

Proces zdravstvene njege bolesnika s karcinomom kolona

Minđek, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:471270>

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

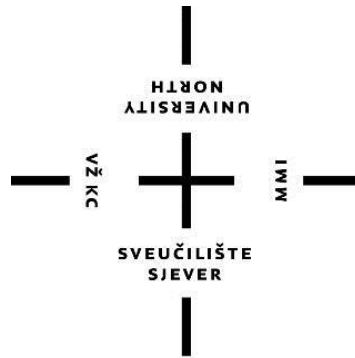
Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-31**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





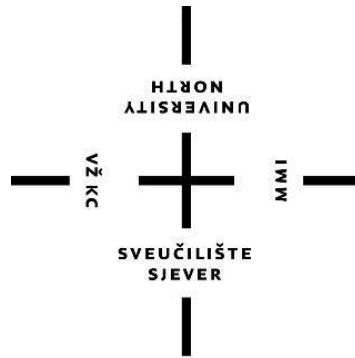
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 872/SS/2017

Proces zdravstvene njege bolesnika s karcinomom kolona

Marina Mindek, 4908/601

Varaždin, rujan 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 872/SS/2017

Proces zdravstvene njege bolesnika s karcinomom kolona

Student

Marina Minđek, 4908/601

Mentor

Damir Poljak, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | |
|-----------------------------|--|----------------------------------|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | |
| PRISTUPNIK | Marina Minđek | MATIČNI BROJ 4908/601 |
| DATUM | 03.05.2017. | KOLEGIJ Proces zdravstvene njege |
| NASLOV RADA | Proces zdravstvene njege bolesnika s karcinomom kolona | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Nursing process patients with colon cancer | |

| | | |
|----------------------|---|----------------------|
| MENTOR | Damir Poljak, dipl.med.techn. | ZVANJE viši predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. Jurica Veronek, mag.med.techn., predsjednik | |
| | 2. Damir Poljak, dipl.med.techn., mentor | |
| | 3. Marijana Neuberger, mag.med.techn., član | |
| | 4. Melita Sajko, mag.med.techn., zamjenski član | |
| | 5. _____ | |

Zadatak završnog rada

| | |
|------|--|
| BROJ | 872/SS/2017 |
| OPIS | <p>U populaciji maligne bolesti zauzimaju drugo mjesto po smrtnosti i učestalosti. Karcinom kolona jedan je od najčešćih karcinoma čija pojavnost je jednako zastupljena u oba spola. Važnost prevencije neizmjerljivo je važna jer se rano otkrivanje bolesti jedan od najznačajnijih faktora u smanjenju smrtnosti. Liječenje obuhvaća kirurški tretman, te zračenje i kemoterapiju. Bolest izaziva promjene u životu pojedinca i njegove obitelji. Holistički pristup zbrinjavanja pacijenta, edukacija te podrška obitelji jedan su od važnih segmenata u skrbi za pacijenta.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati osnovne značajke u procjeni pacijentovog stanja i potreba za zdravstvenom njegom- nabrojati i opisati osnovne sestrinske dijagnoze kod pacijenata s karcinomom kolona- napisati intervencije za svaku pojedinačnu sestrinsku dijagnozu- opisati važnost medicinske sestre u njezi stome, te ulogu sestre kao stoma terapeuta- definirati preporuke za prehranom operiranih pacijenata po ABCDE pravilu- objasniti način samopregleda kože |

ZADATAK URUČEN

06.06.2017



Zahvala

Zahvaljujem se svojem mentoru poštovanom Damiru Poljaku dipl.med.techn. na razumijevanju, strpljivosti i savjetima koji su mi pomogli prilikom pisanja mog završnog rada.

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima koji su mi prenijeli mnogo znanja.

Posebne zahvale idu mojoj obitelji, prijateljima te svima koji su mi bili podrška tijekom studiranja.

Sažetak

U populaciji maligne bolesti zauzimanju drugo mjesto po smrtnosti i učestalosti. Karcinom kolona jedan je od najčešćih karcinoma čija pojavnost je jednako zastupljena u oba spola. Važnost prevencije neizmjereno je važno jer je rano otkrivanje bolesti jedna od najznačajnijih faktora u smanjenju smrtnosti. Liječenje obuhvaća kirurški tretman, te zračenje i kemoterapiju. Bolest izaziva promijene u životu pojedinca i njegove obitelji. Holistički pristup zbrinjavanja pacijenta, edukacija te podrška obitelji jedan su od važnih segmenata u skrbi za pacijenta.

