku oboljelom od karcinoma želuca

Student

Viktorija Pelin, 3313/336

Mentor

Valentina Novak, magistra sestrinstva

Varaždin, siječanj 2023. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJSKI prediplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Viktorija Pelin

IMBROJ

3313/336

DATUM 30.09.2022.

KOLEGI

Zdravstvena njega onkoloških bolesnika

NASLOV RADA

Skrb o bolesniku oboljelom od karcinoma želuca

NASLOV RADA NA
ENGL. JEZIKU

Care for stomach cancer patient

MENTOR

Valentina Novak, mag.med.techn

ZVANJE

predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Tina Košanski, pred., predsjednica

2. Valentina Novak, pred., mentor

3. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., član

4. Ivana Herak, pred., zamjenski član

5.

Zadatak završnog rada

BRJ

1644/SS/2022

OPIS

Karcinom želuca je po učestalosti svih karcinoma četvrti u svijetu i drugi je po stopi smrtnosti. Češći je čak do dva puta kod muškaraca nego kod žena, a incidencija pojave raste s dobi što nam govore i podaci da je više od 75% oboljelih starije od 50 godina, a najčešće se javlja između 60. i 80. godine života. Zbog nespecifičnih simptoma i relativno kasnog definiranja dijagnoze, prognoze za dugogodišnje preživljavanje je loše, osim kod bolesnika s lokaliziranom bolesti. Simptomi poput gubitaka apetita i gadljivosti prema mesu i prema još nekim jelima nije toliko čest simptom karcinoma želuca koliko se smatra. Javlja se najčešće tek u uznapredovaloj fazi razvoja, iznimno u ranim fazama. Samo kod 10 do 20% bolesnika bolest se dijagnosticira dok je još lokalizirana. Unazad posljednjih desetljeća učestalost karcinoma želuca je u padu, no ono što je zabrinjavajuće je porast učestalosti karcinoma smještenog u gornjim dijelovima želuca, osobito kod bolesnika koji su mlađi od 40 godina. Cilj ovog rada je opisati etiologiju, čimbenike rizika, dijagnostičke postupke, metode liječenja, kvalitetu života osoba oboljele od maligne bolesti, te specifičnosti sestrinske skrbi kod oboljelih od karcinoma želuca. Medicinska sestra/tehničar imaju važnu ulogu u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od karcinoma želuca. U skrbi se primjenjuju intervencije koje su usmjerene na rješavanje kako fizičkih tako i psiholoških poteškoća.

ZADATAK VRUČEN

04.10.2022.

POTPIS MENTORA

KOŠANSKI
SVEUČILIŠTE
SIEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Valentini Novak, magistra sestinstva koja mi je pomogla prilikom izrade ovog diplomskog rada svojim nesebičnim savjetima.

Veliko hvala mojoj obitelji koja mi je davala podršku i vjerovala u moj uspjeh, te mi davala vjetar u leđa.

Sažetak

Karcinom želuca je po učestalosti svih karcinoma četvrti u svijetu i drugi je po stopi smrtnosti. Češći je čak do dva puta kod muškaraca nego kod žena, a incidencija pojave raste s dobi što nam govore i podaci da je više od 75% oboljelih starije od 50 godina, a najčešće se javlja između u 60. i 80. godine života. Zbog nespecifičnih simptoma i relativno kasnog definiranja dijagnoze, prognoze za dugogodišnje preživljavanje je loše, osim kod bolesnika s lokaliziranom bolesti. Simptomi poput gubitaka apetita i gadjivosti prema mesu i prema još nekim jelima nije toliko čest simptom karcinoma želuca koliko se smatra. Javlja se najčešće tek u uznapredovaloj fazi razvoja, iznimno u ranim fazama. Samo kod 10 do 20% bolesnika bolest se dijagnosticira dok je još lokalizirana. Unazad posljednjih desetljeća učestalost karcinoma želuca je u padu, no ono što je zabrinjavajuće je porast učestalosti karcinoma smještenog u gornjim dijelovima želuca, osobito kod bolesnika koji su mlađi od 40 godina.

Cilj ovog rada je opisati etiologiju, čimbenike rizika, dijagnostičke postupke, metode liječenja, kvalitetu života osoba oboljele od maligne bolesti, te specifičnosti sestrinske skrbi kod oboljelih od karcinoma želuca. Medicinska sestra/tehničar imaju važnu ulogu u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od karcinoma želuca. U skrbi se primjenjuju intervencije koje su usmjerene na rješavanje kako fizičkih tako i psiholoških poteškoća.

Ključne riječi: karcinom želuca, kvaliteta života, sestrinska skrb, intervencije

Abstract

Stomach cancer is the fourth most common cancer in the world and has the second highest mortality rate. It is even twice as common in men than in women, and the incidence increases with age, as evidenced by the data that more than 75% of patients are over 50 years old, and it most often occurs between the ages of 60 and 80. Due to the non-specific symptoms and the relatively late definition of the diagnosis, the prognosis for long-term survival is worse, except for patients with localized disease. Symptoms such as loss of appetite and aversion to meat and other foods are not as common a symptom of stomach cancer as it is thought to be. It occurs most often only in an advanced stage of development, exceptionally in the early stages. Only in 10 to 20% of patients the disease is diagnosed while it is still localized. Over the last decades, the frequency of stomach cancer has been decreasing, but what is worrying is the increase in the frequency of cancer located in the upper parts of the stomach, especially in patients who are younger than 40 years old.

The aim of this work is to describe the etiology, risk factors, diagnostic procedures, treatment methods, quality of life of people suffering from a malignant disease, and the specifics of nursing care for patients with stomach cancer. Nurses/technicians play an important role in the care of patients suffering from stomach cancer. Interventions aimed at solving both physical and psychological difficulties are applied in care.

Key words: stomach cancer, quality of life, nursing care, interventions

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Anatomija i fiziologija probavnog sustava	2
2. Karcinom želuca	6
2.1. Etiologija i čimbenici rizika.....	6
2.2. Prevencija.....	7
2.3. Klinička slika	8
2.4. Dijagnoza	8
2.5. Liječenje.....	10
3. Skrb o bolesniku oboljelom od karcinoma želuca	11
3.1. Palijativna skrb	12
3.2. Komunikacija.....	14
4. Sestrinske dijagnoze	17
5. Zaključak	27
6. Literatura.....	28

1. Uvod

Karcinom želuca šesti je najčešći uzročnik obolijevanja od karcinoma, s gotovo 900 novooboljelih svake godine, a taj trend nije u opadanju nego u porastu. U Hrvatskoj karcinom želuca drugi je vodeći uzrok smrti, od kojeg umire svaki četvrti stanovnik. U usporedbi s drugim europskim zemljama, Hrvatska je zemlja s umjerenom incidencijom karcinoma, ali visokom smrtnošću. Učestalost karcinoma želuca u Hrvatskoj razlikuje se od one u Europi [1].

Uzrok karcinoma želuca je nepoznat, ali se zna da određene dijete pridonose njihovom razvoju. Najčešće se navodi dimljena i posoljena hrana (meso i riba), kao i nedovoljan unos voća i povrća te određenih kemikalija (konzervansi, nitrati i nitriti). Rezultati brojnih studija pokazali su da su alkohol i pušenje (muškarci koji puše imaju 1,5 puta veći rizik od razvoja bolesti) te pretilost i metabolički sindrom (koji povećava rizik od razvoja karcinoma u predjelu želučane kardije) također povezani s višom stopom karcinoma želuca [2].

Od karcinoma želuca povećani rizik također je primijećen kod ljudi izloženih azbestu, niklu ili kod radnika u proizvodnji gume. Drugi čimbenici rizika uključuju infekciju virusom Epstein-Barr (povezanu s rijetkim oblikom karcinoma želuca koji nalikuje limfoepiteliomu), krvnu grupu A, samački način života, niže obrazovanje i ekonomski status. Neke studije dovode u pitanje vezu između bisfosfonata i karcinoma jednjaka i želuca, ali rezultati su upitni [1].

Epidemiološke studije su pokazale da postoje razlike ne samo u dobi, spolu, geografskoj regiji, već i u anatomske lokalizaciji karcinoma i histološkom tipu karcinoma. Danas je dobro poznato da se morbiditet i mortalitet kod proksimalnih karcinoma želuca ili kardije razlikuje od onih kod distalnih karcinoma želuca. Ova dva podtipa želučanog karcinoma imaju različitu epidemiologiju i patogenezu, iako postoje brojne nedoumice o razlozima razlika. Iako je ukupna incidencija želučanih karcinoma u opadanju, incidencija proksimalnih želučanih i kardijalnih karcinoma raste od 1970-ih, posebno u muškoj populaciji u zapadnim zemljama, a njihova učestalost raste u usporedbi s distalnim želučanim karcinomima.

Proksimalni karcinomi želuca (koji imaju lošiju prognozu) slični su adenokarcinomu jednjaka u smislu spola, etničke pripadnosti i društvenog statusa te se smatra da predstavljaju različite biološke entitete. Karcinomi kardije želuca su 5 puta češći kod muškaraca nego kod žena i dva puta češći kod bijelaca [3]. Karcinomi kardije želuca imaju znatno lošiju prognozu, lošiju stopu 5-godišnjeg preživljenja i veću operativnu smrtnost u usporedbi s karcinomima distalnog dijela želuca [2].

Zdravstvena njega pacijenta zahtijeva predanost i strpljenje medicinskog osoblja, a posebno medicinskih sestara/tehničara koje su u svakodnevnom kontaktu s pacijentima. Svatko drugačije reagira na saznanje da ima zloćudnu bolest, a prilagodba na saznanje da ima zloćudnu bolest je prvih 100 dana. Život pacijenta se promijenio, zahtijeva višestruke prilagodbe od spoznaje da boluje od maligne bolesti, potrebe za liječenjem, te postupaka vezanih uz samo liječenje i oporavak, što dovodi do nevjerice, šoka, straha od moguće boli, tjeskobe, pa čak i umrijeti. Poremećaj normalnog života i poremećaj životnih planova može dovesti do ljutnje i tuge. To su normalni odgovori, a uz podršku okoline oni se u većini slučajeva, čak oko 50% vremena, uspješno suočavaju s novonastalom situacijom.

1.1. Anatomija i fiziologija probavnog sustava

Osnovna potreba života je potreba organizma za hranjivim tvarima. Hranjive tvari tvore nove molekule potrebne za rast i razvoj tkiva i stanica te tvore energiju potrebnu za kemijske reakcije u tijelu. Probavni sustav upravo je sustav koji nam omogućuje unositi hranjive tvari u tijelo, prihvaćati hranu i pretvarati krutu tvar u topljivi oblik. Tvari koje probavni sustav pretvara u topljive oblike otpuštaju se u krvotok, gdje postaju hrana ili skladište za stanice. Sastavni dijelovi probavnog trakta su usta i ždrijelo, zubi, jezik, jednjak, želudac, tanko i debelo crijevo, pomoćne žlijezde i anus. Ostale žlijezde uključuju žlijezde slinovnice, velike probavne žlijezde uključuju jetru i gušteraču te mnoge manje žlijezde. Hrana koju unosimo u organizam mora doživjeti kemijsku i mehaničku razgradnju kako bi tijelo moglo apsorbirati korisne tvari, dok se neprobavljeni dio hrane izbacuje s fecesom. Također, putem probavnog sustava, osim hranom, u tijelo unosimo i vodu i elektrolite koji su tijelu neophodni za pravilan rad i funkcioniranje.

Početni dio probavnog sustava čini usna šupljina. Usna šupljina i pridruženi organi (usne, zubi, jezik i pljuvačne žlijezde) zadužene su za mnoge aktivnosti poput uzimanja i prerađivanje hrane žvakanjem i miješanjem sa slinom gurajući hranu u ostale dijelove probavnog sustava, te također obuhvaća osjetila okusa, dodira, boli i toplinskog osjeta. Usta i ždrijelo mogu se opisati kao mehanički uređaji koji usitnjavaju i prenose hranu u probavni sustav. Zubi su dodatni organi za žvakanje koji režu, drobe i melju hranu. Postoje dvije vrste zubi, mliječni i trajni. Mliječni zubi niču od šestog mjeseca života do kraja druge godine, te ih ukupno ima 20. Počinju ispadati između 6. i 12. godine života i nadomještaju ih trajni zubi. Trajnih zubi ima 32, od toga

po 16 zuba u gornjoj i donjoj čeljusti. Krov usne šupljine sastoji se od tvrdog i mekog nepca, dno je sastavljeno od složenog mišićnog sustava, a najveći dio usne šupljine zauzima jezik [4].

Ždrijelo je šuplji valjkasti organ, dug 12-15 cm. Osim što pripada probavnom sustavu, pripada i dišnom sustavu. Tijekom disanja zrak putuje iz usta kroz ždrijelo u grkljan, a mišići u gornjem dijelu jednjaka se stežu u grkljanu i sprječavaju ulazak zraka u želudac. Prilikom gutanja hrane, hrana u ustima prolazi kroz ždrijelo i u jednjak, gdje grkljanski zalistak (epiglottis) zatvara ulaz u grkljan tako da komadići hrane ne mogu ući [4].

Žlijezde slinovnice pričvršćene su na usnu šupljinu i izlučuju litru do litru i pol sline dnevno. Slina vlaži sluznicu usta i ždrijela te sudjeluje u formiranju zalogaja. Najveća žlijezda slinovnica nalazi se ispred i ispod uha, pa se naziva parotidna žlijezda. Osim parotidnih, postoje sublingvalne žlijezde, koje se nalaze ispod jezika i submandibularne žlijezde ispod tijela mandibule [4].

Jednjak je 25 cm dug cjevasti mišićni organ koji se nalazi u nastavku ždrijela, na prednjoj strani kralježnice. Poprečno-prugasti mišić čini gornji dio jednjaka, dok donje dvije trećine jednjaka čine glatki mišići raspoređeni u kružne i uzdužne slojeve. Unutrašnjost jednjaka obložena je sluznicom koja sadrži mnoge mukozne žlijezde koje luče sluz za podmazivanje zalogaja i lakše klizanje. Osim što pomaže za olakšani prolazak hrane, sluz također štiti donji dio jednjaka od kiselih želučanih sokova. Stezanjem mišića iznad zagriža i opuštanjem mišića ispod zagriža hrana prolazi kroz jednjak bez naše volje. Kontrakcija mišića jednjaka kreće se od usta prema želucu i gura hranu ispred sebe, pa govorimo o peristaltičkim pokretima [4].

Želudac je skladište hrane koji svojim oblikom podsjeća na udicu. Osim skladištenja hrane, hrana se u želucu i probavlja. Veličina želuca je litra i pol. Želudac se nalazi visoko u abdomenu, između jetre i slezene, malo lijevo od medijalne ravnine. Po svojoj anatomiji želudac se sastoji od ulaza, koji se proteže na tijelo, te na dno želuca. Želudac na lijevoj strani počinje želučanim ulazom, pars cardiaca, koji leži u visini međuprostora 11. i 12. torakalnog kralješka. Sluznica kardije želuca je relativno tanka. Sadrži želučane jamice, foveolae gastricae, koje nastaju utiskivanjem epitela u laminu propriju i zauzimaju polovicu cijele sluznice [4]. Lijeva strana želuca počinje na želučanom ulazu, u visini prostora između 11. i 12. torakalnog kralješka. Sluznica kardije je tanka, te se u njoj nalazi želučana jama koja je nastala utiskivanjem epitela u laminu propriju i zauzima polovicu cijele sluznice. Kardijalne žlijezde nalaze se na dnu jamice. Pylorus je izlazni dio želuca preko kojeg se povezuje s dvanaesnikom. Pylorus se nalazi u visini 1. do 3. lumbalnog kralješka [5], ovisno o položaju tijela i disanju. Na tom mjestu nalazi se kružni mišić, sfinkter, koji zatvara prolaz u dvanaesnik. Fundus želuca nalazi se ispod dijafragme i lijevog rebrenog luka. Sluznica fundusa sadrži želučane jamice koje

čine 1/5 do 1/4 debljine sluznice. Sloj cilindričnih stanica tvori epitel na površini želuca, te prelazi u epitel želučane jame [6]. Viskoznu sluz i bikarbonate izlučuju sve površinske epitelne stanice. Želudac je spojen prednjom i stražnjom stijenkom, s malom krivinom u sredini koja je konkavna i uvučena, i velikom zakrivljenošću dolje i bočno, koja polazi od ulaza u kardiju, i konveksana je. Želučani korpus čini glavni dio želuca. Želučana stijenka se sastoji od glatkih mišića, odnosno nastavaka mišića jednjaka, ali zbog anatomije želuca ovaj mišić je podijeljen u dva sloja, a treći sloj čine mišićna vlakna. Izvana je želudac prekriven vlažnom serozom opnom potrbušnicom, a iznutra je ružičasta rezistentna sluznica koja pocrveni kad želudac primi hranu.

Osnovne funkcije želuca su receptivnost, sekrecija, probava i motorička [5]. Receptivna funkcija želuca sposobna je primiti hranu i tekućinu koja se evakuira u niže dijelove probavnog sustava. Sekretorna probavna funkcija luči klorovodičnu kiselinu i pepsinogen, koji djeluju kao aktivni pepsin za probavu proteina. Sekrecija se javlja kada hrana stigne u želudac. Pepsin je enzim koji razgrađuje proteine, uništava većinu bakterija i zgrušava mliječne proteine. Aktivnost pepsina se javlja kada mu je Ph od 0,7 do 4,5. Motorička funkcija želuca osigurava da se sadržaj miješa sa želučanim sokovima sve dok hrana ne postane kašasta, i ne bude poslana u dvanaesnik. Ovisno o funkciji želuca razlikujemo motoričke disfunkcije i disfunkcije želučane sluznice, s tim da su ti poremećaji uvijek kompleksni, kod glavne motoričke disfunkcije je poremećena funkcija sluznice i obrnuto.

Tašto crijevo, proteže se od trećeg lumbalnog kralješka do dvanaesnika i ima debelu ružičastu stijenku [4].

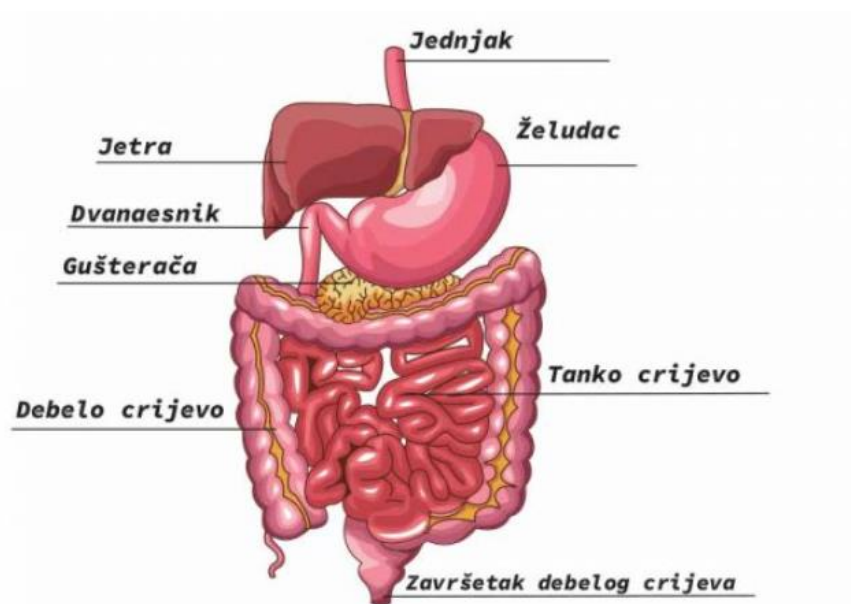
Vito crijevo završava u donjem dijelu trbuha, dugo je 6 metara i savijeno je u mnogo zavoja, da bi se smjestilo u trbušnu šupljinu. Vito crijevo ulazi u debelo crijevo kroz otvor ilealne valvule. Glatki mišići čine osnovu tankog crijeva, koje je podijeljeno na dva sloja i peristaltikom potiskuje svoj sadržaj kroz crijevo. U taštom i vitom crijevu dio hrane upijaju crijevne resice. Vanjski dio tankog crijeva obložen je vlažnom serozom opnom koja ulazi u mezenterij kako bi se crijevo pomicalo i rastezalo.