Cilj rada je prikazati specifičnosti zdravstvene njege kod bolesnika oboljelog od karcinoma kolona s naglaskom na proces zdravstvene njege.

Sadržaj je koncipiran tako što sadrži deset poglavlja kroz koja je detaljno obrađen karcinom kolona, od anatomije sve do simptoma, liječenja, procesa zdravstvene njege, zdravstvenoj njezi kolostome, prehrani, važnost edukacije bolesnika i njihove obitelji o načinu života nakon operacije, kako bi bolesnik postao što prije samostalan u aktivnostima samozbrinjavanja i kako bi mu se olakšao povratak u normalan život.

Ključne riječi: zdravstvena njega, proces zdravstvene njege, karcinom kolona, kolostoma, prehrana, edukacija bolesnika i obitelji

Summary

In the population, malignant disease taking second place by mortality and frequency. Colon cancer is one of the most common carcinomas whose appearance is equally represented in men and woman. Prevention is important because early detection of disease is one of the most important factors in reducing mortality. Treatment includes surgical treatment, radiation and chemotherapy. Disease causes change in the life of an individual and his family. Holistic approach to patient care, education, and family support are one of the most important segments of patient care. The purpose of these paper is to show the specificity of health care in patients with colon cancer, with an emphasis on the health care process.

Content is conceived to include ten chapters. These chapters described column cancer, from anatomy to symptom, treatment, health care process, cholesterol care, nutrition, the importance of educating patients and their families about lifestyle after surgery, so that the patient becomes as early as possible in self-defamation activities in order to facilitate his return to normal life.

Keywords: health care, health care process, colon cancer, colostomy, diet, education of patients and families

Popis korištenih kratica:

| | |
|---------------|------------------------------|
| CM | centimetar |
| MR | magnetna rezonanca |
| CT | kompjutorizirana tomografija |
| CEA | karcinoembrionalni antigen |
| CA | karcinom |
| TNM- T | primarni tumor |
| UZV | ultrazvuk |
| TJ | to jest |
| SL | slično |

Sadržaj

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Uvod | 1 |
| 2 | Anatomija debelog crijeva | 3 |
| 2.1 | Podjela debelog crijeva | 4 |
| 3 | Fiziologija debelog crijeva | 5 |
| 3.1 | Epidemiologija | 6 |
| 4 | Etiologija i čimbenici rizika..... | 7 |
| 5 | Simptomatologija karcinoma debelog crijeva | 8 |
| 5.1 | Klinička slika karcinoma debelog crijeva | 8 |
| 6 | Dijagnostika karcinoma debelog crijeva..... | 10 |
| 7 | Liječenje karcinoma debelog crijeva | 12 |
| 7.1 | Operacijski zahvat | 13 |
| 8 | Zdravstvena njega bolesnika s kolostomom | 16 |
| 9 | Sestrinske dijagnoze kod pacijenta s karcinomom kolona..... | 20 |
| 9.1 | Intervencije medicinske sestre..... | 22 |
| 10 | Prehrana operiranih bolesnika | 24 |
| 11 | Zaključak..... | 27 |
| 12 | Literatura..... | 28 |
| 13 | Popis slika | 29 |

1. Uvod

Tijekom posljednjih dvadesetak godina zabilježen je značajan porast učestalosti i smrtnosti od karcinoma debelog crijeva. Karcinom debelog crijeva zahvaća cekum, kolon i rektum. Zbog svoje proširenosti među populacijom u cijelom svijetu od velikog je medicinskog, ekonomskog i socijalnog značenja. Više od 95% karcinoma debelog crijeva nastaje iz polipa. Polipektomijom se mogu ukloniti polipi i spriječiti razvoj karcinoma debelog crijeva. Karcinom debelog crijeva je jedan od rijetkih koji se može pravovremenim preventivnim detektiranjem spriječiti. Preventivne mjere primarne prevencije uključuju raznolik, lakoprobavljivu prehranu bogatu vlaknima, voćem i povrćem, malu količinu životinjskih masti i crvenog mesa te reguliranje stolice i tjelesne težine. Prepoznavanjem simptoma i znakova bolesti, krvarenje u stolici, bolovi u trbuhu, mršavljenje, umor, anemija, te pravovremeno javljanje liječniku ako se simptomi pojave.