Proširenjem završava ravno crijevo ili rektum, a prema van se otvara čmarom ili anus. Zgusnuti otpadni ostaci anusom se izbacuju iz organizma.

Jetra je najveća žlijezda u ljudskom tijelu, teška oko 1500 grama, a nalazi se u gornjem desnom dijelu trbušne šupljine, ispod rebara. Gornja površina jetre je konveksna, a donja ravna, a unutar posebne jamice nalazi se žučni mjehur. S donje plohe jetre u jetru ulaze jetrena arterija i vena porte, a izlaze lijevi i desni jetreni kanal. Jetru tvore hepatociti, odnosno jetrene stanice. Jetra je podijeljena na četiri režnja, naime lijevi i desni režanj, kaudalni režanj u sredini, i manji

četverokutni režanj iza njega. Venska krv iz crijeva, koja sadrži probavljene tvari, ulazi u jetru i konačno se skuplja u portalnoj veni zajedno s krvlju iz slezene i želuca. Osim venske krvi, jetrene arterije ulaze u jetru, koja prenosi arterijsku krv za ishranu jetrenog tkiva. Krv iz jetre otječe kroz jetrenu venu i ulijeva se u donju šuplju venu. Izlazeći iz jetre, jetreni kanal prelazi u zajednički jetreni vod, koji s vodom žučnog mjehura ulazi u žučni vod, koji vodi u dvanaesnik. [4]. Kada probavni sustav miruje, žuč iz jetre prolazi kroz jetreni kanal u cistični kanal i tamo se pohranjuje. Tijekom probave žuč se potiskuje iz žučnog mjehura u glavni žučni kanal, dok iz jetre izlazi u dvanaesnik. Žuč se uglavnom sastoji 97% od vode, žučnih soli i žučnih boja.

Gušterača je duguljasta žlijezda duga oko 15 cm, smještena bočno na stražnjoj trbušnoj stijenci, iza želuca u visini prvog slabinskog kralješka. Gušterača se dijeli na tri dijela. Desni kraj sastoji se od glave gušterače, tijela gušterače i lijevog kraja, koji čine rep. Sadrži dvije vrste tkiva, žljezdane dijelove s egzokrinim izlučivanjem, te alfa i beta stanice koje pripadaju žljezdanom sustavu s unutarnjim izlučivanjem. Alfa i beta stanice tvore Langerhansove otočiće. Kanal gušterače prolazi kroz cijelu gušteraču i završava u dvanaesniku zajedno s glavnim žučnim kanalom. Cijeli pankreas je zatvoren vezivnom vrećom koja čini vezivnu bazu žlijezde. [7].



1.1.1. Slika 1. Organi probavnog sustava

(izvor: <https://mbnatural.hr/probavni-sustav-bolesti-probavnog-sustava/>)

2. Karcinom želuca

Karcinomi želuca i debelog crijeva najčešći su maligni karcinomi u ljudi i najčešći zloćudni karcinomi probavnog sustava. Karcinom želuca drugi je najčešći zloćudni karcinom nakon karcinoma pluća. Petogodišnje preživljavanje je između 10% i 20%, a najčešće pogađa muškarce u dobi od 60 do 80 godina. To je najvažnija zloćudna bolest želuca i najčešći uzrok smrti od svih karcinoma. U 90% slučajeva radi se o adenokarcinomu udruženom s displazijom. Teška displazija ima veći rizik od karcinoma, a umjerena i blaga displazija imaju manji rizik. Histološki se dijeli na difuzni tip, koji je raspoređen u različitim dijelovima želuca, intestinalni tip, koji se nalazi u maloj krivini i antrumu želuca. Posljednjih godina, s naglim razvojem medicine i dijagnostike, stečena su nova saznanja o etiologiji, čimbenicima rizika, prevenciji, liječenju i prognozi. Pretpostavlja se da je smanjenje karcinoma želuca rezultat prehrane bogate voćem i povrćem, vitaminom C i karotenom, obrazovanja za izbjegavanje pušenja te vrlo slane hrane i pušenja. Bolje razumijevanje faktora rizika od raka i preventivnih mjera može pomoći u borbi protiv raka općenito.

2.1. Etiologija i čimbenici rizika

Etiologija karcinoma želuca nije u potpunosti razjašnjena, ali čimbenici povezani s karcinomom mogu biti unutarnji i vanjski. Vanjski čimbenici su pušenje i jako zasoljena hrana, nepravilno skladištenje hrane, prekomjerna konzumacija alkohola, pušenje, infekcija *Helicobacter pylori* i nizak standard. Što se tiče unutarnjih čimbenika, vjeruje se da smanjena kiselost želuca, prethodna operacija želuca, atrofični gastritis i/ili perniciozna anemija te dugotrajna primjena antagonista H₂ receptora doprinose razvoju karcinoma želuca. Od genetskih čimbenika to mogu biti nasljedni maligni fenotipovi uzrokovani mutacijama gena p53 i E-cadherin-catenin kompleksa [4].

Helicobacter pylori je gram-negativna bakterija koja je izolirana u Australiji 1983. godine, a danas je infekcija ovom bakterijom jedna od najčešćih bakterijskih infekcija u ljudi. *Helicobacter pylori* uzročno je povezan s razvojem gastritisa, čira i želučanog adenokarcinoma. Glavna biokemijska značajka ove bakterije je visoka proizvodnja ureaze, enzima neophodnog za početnu kolonizaciju i neizravnog markera u dokazivanju prisutnosti bakterije. Prevalencija infekcije *Helicobacter pylori* ovisi o dobi i socioekonomskim uvjetima. U državama u razvoju većina djece se zarazi do desete godine života. Kada su u pitanju razvijene države poput

Sjedinjenih Američkih Država, postoje razlike u prevalenciji među različitim skupinama koje žive u istim socioekonomskim uvjetima, što ukazuje na utjecaj genetskih i okolišnih čimbenika. *Helicobacter pylori* liječi se takozvanom trojnom terapijom, odnosno inhibitorima protonske pumpe i antibioticima, posebno Amoksicilinom i Metronidazolom. Izlječenje *Helicobacter pylori* smatra se kada je odsutnost bakterija potvrđena testovima obavljenima ne ranije od 4 tjedna nakon prestanka antimikrobne terapije [8].

2.2. Prevencija

Iako je učestalost karcinoma želuca u padu, još uvijek veliki broj ljudi oboli od karcinoma želuca. Kod gotovo dvije trećine bolesnika bolest se otkrije u uznapredovalom stadiju kada više nije moguće kirurško liječenje. Ovi pokazatelji pokazuju koliko su važni prevencija karcinoma i rana dijagnoza. Prevencija karcinoma dijeli se na primarnu i sekundarnu, a svrha joj je smanjiti učestalost ove česte i teške bolesti. Što se tiče prehranbenih savjeta, preporučuje se izbjegavanje dimljene, slane, začinjene hrane, jesti oko 5 porcija svježeg voća i povrća s vitaminom C i beta-karotenom, jesti više hrane bogate vlaknima i smanjiti alkohol i pušenje. Čovjekova prehrana sadrži mnoge različite mutagene i kancerogenih tvari, kao i mnoge antimutagene i antikancerogenih tvari. Mnogi od njih mogu generirati slobodne radikale kisika, koji igraju važnu ulogu kao endogeni inicijatori mutacija i oštećenja DNK, što može biti povezano s karcinomom, starenjem i bolestima srca. Unos prirodnih antioksidansa iz prehrane može biti važan aspekt obrane tijela od navedenih tvari [9]. Poznavanje i usvajanje ispravnih prehranbenih navika može biti strategija u borbi protiv karcinoma. Ovo su mjere prvog prioriteta odnosno primarne prevencije. Nadzor bolesnika s dijagnozom peptičkog ulkusa želuca važan je jer se karcinom želuca može zamijeniti s benignim ulkusom. Takvi bolesnici trebaju biti podvrgnuti gastroskopiji i biopsiji barem na početku i na kraju liječenja, budući da se u praksi želučani ulkusi smatraju kancerogenima dok se ne potvrde benigne značajke ulcerativnih lezija. Jednako tako veliku pozornost treba posvetiti bolesnicima s atrofičnim gastritisom, kroničnom ozljedom želučane sluznice, gastrektomijom i pernicioznom anemijom, a bolesnike s dijagnosticiranom *Helicobacter pylori* treba liječiti trojnom terapijom. Sekundarna prevencija karcinoma želuca temelji se na ovim se činjenicama. Sve preventivne mjere ne daju ponekad zadovoljavajuće rezultate, stoga se dijagnoza treba postaviti u što ranijoj fazi bolesti. Karcinom želuca teško je otkriti u ranim stadijima jer nema ranih ili specifičnih simptoma, pa bi se osobe starije od 40 godina s

neobjašnjivim želučanim tegobama trebale podvrgnuti gastrokopiji kako bi se rano otkrili karcinomi. Karcinom u ranom stadiju je tumor koji nije probio stijenku želuca nakon totalne gastrektomije, a prognoza je dobra, s petogodišnjim preživljenjem, čak od 85%.

2.3. Klinička slika

Primarni simptomi gastrointestinalnih poremećaja su bol, nelagoda, mučnina i povraćanje te poremećaj u eliminaciji. Kako bi se identificirali ovi simptomi, potrebno je pribaviti detaljnu anamnezu od bolesnika putem razgovora i ispitivanja. Karcinom želuca u početku uzrokuje atipične neodređene simptome u gornjem dijelu trbuha, osjećaj težine i mučnine nakon jela, gubitak apetita i bol. Bolesnik najčešće ne traži liječnikovu pomoć zbog atipične tegobe. Ako nema opstrukcije, simptomi se javljaju tek u kasnoj fazi poput mučnine, povraćanja, prisutnost krvi u stolici, povraćanje krvi, epigastrična bol, anoreksija i gubitak težine [10]. U uznapredovaloj fazi bolesti bolesnici često imaju prisutne simptome poput mučnine i povraćanja, koji su češći u prednjem dijelu pilorusa, dok kod karcinoma kardije postoji disfagija, praćena hematemezom, melenom, anemijom i slično. Tegobe slične ulkusima bile su prisutne u 25% bolesnika. Prvi simptomi bolesti mogu biti uzrokovani metastazama. To uključuje: ascites, opstruktivnu žuticu, bol u kostima, otežano disanje kada je zahvaćena pleura ili pluća, kod metastaza u mozgu prisutni su neurološki simptomi ili ginekološki problemi kod metastaza u jajnicima [11]. Prilikom postavljanja dijagnoze želučani poremećaj je prisutan u 10-15% bolesnika. Komplikacije bolesti su opsežno želučano krvarenje i opstruktivna žutica. Budući da karcinom želuca nema specifične znakove bolesti, svi bolesnici koji se žale na nespecifičnu i nespecificiranu abdominalnu nelagodu koja traje dulje od tri tjedna trebaju biti podvrgnuti gastrokopiji.

2.4. Dijagnoza

Dijagnostičke metode gastroenterologije, posebice razvoj interventnih endoskopskih metoda te razvoj i primjena dijagnostičkih sredstava posljednjih desetljeća, učinile su liječenje bolesnika točnijim i preciznijim, a liječenje bolesnika uspješnijim. Prvo polazište u dijagnostičkom postupku karcinoma želuca je anamneza.

Medicinska dokumentacija daje zdravstvenim djelatnicima konkretne informacije o simptomima, prehranbenim navikama, prijašnjim hospitalizacijama i bolestima, lijekovima koje bolesnik uzima, obiteljskoj i socijalnoj anamnezi te bolesnikovoj percepciji važnosti i značenju bolesti. Medicinske sestre/tehničari postavljaju sestriinske dijagnoze kroz razgovore s bolesnicima, članovima obitelji i bliskim prijateljima, formuliraju planove zdravstvene njege na temelju povijesti bolesti, a zatim provode fizičke preglede, koristeći četiri tehnike inspekcije: auskultaciju, perkusiju, palpaciju i inspekciju. Tijekom fizičkog pregleda važno je tražiti znakove tumorske mase, ascitesa i limfadenopatije.

U pretragama vrlo je važna uporaba barijevog kontrastnog sredstva za rendgensku dijagnostiku te najsigurniji kirurški zahvat, ezofagogastroduodenoskopija s biopsijom. Barijev kontrastni materijal koristi se za vizualizaciju probavnog sustava za otkrivanje polipa, tumora, masa i divertikula. Medicinska sestra/tehničar objašnjava bolesniku da je potrebno jesti tekuću hranu 24 sata prije testa i da ne smije konzumirati ništa na usta nakon ponoći. Nakon testa daju se laksativi ili klistiri, jer barij može uzrokovati blokadu ako se ne eliminira. Ezofagogastroduodenoskopija omogućuje izravno promatranje jednjaka, želuca i proksimalnog duodenuma. Bolesnika je potrebno fizički i psihički pripremiti za ovaj pregled, a prije toga medicinska sestra/tehničar bolesniku objašnjava postupak i odgovora na sva bolesnikova pitanja.

Ultrazvuk je zlatni standard za dijagnosticiranje bolesti solidnih organa. Medicinska sestra/tehničar će objasniti bolesniku da ne smije uzimati ništa oralno 8-12 sati prije pretrage.

Dijagnostika također uključuje magnetsku rezonancu koja omogućuje precizniju analizu promjena na parenhimskim organima, karcinoembrionalni antigen kojim se mogu dokazati povišeni Ca tumorski markeri u želucu te laparotomiju, zahvat kojim se utvrđuje operabilnost karcinoma. U praksi se često preporučuje CT abdomena i prsnog koša za određivanje stadija bolesti, a nakon endoskopije i biopsije točnost određivanja stadija T utvrđuje se u 43% do 82% [12]. Laparoskopija je korištena za otkrivanje okultnih metastaza kao rezultat studije Memorial Sloan Kettering, koja je procijenila vrijednost dijagnostičkog postupka, u kojem su metastaze otkrivene laparoskopijom u 31% od 657 bolesnika s potencijalno resektabilnim karcinomom želuca [12].

2.5. Liječenje

Cilj liječenja karcinoma želuca je uklanjanje karcinoma i uspostavljanje stanja uhranjenosti bolesnika. Liječenje se sastoji od četiri metode i to: nefarmakološke metode, farmakološke metode, kirurški zahvat i zračenje. No, važno je istaknuti da se samo kirurškim zahvatom bolest može izliječiti, dok ostale metode mogu biti samo palijativne mjere. Prehrambene potrebe bolesnika u potpunosti se nadoknađuju nefarmakološkim mjerama, intravenskom ili, parenteralnom prehranom, uvođenje nazogastrične sonde s ciljem smanjenja pritiska i prevencije postoperativnih komplikacija, primjenom transfuzije za korekciju anemije. Farmakološke metode za suzbijanje boli primjenom analgetika, s izuzetkom analgetika. Farmakološke metode uključuju i primjenu kemoterapije. Kemoterapija uključuje primjenu citostatika s 5-fluorouracilom ili kombiniranu terapiju zračenjem. Kemoterapija se koristi prije operacije kao terapija zračenjem za lokalno uznapredovalu bolest s ciljem snižavanja stadija bolesti i kao postoperativna (adjuvantna terapija) nakon radikalne operacije terapije i zračenja s ciljem iskorjenjivanja mikrometastatske bolesti i povećanja ukupnog preživljenja bez širenja bolesti [12], te kao palijativna terapija kod definitivno lokalizirane i metastatske uznapredovale bolesti, s ciljem produljenja života, poboljšanja kvalitete života i smanjenja patnje uzrokovane samom bolešću. Međutim, kao što je ranije spomenuto, radikalna kirurgija igra glavnu ulogu u liječenju ako se karcinom otkrije tijekom kirurške faze. Prema Laurenu, kirurško liječenje karcinoma želuca zahtijeva totalnu gastrektomiju s radikalnom limfadenektomijom, omentektomiju velikog i malog omentuma te splenektomiju za sve vrste difuznog karcinoma želuca. Međutim, ako se radi o intestinalnom tipu raka smještenom ispred pilorusa, može se učiniti subtotalna gastrektomija i disekcija limfnih čvorova, kao i palijativni kirurški zahvat. Totalna gastrektomija je operacija kojom se potpuno uklanja želudac i anastomozira jednjak s tankim crijevom, dok se subtotalnom gastrektomijom uklanja jedna trećina želuca i anastomozira duodenum ili jejunum.

Općenito, rezultati petogodišnjeg preživljenja nisu baš zadovoljavajući, odnosno petogodišnje preživljenje u Europi je između 25% i 35%. U Hrvatskoj postoji vrlo malo podataka o petogodišnjem preživljenju od karcinoma. Najbolje dokumentirane studije su one iz bolnica Sestre milosrdnice u Zagrebu, gdje je odabrana skupina pacijenata radikalno operiranih zbog karcinoma želuca imala petogodišnje preživljenje od 27,7% [8]. Ukratko, osnovni preduvjet uspješnog liječenja zloćudnog karcinoma želuca je rano otkrivanje bolesti, odnosno karcinoma ograničenog na želučanu sluznicu.

3. Skrb o bolesniku oboljelom od karcinoma želuca

Zadaci medicinskih sestara/tehničara u liječenju bolesnika su složeni i specifični. Za predoperativnu pripremu bolesnika medicinske sestre/tehničari trebaju osigurati najbolju psihičku i fizičku pripremu bolesnika. Preoperativna psihološka priprema uključuje suzbijanje tjeskobe i straha, odgovaranje na pitanja bolesnika vezano uz nadolazeći operativni zahvat, te postoperativne poteškoće i komplikacije. Važno je da bolesnik ima detaljno razumijevanje postupka i što može očekivati nakon postupka. Danas se sve više koristi mikrokirurgija, posebice u liječenju određenih karcinoma, primjenom metoda embolizacije kako bi se karcinomi smanjili i učinili operabilnim [13]. Bolesnicima se prije operacije javljaju mnogobrojni osjećaji, a to su najčešće strah od operacije, strah od neizvjesnog ishoda bolesti, uspjeha operacije, strah od anestezije i buđenja tijekom operacije, tjeskoba, depresija i strah od boli nakon operacije. Stoga je potrebno educirati bolesnika o bolesti, prirodi operativnog zahvata i postupku koji će se primijeniti. Cilj je da bolesnici razumiju svoju bolest i postupke, a da bi to postigle, medicinske sestre/tehničari trebaju procijeniti razinu bolesnikove sposobnosti stjecanja znanja kako bi tom znanju mogle u potpunosti pristupiti. Važno je da informacije koje se daju bolesniku budu razumljive, u skladu s njihovim stupnjem obrazovanja, inteligencije i razumijevanja. Bolesnici koji su uspješno educirani imali su manje strahova i sumnji. Tjelesna priprema uključuje pripremu za razne testove, prehranu i probavnog sustava. Medicinske sestre/tehničari moraju prikupiti podatke o prehrambenim navikama, procijeniti stupanj samostalnosti prilikom provođenja svakodnevnih aktivnosti i osigurati bolesniku optimalne uvjete i mirno okruženje bez stresa.