U Hrvatskoj postoji Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva. Od karcinoma debelog crijeva jednako obolijevaju i muškarci i žene. Omjer incidencije i mortaliteta između muškaraca i žena je 1,05:1. Prema podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo rak debelog crijeva predstavlja drugi po učestalosti tip tumora. Kod žena iza raka dojke, a kod muškaraca iza raka pluća sa ukupnom incidencijom raka 15% u muškaraca i 13% u žena [2]. Uglavnom od karcinoma debelog crijeva obolijevaju starije osobe, stariji od 50 godina. Stoga su Nacionalnim programom ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva uključene osobe od 50 do 74 godine kao i mlađe osobe povišenog i visokog rizika. Dijagnoza karcinoma debelog crijeva se može i postaviti osim anamneze i digitorektalnim pregledom, laboratorijskim pretragama, ultrazvukom, irigografijom, rektoskopijom, CT-om. Karcinom debelog crijeva se dijeli na benigne adenome-polipe i maligne adenokarcinome. Proširenost karcinoma debelog crijeva radi se po Dukesu kojoj se pridodaje TNM klasifikacija. Slovo T označava dubinu prodora tumora, N prisutnost ili odsutnost pozitivnih limfnih čvorova i slovo M prisutstvo udaljenih metastaza (Dukesova klasifikacija: stadij A-tumor je ograničen na sluznicu, stadij B- tumor zahvaća čitavu stjenku, stadij C- tumor prodire kroz stjenku i zahvaćeni su regionalni limfni čvorovi, stadij D postoje udaljene metastaze). Nakon dijagnoze liječenje se najčešće sastoji od kirurškog zahvata. Kirurški se odstranjuje dio crijeva koji je zahvaćen karcinomom.

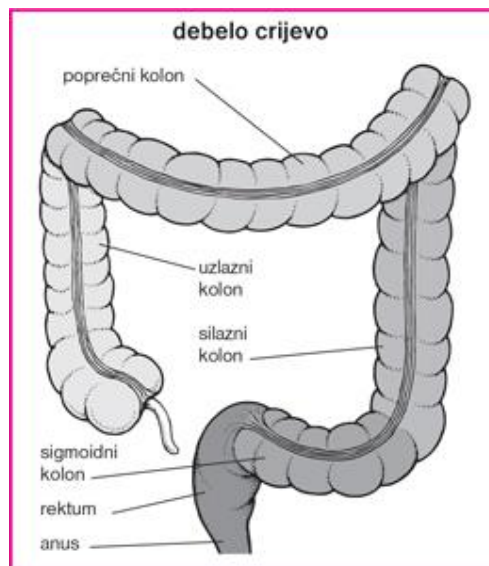
Zdravi dio crijeva se spaja, a moguće je izvesti kolostomu na trbušnu stjenku. Osim kirurškog liječenja provodi se i kemoterapija, zračenje, biološko ciljano liječenje ili kombinacija tretmana. Prognoza karcinoma debelog crijeva ovisi o stadiju u kojem je otkriven. Tako i sama zdravstvena njega kod bolesnika iziskuje vrlo veliko znanje prvostupnika/ce sestrinstva čiji rad se temelji na holističkom pristupu bolesniku sa specifičnom zdravstvenom njegom kod kolostome. Preoperativne i postoperativne skrbi i zdravstvene njege. Osim fizičkog vrlo veliki dio u brizi kod pacijenata čini i psihosocijalna intervencija medicinske sestre/ tehničara. Također prvostupnik/ca sestrinstva kao zdravstveni profesionalac ima značajnu ulogu u društvu na primarnoj razini zdravstvene zaštite u osvještavanju važnosti ranog otkrivanja bolesti edukacijom o mjerama primarne prevencije i važnosti odazivanja na preglede Nacionalnog programa kao i važnost javljanja liječniku ukoliko se pojave simptomi koji upućuju na karcinom debelog crijeva. O položaju 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.

Za postizanje potrebne kvalitete života, kod svih bolesnika, pa tako i kod bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeve, uz pozitivan ishod odgovarajućeg medicinskog liječenja neizbježno je i zadovoljavanje bolesnikovih osnovnih ljudskih potreba. Medicinska sestra/tehničar u radu s pacijentima su kompetentni procjenjivati i utvrđivati potrebe za zdravstvenom njegom, uočavati čimbenike koji negativno utječu na stanje bolesnika te potom planirati, provoditi i evaluirati provođenje procesa zdravstvene njege. Pacijent je u skrbi medicinske sestre u bolnici, ali i kad je i kod kuće, setrinsku skrb nastavlja patronažna medicinska sestra. 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“.