Fizička priprema za operaciju zahtijeva od medicinskih sestara/tehničara da pripreme bolesnika za standardne preoperativne laboratorijske pretrage, nadoknadu nutritivnih potreba i cirkulirajućeg volumena, dok gastrointestinalna priprema uključuje postavljanje nazogastrične sonde i čišćenje crijeva klistirima dan prije operacije, te preoperativne tekućine nisu dopuštene unutar 24 sata prije operativnog zahvata.

Postoperativna njega uključuje postavljanje bolesnika u Fowlerov položaj od strane medicinske sestre/tehničara, učenje bolesnika kako kašljati, iskašljavati i duboko disati kako bi se spriječile respiratorne komplikacije, njegu oralne sluznice s ciljem sprječavanja stvaranja naslaga, krvarenja, i dekubitusa, intravensku nadoknadu cirkulacijskog volumena, evidenciju unosa i izlučene tekućine, te prate središnji venski tlak i postupno započinju prehranu bolesnika. Prehrana započinje uvađanjem kašaste hrane, zatim se polako uvađa kruta hrana. Također je

važno educirati bolesnika o važnosti ranog ustajanja iz kreveta nakon operacije, a to bi trebao biti prvi dan nakon operacije. Potrebno je nadzirati kiruršku ranu i obavijestiti liječnika o prisutnosti opsežnog krvarenja.

Za bolesnike koji primaju kemoterapiju zadatak medicinske sestre/tehničara je priprema i primjena citostatske terapije. Citostatici se pripremaju u posebnoj prostoriji s digestorima. Digester je stakleno-metalni prostor s posebnim protokom zraka pod negativnim tlakom, s filtrom i ručnim otvorima. Medicinske sestre/tehničari moraju nositi zaštitnu odjeću (masku, ogrtač, naočale, rukavice) prilikom pripreme terapije. Zaštitna odjeća također je potrebna kada se primjenjuje citostatska terapija. Za vrijeme primjene terapije citostaticima, potrebno je posebno praćenje bolesnika, a u slučaju bilo kakvih komplikacija primjena lijeka se mora odmah prekinuti.

3.1. Palijativna skrb

Saznanje o vrlo ozbiljnoj i smrtonosnoj bolesti za bolesnika i obitelj dovodi do određenog niza poteškoća i pitanja, koja se rješavaju uz pomoć stručnjaka. Zloćudna bolest je jedinstveno iskustvo i ljudi različito reaguju na nju. Prvih 100 dana nakon objave dijagnoze smatra se najtežim razdobljem dok se bolesnik i obitelj prilagođavaju novoj situaciji. Diljem svijeta ljudi svaki dan umiru od neizlječivih bolesti. U prošlosti su ljudi umirali kod kuće okruženi obiteljima koja im je pomagala, no danas više ljudi umire u bolnicama. Iako su gotovo svi bolesnici u terminalnoj fazi bolesti hospitalizirani, većina njih svoje posljednje dane radije provodi kod kuće s obitelji i dragim prijateljima.

Danas se zagovara skrb za umiruće u obiteljskom domu, uz obitelj, u koju su uključene medicinske sestre/tehničari, patronažne sestre i obiteljski liječnici. Brz napredak u medicini i tehnologiji omogućio je duži život, što zahtijeva dodatni napor bolesnika i obitelji. Skrb je složena i zahtijeva puno strpljenja, empatije, pomoći i predanosti zdravstvenih radnika, obitelji i prijatelja kako bi umirući mogli dostojanstveno proživjeti svoje posljednje dane. Umirući bolesnik je netko čija je smrt sigurna i ne tako daleko. Za umiruće bolesnike holistička skrb prelazi s kurativne na palijativnu. Cilj zdravstvene skrbi za umiruće nije ubrzati ili odgoditi bol i patnju, već osigurati najvišu moguću kvalitetu na kraju života i očuvati osobno dostojanstvo bolesnika do smrti [14]. Iako je smrt dio života, mnogi ljudi se boje smrti i umiranja, a jedan od glavnih strahova od smrti kod bolesnika i obitelji je strah od boli. Bolesnici se također boje biti ovisni, napušteni i gubitka kontrole nad svojim životom [15]. Procjenom umirućeg

bolesnika dobivaju se podaci o poteškoćama bolesnika kao posljedici bolesti, agresivnog tretmana te pogoršanja tjelesnog, psihičkog i socijalnog funkcioniranja. Naravno, procjena također određuje osnovne potrebe umirućeg. To su potrebe za ublažavanjem boli, održavanje samopoštovanja, potreba za pažnjom i pripadanjem, potreba za empatijom i potreba za komunikacijom. Kako bi zdravstveni radnici mogli zadovoljiti te potrebe i smanjiti osjećaj straha i zabrinutosti bolesnika, moraju imati dobro razvijenu empatiju, strpljenje i znanje. Ponekad je umirućem bolesniku dovoljno da netko sjedi pored njega i drži ga za ruku, odnosno da nije sam, a vlastito samopouzdanje može biti što dulje zadovoljeno ostavljajući bolesnika samog da zadovolji svoje potrebe. Gotovo svaka medicinska sestra/tehničar, bez obzira na radno okruženje, mora pružiti zdravstvenu njegu neizlječivo bolesnima. U skrbi za takve bolesnike, medicinske sestre/tehničari imaju dvojaku ulogu brige o bolesniku i pružanja podrške obitelji i prijateljima. Briga za bolesnikovu obitelj podrazumijeva podršku, pravovremeno informiranje o ponašanju i odgovorima, njezi bolesnika, postupcima njege, potrebno je ohrabriti obitelj kako bi ostali uz bolesnika i poticali obitelj na normalan život.

Bolesnici u terminalnoj fazi mogu biti smješteni u hospicij, odnosno ustanovu čija je primarna djelatnost zbrinjavanje bolesnika u terminalnoj fazi. U hospicijskom programu bolesnik ostaje u vlastitom domu što je duže moguće i tamo dobiva potrebnu skrb. Hospicijska skrb zbrinjava bolesnike koji su možda na kraju života kako bi se ublažile poteškoće s kojima se suočavaju umirući bolesnici. Briga o bolesnicima je interdisciplinarna i uključuje medicinske sestre/tehničare, liječnike, socijalne radnike, radne terapeute, fizioterapeute, kapelane, dijetetičare i članove obitelji. Hospicij nije samo ustanova već koncept skrbi za neizlječivo bolesne bolesnike čiji je glavni cilj smanjenje broja bolesnika boli kako bi postigli dostojanstvenu i mirnu smrt, pružili emocionalnu i duhovnu podršku, pomogli obiteljima i smanjili troškove zdravstvene skrbi. Palijativna skrb stavlja naglasak na život, smrt tretira kao normalan proces, oslobađa umiruće od boli i drugih ozbiljnih simptoma te pomaže obiteljima u njezi bolesnika i žalovanju. Pristup palijativnoj skrbi je interdisciplinaran, uključuje medicinske sestre/tehničare, fizioterapeute, radne terapeute, psihologe, rehabilitatore, kapelane, volontere, socijalne radnike i obitelji koje najbolje poznaju bolesnika i mogu predložiti druge intervencije i pristupe rješenju problema [13].

Kübler-Ross opisuje emocionalne reakcije bolesnika na smrt. Podijeljene su u pet faza, koje se mogu miješati ili preklapati. Važno je da medicinske sestre/tehničari identificiraju različite faze kako bi se mogle planirati zdravstvenu njegu i intervencije. Prva faza reakcije je poricanje. U fazi poricanja bolesnik ne vjeruje u točnost dijagnoze i traži drugo mišljenje. Faza poricanja završava kada bolesnik počne razmišljati o stvarima koje nije učinio. Intervencije

medicinske sestre/tehničara osmišljene su tako da odgovaraju bolesnikovim interesima, osigurava razgovor s liječnikom kada je to potrebno, ne potiče sukobe i potiče podršku obitelji. Druga faza reakcije je faza ljutnje. Bolesnik se pita zašto mu se to događa i zašto sada. Zavidi zdravim ljudima, a ljutnju iskaljuje na medicinskim sestrama/trhničarima. Međutim, važno je znati da ljutnja nije usmjerena na osobu, već na situaciju. U fazi ljutnje medicinska sestra/tehničar sluša bolesnika i njegove probleme te mu pruža podršku. Treća faza odgovora je faza pregovaranja. U toj fazi bolesnik se dogovara s Bogom ili samim sobom i traži više vremena kako bi mogao iskusiti i raditi druge stvari. Medicinska sestra u toj fazi nastoji sudjelovati u željama bolesnika, potiče češće posjete obitelji i osigurava svećeničku podršku. Četvrta faza odgovora je depresija. U toj fazi bolesnik shvaća da umire. Depresija se može izraziti verbalnim i neverbalnim porukama. Medicinske sestre/tehničari su od najveće pomoći u prisutnosti, slušanju i toplim riječima. Peta faza je faza prihvatanja. To se događa ako bolesnik živi dovoljno dugo da u potpunosti prihvati neizbježnost svoje sudbine. Ovo je vrijeme mira i blagostanja, a prisutnost onih koji su bliski bolesniku je vrlo važna [14].

Briga o umirućima jedna je od najtežih zadaća medicinskih sestara/tehničara zbog iznimno složenih i specifičnih biopsihofizioloških promjena koje se događaju kod bolesnika i obitelji. Profesionalna vještina, predanost i osjetljivost za bolesnikove probleme najvažnije su kvalitete koje se očekuju od medicinske sestre/tehničara i cijelog medicinskog tima koji brine o takvim bolesnicima. U posljednjim teškim trenucima bolesnika i njegovoj obitelji potrebno je osigurati najvišu kvalitetu života i pomoći koliko je to moguće, te sačuvati njegovo dostojanstvo i osobno dostojanstvo do smrti [13].

3.2. Komunikacija

Komunikacija je ključna vještina koju zdravstveni djelatnici koriste kako bi zadovoljili potrebe bolesnika da razumiju svoju bolest i slijede medicinske upute i preporuke. Komunikacija mora biti empatična, razumljiva i iskrena. Jednako je važna i neverbalna komunikacija koja mora biti usklađena s verbalnim davanjem informacija. Bolesnici često izražavaju kritike zbog nedovoljne informiranosti i nerazumijevanja svoje bolesti. Nezadovoljni su i zbog toga što je glavni fokus na organskim manifestacijama bolesti, a zanemaruju se psihičke i psihosocijalne posljedice bolesti. Glavni cilj komunikacije trebao bi biti smanjenje osjećaja bespomoćnosti i nelagode uzrokovanih nedostatkom znanja o vlastitoj bolesti i stanju. Odnosno, što više pacijenti saznaju o svojoj bolesti, osjećaju se manje

bespomoćno i imaju veći osjećaj kontrole, čak i kad su suočeni s terminalnom bolešću [16]. Informiranje bolesnika također im može pomoći da se lakše nose s teškom bolešću. Osim toga, nuđenje emocionalne podrške važan je oblik komunikacije. Dajući bolesniku priliku da izrazi svoje osjećaje, povećava se njegov osjećaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti, smanjuje anksioznost, ispravljaju se pogrešna uvjerenja i neznanje, a smanjuju se osjećaji izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarivanja [16]. Rezultat emocionalne podrške je poticanje bolesnika na preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje i pravilno pridržavanje uputa zdravstvenih djelatnika.

Razlozi zbog kojih zdravstveni djelatnici ne komuniciraju dovoljno s teško oboljelim bolesnicima, kroničnim, neizlječivo bolesnim bolesnicima je taj što se osjećaju bespomoćno, nemaju dovoljno vremena za razgovor, te je razgovor s takvim bolesnicima za njih je veliko emocionalno opterećenje, nedostatak znanja o važnosti komunikaciji s takvim bolesnicima. Istraživanja su pokazala da zdravstveni djelatnici izbjegavaju razgovarati s neizlječivo bolesnim bolesnicima jer ne smatraju da je to njihova liječnička dužnost, pa su upravo bolesnici kojima treba blizak odnos sa zdravstvenim djelatnicima najviše izolirani i odbačeni. Zabrinutosti oko toga kako komunicirati s teško oboljelim bolesnicima mogu se riješiti davanjem jasnih uputa zdravstvenim radnicima. Kada bolesnik osjeća potrebu za razgovorom, treba mu omogućiti razgovor, te ne smije biti ograničenja tko treba preuzeti ulogu komunikacije s bolesnikom, te mu se može obratiti svo medicinsko osoblje. Najkompleksnije je pitanje što reći bolesniku, budući da sadržaj poruke uvelike ovisi o osobinama bolesnikove osobnosti, socijalnom i obrazovnom statusu te prethodnoj povijesti bolesti. U svakom slučaju, potrebno je nastojati zadovoljiti osnovne potrebe bolesnika, te pokazati razumijevanje i suosjećanje prema bolesnicima koji strahuju za vlastiti život. Također zdravstveni djelatnici mogu poboljšati svoju komunikaciju tako što ćete pokazati pozitivne emocije, objasniti bolesniku da se nitko ne ljuti na njega, objasniti učinak tretmana i što može očekivati, posvetiti mu malo pažnje i pokušati zadovoljiti njegove potrebe na što jednostavniji način.

Obitelji teško oboljelih važan su izvor socijalne podrške bolesniku, a zaslužuju i pozornost zdravstvenih djelatnika u pružanju informacija o stanju svojih bližnjih. Komunikacija među bolesnicima, obiteljima i zdravstvenim radnicima mora biti otvorena kada se informacije daju, te je potrebno izbjegavati uskraćivanje informacija [16]. Prešućivanje istine stvara pometnju, osobito kada bolesnik otkrije da je njegova obitelj bila obaviještena o njegovom stanju, a njemu je to uskraćeno. Neprofesionalno je da se cijeli liječnički tim ponaša kao da može odlučivati što je za njega dobro. Međutim, istina ima posljedice, a uzbuđenje i depresija sprječava bolesnika da donese odluku o daljnjem postupanju. No, koliko god rasprava bila

burna, svaki bolesnik ima pravo znati svoju dijagnozu, kako bi prema svojim željama mogao izabrati hoće li nastaviti s preporučenim liječenjem. Naravno, sve to ne znači da je lako reći liječniku ili bilo kojem članu medicinskog tima istinu koja sadrži uznemirujuće informacije. Ovo je možda najteža stvar koju zdravstveni radnik mora učiniti. Kako bi se taj proces olakšao, potrebno je poznavati taktike saopćavanja loših vijesti koje se moraju naučiti i uvježbati [16].

4. Sestrinske dijagnoze

Medicinske sestre/tehničari neprestano procjenjuju stanje bolesnika, a zaključci iz tih procjena pomoći će u daljnjem pružanju skrbi. Tek prije nekoliko desetljeća taj se proces počeo nazivati sestrinskim dijagnosticiranjem, a njegovo zaključivanje sestrinskom dijagnozom. Terminologija i taksonomija procesa zdravstvene njege preduvjet su uspješne komunikacije, istraživanja i podučavanja. Osim toga, oni opisuju i čine sestrinsku praksu vidljivom, čime unapređuju sestrinstvo kao profesiju, povećavaju osjećaj odgovornosti i motiviraju medicinske sestre/tehničare da razumiju što se od njih očekuje i što one znače u cjelokupnoj zdravstvenoj skrbi. Postoje mnogobrojne definicije sestrinskih dijagnoza, ali zajedničko im je da proizlazi iz analize podataka o bolesniku, opisuje problem bolesnika, temelji se na objektivnim i subjektivnim podacima, konačan je zaključak medicinske sestre/tehničara i uvijek se odnosi na stanje koje medicinska sestra/tehničar može samostalno zbrinjavati.

Najčešće sestrinske dijagnoze i intervencija koje se provode kod bolesnika koji boluju od karcinoma želuca i bolesnika u terminalnom stadiju bolesti su:

- Anksioznost u svezi s nepoznavanja procesa operativnog zahvata i mogućih komplikacija
- Pothranjenost u svezi s promijenjenim načinom ishrane
- Strah u svezi s neupućenosti u način života nakon operacijskog zahvata
- Neuravnotežena prehrana: unos manji od tjelesnih potreba u svezi s gubitkom apetita
- Bespomoćnost u svezi s ograničavajućom bolesti
- Bol u svezi s prisustvom malignom bolesti
- Anksioznost u svezi s dijagnozom karcinoma želuca
- Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u svezi s alopecijom
- Oštećenje sluznice usne šupljine u svezi s agresivnom primjenom kemoterapije
- Neučinkovito sučeljavanje s bolešću u svezi s znanje i vještine relevantne za pridržavanje terapijskog plana
- Smanjena mogućnost brige o sebi u svezi s osnovnom bolesti
- Smanjeno podnošenje napora u/s dugotrajnog mirovanja 2^o operativni zahvat
- Umor u svezi s kemoterapijom
- Socijalna izolacija u svezi s odsustvom obitelji, prijatelja, podrške
- Povraćanje u svezi nuspojava kemoterapije i radioterapije

- Bol u svezi s operativnom ranom
- Neupućenost u svezi s nedostatkom specifičnog znanja o kirurškom zahvatu i poslijeoperacijskom tijeku
- Strah u svezi s neizvjesnošću maligne bolesti
- Nesanica u svezi s nepodnošljivom boli
- Visok rizik za dekubitus u svezi s smanjene pokretljivosti
- Dehidracija u svezi s velikim tjelesnim naporima
- Poremećaj tekućine i elektrolita u svezi s povraćanjem
- Poremećaj funkcioniranja obitelji u svezi s teškom bolesti bliske osobe
- Beznade u svezi s usredotočenosti na negativne informacije
- Žalovanje u svezi s teškom neizlječivom bolešću

Anksioznost u svezi s nepoznavanjem procesa operativnog zahvata i mogućih komplikacija

Cilj

Bolesnik će razumjeti proces operativnog zahvata. Razgovarat će o operativnom zahvatu i mogućim poslijeoperacijskim komplikacijama.

Sestrinske intervencije

Bolesniku pokazati razumijevanje njegovih osjećaja straha, te stvoriti empatijski i profesionalan odnos s bolesnikom. Objasniti bolesniku o postupcima/procedurama koje će se provoditi na njemu razumljiv način. Poticati bolesnika da verbalizira svoje strahove, te da sudjeluje u donošenju odluka [17].

Pothranjenost u svezi s promijenjenim načinom ishrane

Cilj

Osigurati bolesniku odgovarajuću ishranu

Sestrinske intervencije

U dogovoru sa nutricionistom izraditi plan prehrane, te dokumentirati unos svakog obroka. Osigurati manje ali češće obroke i koja ne nadražuje sluznicu probavnog sustava. U slučaju totalne gastrektomije potrebna je parenteralna nadoknada vitamina B12, praćenje unosa i

volumena tekućine, dnevno vaganje bolesnika, uočavanje specifičnih znakova dehidracije, dnevna kontrola laboratorijskih parametara: K, Na, Guk [17].

Strah u svezi s neupućenosti u način života nakon operacijskog zahvata

Cilj

Bolesnik će savladati strah i steći potrebna znanja o načinu života nakon operacijskog zahvata

Sestrinske intervencije

Bolesnike treba educirati o načinu života nakon operacijskog zahvata, poticati ih na normalne aktivnosti i nužni odmor te educirati da se normalan probavni sustav može uspostaviti unutar 6 mjeseci parcijalnog liječenja. Poticati ih da jedu manji i češće obroke [17].

Neuravnotežena prehrana: unos manji od tjelesnih potreba u svezi s gubitkom apetita

Cilj

Bolesnik neće dalje gubiti na težini

Sestrinske intervencije

U suradnji sa nutricionistom izraditi plan prehrane. Bolesnika poticati da jede, a po mogućnosti jelovnik prilagoditi njegovim željama. Nadoknaditi kalorijski unos parenteralnom prehranom ili uvođenjem nazogastrične sonde ako je potrebno [18].

Bespomoćnost u svezi s ograničavajućom bolesti

Cilj

Bolesnik će se prilagoditi ograničenjima te prihvatiti svoju dijagnozu i promjene životnog Stila

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će poticati bolesnika na aktivnosti koje može sam obavljati. Poticati bolesnika da provodi plan svakodnevnih aktivnosti i pohvaliti napredak. Omogućiti bolesniku da bude što je moguće neovisniji kako bi zadržao samopoštovanje, uključiti obitelj u njegu i podršku bolesniku, te planirati s bolesnikom periode aktivnosti i odmora [18].

Bol u svezi s prisustvom maligne bolesti

Cilj

Bolesnik će nakon provođenja intervencija na skali za procjenu boli validirati bol manjom ocjenom od prethodne.

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će prepoznati znakove boli, te izmjeriti vitalne funkcije. Istražiti zajedno s bolesnikom različite metode kontrole boli i ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol. Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova. Podučiti bolesnika tehnikama relaksacije. Obavijestiti liječnika o bolesnikovoj boli i primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika. Ponovno procjenjivati bol i dokumentirati bolesnikove procjene boli na skali boli [18].

Anksioznost u svezi s dijagnozom karcinoma želuca

Cilj

Bolesnik će se pozitivno suočiti s anksioznosti

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će pružiti psihološku podršku bolesniku, pokazati empatiju, omogućiti mu da verbalizira svoje strahove vezane uz dijagnozu, te odgovoriti točnim informacijama, jasnim i razumljivim, pacijentu treba omogućiti privatnost i mir prema njegovom zahtjevu, u njegu bolesnika trebaju biti uključeni članovi obitelji, a po potrebi i psihijatri i psiholozi [19].

Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u svezi s alopecijom

Cilj

Bolesnik će očuvati pozitivne misli o svom tijelu i izgledu

Sestrinske intervencije

Gubitak kose često je vrlo uznemirujući za oboljele, osobito žene. Ohrabriti bolesnika da izrazi osjećaje povezane s percepcijom vlastitog tijela. Medicinske sestre/tehničari će bolesnike unaprijed pripremiti na gubitak kose, zajedno s bolesnikom odabrati načine prilagodbe novom izgledu, preporučiti postupno skraćivanje i nošenje šala ili kape. Pomoći će ako bolesnik počinje nositi periku prije gubitka kose. Također educirati bolesnike da gubitak kose nije trajan,

da će kosa ponovno narasti nakon prestanka kemoterapije, te da je moguće imati drugačiju boju i kvalitetu. Tijekom tog razdoblja podrška obitelji iznimno je važna, stoga medicinske /tehničari potiču članove obitelji na pružanje psihološke podrške bolesnicima [19].

Oštećenje sluznice usne šupljine u svezi s agresivnom primjenom kemoterapije

Cilj

Bolesnik će održati sluznicu usne šupljine neoštećenom

Sestrinske intervencije

Medicinske sestre/tehničari educiraju bolesnika o pravilnoj oralnoj higijeni, čime se mogu smanjiti ozljede i komplikacije. Bolesnicima će savjetovati pranje zuba mekom četkicom i korištenje četkice nakon svakog obroka. Komercijalna sredstva zabranjeni su predmeti jer sadrže alkohol kako bi se izbjeglo oštećenje. Potrebno je osigurati hranu koja je mekana ili kašasta i neiritirajuća kako ne bi dodatno iritirala oralnu sluznicu. Tijekom primjene kemoterapije hipotermiju oralne sluznice osiguravamo sisanjem kockica leda [20].

Neučinkovito sučeljavanje s bolešću u svezi s znanjem i vještina relevantne za pridržavanje terapijskog plana

Cilj

Bolesnik će se uspješno sučeljivati s znanjem i vještinama relevantne za pridržavanje terapijskog plana

Sestrinske intervencije

Bolesnikovo prihvaćanje dijagnoze ovisi o njegovom emocionalnom i psihičkom stanju. Da bi to postigle, medicinske sestre/tehničari će aktivno slušati probleme i emocije bolesnika, pomažući im da koriste obrambene mehanizme za borbu protiv stresa i straha. Pružanje detaljne informacije o postupcima dijagnostike i liječenja, mogućih nuspojava liječenja i život nakon operacije [20].

Smanjena mogućnost brige o sebi- higijena u svezi s osnovnom bolesti

Cilj

Bolesnik će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika i na temelju toga utvrditi njegovu potrebu za pomoći, osigurati potreban pribor i pomoć za olakšavanje higijene bolesnika na dohvata ruke, dogovoriti s bolesnikom dnevni i tjedni plan osobne higijene, biti u blizini bolesnika ili ga pratiti, Osigurati privatnost, pri kupanju obratiti pažnju na kožne promjene, a po potrebi pola sata prije kupanja ukoliko je potrebno primijeniti analgetik protiv bolova. Bolesnik će biti čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože i osjećati će se ugodno [17].

Smanjeno podnošenje napora u svezi s dugotrajnog mirovanja 2^o operativni zahvat

Cilj

Bolesnik će racionalno trošiti energiju tijekom obavljanja svakodnevnih aktivnosti

Sestrinske intervencije

Medicinska sestre/tehničari će pružiti pomoć u olakšavanju pokretljivosti, otkloniti bolove koji negativno utječu na izdržljivost, potaknuti pozitivan stav, razviti dnevni plan aktivnosti i odmora s bolesnikom, osigurati neprekidan odmor, održati kondiciju pasivnim vježbanjem i potaknuti što ranije ustajanje poslje operacije, osigurati pravilan unos hrane i tekućine, te provoditi vježbe disanja. Ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na podnošenje napora (nesanica, lijekovi, bol, zabrinutost, neprimjerena okolina). Pružiti emocionalnu podršku. Davati bolesniku povratnu informaciju o napredovanju [17].

Umor u svezi s kemoterapijom

Cilj

Bolesnik će osjećati manji umor tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti.

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će dati bolesniku dovoljno vremena za odmor između aktivnosti, prije i poslije obroka. Preporuča se umjerena tjelovježba i lagano hodanje, a medicinske /tehničari će poticati bolesnika na sudjelovanje u aktivnostima samonjege i izbjegavanje nepotrebnih aktivnosti. Mijenjati dnevni plan aktivnosti i odmora sukladno pojavi umora. Ukloniti činitelje koji imaju utjecaj na pojavu umora. Bolesnike treba educirati o čimbenicima koji pridonose pojavi umora kako bi se na njih moglo utjecati ili izbjeći [18].

Socijalna izolacija u svezi s odsustvom obitelji, prijatelja, podrške

Cilj

Bolesnik će tijekom hospitalizacije aktivno provoditi vrijeme s obitelji i prijateljima

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tejničar će poticati bolesnika da izrazi svoje emocije, poticati će također obitelj i prijatelje da pruže podršku bolesniku, osigurati vrijeme potrebno za posjete uže obitelji, ohrabrivati i pohvaljivati bolesnika za svaki napredak, uključivati ga u grupu podrške, ohrabrivati druženje s s drugim bolesnicima njim i stvariti odnos partnerstva [18].

Povraćanje u svezi nuspojava kemoterapije i radioterapije

Cilj

Bolesnik neće povraćati

Sestrinske intervencije

Nakon svakog povraćanja potrebno je provesti oralnu njegu. Za ublažavanje povraćanja mogu se staviti hladni oblozi na vrat i čelo. Osigurati optimalne mikroklimatske uvjete u prostoriji. Savjetovati bolesniku da odmara prije jela. Bolesnika udobno smjetiti u sjedeći položaj pola sata prije jela, ukloniti sve iritantne mirise u okolini koji mogu izazvati povraćanje, educirati bolesnika da jede polagano, da izbjegava masnu, prženu, slatku, začinjenu hranu i gazirana pića, te o važnosti hidracije. Ako povraćanje ne prestane, potrebno je primijeniti propisani antiemetik. Dokumentirati učestalost, trajanje, količinu i izgled povraćenog sadržaja [18].

Bol u svezi s operativnom ranom

Cilj

Bolesnik će imati manji osjećaj intenziteta boli

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar s ciljom prevencije respiratornih i kardiovaskularnih komplikacija će često mijenjati položaj bolesnika, smanjiti tekućinu, plinove ili krv iz želuca želučanom sukcijom, kako bi smanjila distenziju želuca i na taj način utjecala na manji osjećaj nelagode, te primijeniti propisan analgetik. Pratit će intezitet boli [20].

Neupućenost u svezi s nedostatkom specifičnog znanja o kirurškom zahvatu i poslijeoperacijskom tijeku

Cilj

Bolesnik će razumjeti proceduru operativnog zahvata i moguće poslijeoperacijske komplikacije

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će bolesniku objasniti vrstu operacije i moguće komplikacije, važnost ležanja u Fowlerovom položaju nakon operacije, objasniti značaj parenteralne prehrane do uspostave normalne peristaltike, objasniti važnost ranog postoperativnog ustajanja, previjanje rana i vježbe dubokog disanja [20].

Strah u svezi s neizvjesnošću maligne bolesti

Cilj

Bolesnik će navoditi strah manjeg intenziteta

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će s bolesnikom razviti profesionalan, empatičan odnos koji se temelji na povjerenju. To će kod bolesnika stvoriti osjećaj sigurnosti i smanjiti dodatni strah. Omogućiti će bolesniku da verbalizira sve razloge svog straha tijekom njege. Usmjeravati bolesnika prema pozitivnom razmišljanju. Omogućiti bolesniku sudjelovanje u donošenju odluka. Potrebno je uključiti obitelj i bližnje. Omogućite češće posjete kako se bolesnik ne bi osjećao usamljeno i izolirano [18].

Nesanica u svezi s nepodnošljivom boli

Cilj

Bolesnika neće mučiti nesanica

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će procijeniti sve čimbenike koji mogu pridonijeti nesanicu i pokušati ih otkloniti. Osigurati će mirno i ugodno okruženje za bolesnika, potičući ga na promjenu položaja u krevetu. Ako je potrebno, medicinska sestra/tehničar će primijeniti tretman protiv bolova prema preporuci liječnika i nadzirati njegov učinak [20].

Visok rizik za dekubitus u svezi s smanjene pokretljivosti

Cilj

Bolesnik i obitelj će usvojiti znanja o preventivnim mjerama u sprječavanju dekubitusa

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će potaknuti prokrvljenost kože oko oboljelog mjesta, zaštititi površinu kože kremama, gelovima ili drugim sredstvima, osigurati hidrataciju bolesnika prema potrebi, uvesti propisane količine proteina, ugljikohidrata, vitamina B i C, te kako bi potaknuli bolesnika na ustajanje što prije moguće nakon operacije, uputiti i educirati članove obitelji o mjerama prevencije dekubitusa te provjeriti njihovo znanje [20].

Dehidracija u svezi s velikim tjelesnim naporima

Cilj

Bolesnik će razumjeti uzroke problema i načine na koje mu se pomaže, pokazat će želju za uzimanjem tekućine

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar objasniti će bolesniku važnost uzimanja propisane količine tekućine, osigurati mu svježu vodu ili njegov omiljeni napitak, pomoći mu ako ne može sam piti, znati na vrijeme prepoznati simptome hipovolemije, pratiti unos i iznos tekućine. Izmjeriti tjelesnu težinu i vitalne funkcije bolesnika, provoditi oralnu higijenu najmanje dva puta dnevno, objasniti bolesniku da se ne oslanja na žeđ kao pokazatelj unosa tekućine, naučiti bolesnika kako pratiti hidrataciju praćenjem boje urina. Uputiti bolesnika da napici kao kava, čaj, te sok od grapefruta imaju diuretski učinak koji može dovesti do još većeg gubitka tekućine [17].

Poremećaj tekućine i elektrolita u svezi s povraćanjem

Cilj

Bolesnik neće pokazivati znakove i simptome dehidracije

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će provoditi intervencije za sprječavanje povraćanja, pratiti ravnotežu tekućine i elektrolita, svakodnevno vagati bolesnika, pratiti stanje bolesnika na znakove dehidracije, pratiti elastičnost kože, hematokrit i specifičnu težinu urina, poticati na

unos tekućine na usta i pratiti parenteralnu nadoknadu. Primjeniti ordiniranu terapiju ako je potrebno [18].

Poremećaj funkcioniranja obitelji u svezi s teškom bolesti bliske osobe

Cilj

Bolesnik će na pozitivan način komunicirati s obitelji

Sestrinske intervencije

Kod neizlječivih i malignih bolesti izuzetno je važna podrška obitelji. Medicinske sestre/tehničari će osigurati privatnost obitelji i bolesnika kako bi mogli provoditi vrijeme zajedno u mirnoj i opuštenoj atmosferi, potrebno je postići konsenzus kroz razgovore i dogovore s obitelji kako bi bolesnik manje patio i osjećao se manje izolirano [20].

Beznade u svezi s usredotočenosti na negativne informacije

Cilj

Bolesnik će pokazati inicijativu za rješavanjem problema i donošenjem odluka.

Sestrinske intervencije

Medicinska sestra/tehničar će s bolesnikom razviti empatičan odnos i odnos temeljen na povjerenju, pomoći će mu prevladati prepreke vezane uz samozbrinjavanje, objasniti mu prikladne načine na koje može voditi njegu, objasniti mu posljedice ignoriranja skrbi, Ponuditi mu razgovor i podršku u procesu patnje. Poticati bolesnika da izrazi svoje emocije [17].

Žalovanje u svezi s teškom neizlječivom bolešću

Cilj

Bolesnik će izraziti svoje osjećaje

Sestrinske intervencije

Tijekom procesa tugovanja važno je da medicinska sestra/tehničar dopusti bolesniku da prođe kroz proces tugovanja na način koji mu odgovara. Bolesniku je potrebno osigurati privatnost i podršku, omogućiti mu da izrazi svoje osjećaje vezane uz bolest, po potrebi i duhovne. U najtežim trenucima medicinske sestre/tehničari će poticati članove obitelji na posjete i podršku bolesniku [20].

5. Zaključak

Broj oboljelih i umrlih od zloćudnih bolesti raste kako u Hrvatskoj, tako i u drugim dijelovima svijeta. Karcinom želuca veliki je javnozdravstveni problem u cijelom svijetu. Brzim razvojem medicine pojavljuju se novi postupci i načini liječenja ovih bolesnika, koji pred medicinske sestre/tehničare i ostale zdravstvene djelatnike općenito postavljaju nove profesionalne izazove, zahtijevajući kontinuiranu obnovu znanja temeljenog na dokazima dobivenim istraživanjima. Briga o bolesniku s malignom bolešću složena je i emocionalno zahtjevna te zahtijeva predanost i strpljenje cijelog zdravstvenog tima, a posebice medicinskih sestara/tehničara koje su u stalnom kontaktu s bolesnicima. Dijagnoza maligne bolesti može promijeniti život bolesniku i zahtijevati veliku prilagodbu oboljelih i njihovih obitelji. Poremećaj normalnog života bolesnika može dovesti do nevjerice, šoka, tuge, ljutnje i boli. Iz tih razloga medicinske sestre/tehničari moraju posjedovati mnoge specifične vještine i znanja za osiguranje kvalitetne skrbi za takve bolesnike, te osim znanja i vještina mora posjedovati i komunikacijske vještine za pružanje kvalitetne usluge i prenošenju informacija bolesniku i njegovoj obitelji. Komunikacija medicinskih sestara/tehničara najprije se mora temeljiti na povjerenju, empatiji i razumijevanju, kako bi se bolesnici osjećali sigurnije. Stvaranje suradnje između bolesnika, medicinskih sestara/tehničara i cijelog tima pridonijet će pozitivnim ishodima skrbi i liječenja. U skrbi za bolesnika nikako se ne smije zanemariti obitelj jer je obitelj često prekretnica koja može pozitivno ili negativno utjecati na ishod i liječenje bolesnika. Uz dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju vrlo je važna i prevencija, kojom se bolesti mogu na vrijeme otkriti i spriječiti njihov razvoj. S obzirom na značajan porast oboljelih od karcinoma želuca, potrebno je u službi javnog zdravstva osigurati veći broj edukacija i savjetovanja javnosti o mjerama primarne i sekundarne prevencije i metodama testiranja. Edukacija je jedini program koji može podići svijest o karcinomu želuca kao velikom javnozdravstvenom problemu s visokom stopom smrtnosti. A ako se otkrije u uznapredovalom stadiju bolesti postaje neoperabilan.

6. Literatura

- [1] K. Kranjčević: Karcinom želuca u praksi liječnika obiteljske medicine, *Acta Med Croatica*, 2015, str. 333-338
- [2] Y. Lin, E. Ness-Jansen, K. Haveem, J. Lagergren, Y. Lu: Metabolic syndrome and esophageal and gastric cancer, *Cancer Causes Control*, 2015, str. 1825-34
- [3] R. Živković: *Dijetetika*. Medicinska naklada, Zagreb, 2002.
- [4] P. Keros, B. Mataković: *Anatomija i fiziologija*, Naklada Ljevak, Zagreb, 2014.
- [5] R. Živković: *Praktična gastroenterologija*, Školska knjiga, Zagreb, 1993.
- [6] Sobotta: *Histološki atlas*, Naklada slap, 2004.
- [7] J. Morović-Vergles i sur.: *Odabrana poglavlja iz interne medicine*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2008.
- [8] N. Hadžić, V. Goldner i sur.: *Interna medicina, odabrana poglavlja is gastroenterologije i kardiologije*, Art studio Azinović, Zagreb, 1999.
- [9] M. Boranić i sur.: *Karcinogeneza*, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
- [10] S. Kalauz: *Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa specijalnim poglavljima*, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2000.
- [11] Š. Ozimec-Vulinec: *Zdravstvena njega internističkih bolesnika*, Visoka zdravstvena škola Zagreb, 2000.
- [12] S. Bešlija, D. Vrbanec: *Medicinska internistička onkologija*, Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2014.
- [13] S. Čukljek: *Zdravstvena njega onkoloških bolesnika*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2014.
- [14] S. Čukljek: *Osnove zdravstvene njege*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005.
- [15] Z. Mojsović i sur.: *Sestrinstvo u zajednici*. Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [16] D. Lučanin, J. Despot-Lučanin: *Komunikacijske vještine u sestrinstvu*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010.
- [17] *Sestrinske dijagnoze*, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011.
- [18] *Sestrinske dijagnoze II*, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2013.
- [19] *Sestrinske dijagnoze III*, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2015.
- [20] G. Fučkar: *Uvod u sestrinske dijagnoze*, HUSE, Zagreb, 1996.

Popis slika

[1]	1.1.1. Slika 1. Organi probavnog sustava.....	5
-----	---	---



IZJAVA O AUTORSTVU

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, Viktorija Pelin (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Skrb o bolesniku oboljelom od karinoma želulca (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Pelin Viktorija

(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. Zakonu o znanstvenoj djelatnosti 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.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.