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 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 stijenke 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 mišićne 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: http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/images/msd-za-pacijente/527_2.jpg

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 ileocealnog 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 sigmoideum) 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.

3. Fiziologija debelog crijeva

U debelom se crijevu odvijaju dvije osnovne vrste kretnji, kretnje miješanja i kretnje potiskivanja. Miješanje se postiže stvaranjem vrećastih ispuščenja 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 dopiju u rektum. Sluzne žlijezde u jednjaku izlučuju sluz koja podmazuje zalogaj da lakše klizi. U jednjaku se mišićje steže iznad zalogaja i popušta ispod zalogaja. Peristaltičko gibanje je stezanje koje prolazi kao val od usta prema želucu i pred sobom potiskuje zalogaj. Želudac prihvaća sadržaj pod određenim tlakom jer se uvijek nalazi u tonusu. Istovremeno nastaju peristaltičke kontrakcije- ritmično stezanje mišićja koje se prstenasto širi od dna želuca prema vratarniku i potiskuje sadržaj. Stezanje se ponavlja u pravilnim razmacima, kada peristaltički val dospije do vratarnika, mišić zapirač popusti, otvori se vratarnik i nekoliko milimetara želučanog sadržaja štrcne u dvanaesnik. Mišić se ponovo stegne a sadržaj se nastavi miješati u želucu. Tako se u želucu zbiva i mehanički i kemijski oblik probave. Nakon što se hrana izmiješa sa želučanim sokom i postane kašasta odlazi u tanko crijevo. Hrana se za vrijeme probave u crijevu mora miješati s probavnim sokovima, tome pomažu crijevne kretnje njihanjem-segmentacija. Kada se hrana miješa stvaraju se i plinovi- ugljični dioksid. I ovdje se peristaltičkim gibanjem potiskuje sadržaj od želuca prema debelom crijevu. U taštom i vitome crijevu otopljeni se dijelovi hrane resorbiraju crijevnim resicama. Kroz krvne kapilare i limfne cjevčice resica protječe velika količina krvi i ovdje tvari otopljene iz crijevnog sadržaja difuzijom prolaze u krvnu plazmu ili limfne žile- hilusni sinusi.

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. Prema građi polipe dijelimo na tubularne, vilotubularne i vilozne. Iz svih tipova polipa može nastati karcinom. Tubularni i vilotubularni polipi nose manji rizik nastanka karcinoma, ali što su veći, to je veći rizik. Kad su veliki oko 1 cm, ako se ne uklone, rizik nastanka karcinoma je 3% za 5 godina, 8% za 10 godina i 24% za 20 godina od postavljanja dijagnoze. Ako su to vilozni polipi, rizik nastanka karcinoma je veći, oko 35%. Što su veći, to

je veći rizik nastanka karcinoma. Iako je opaženo da se neki polipi tijekom godina smanjuju, računa se da će iz polipa nastati karcinom prosječno za sedam godina od postavljanja dijagnoze.

3.1 Epidemiologija

Karcinom debelog crijeva je drugi najčešće dijagnosticirani zloćudni tumor u razvijenim zemljama, drugi vodeći uzrok smrti od karcinoma među Amerikancima i vodeći uzrok smrti među nepušačima u SAD-u (4). Broj novih slučajeva u svijetu procjenjuje se na oko 11 milijuna godišnje, a smrtnih slučajeva oko 7 milijuna. Projekcije za 2030. godinu predviđaju udvostručenje broja novooboljelih(5). Hrvatska je zemlja srednje incidencije, ali visokog mortaliteta od karcinoma. Karcinom je drugi najvažniji uzrok smrti u Hrvatskoj, iza bolesti srca i krvnih žila. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo . Prema broju umrlih karcinom kolona, rektuma i rektosigme u oba spola u Hrvatskoj je na trećem mjestu (kod muškaraca 582/100000, a kod žena 422/100000) .

Pet najčešćih sijela karcinoma čine ukupno 56% novih slučajeva u muškaraca: traheja, bronh i pluća (19%), prostata (15%), kolon (9%), mokraćni mjehur (7%), rektum, rektosigma i anus (6%). Pet najčešćih sijela raka u žena: dojka (22%), traheja, bronh i pluća (8%), kolon (8%), tijelo maternice (7%) i jajnik, jajovod i adneksa (5%), čine 50% novih slučajeva karcinoma u žena.

Kolon, rektum, rektosigma i anus zajedno u incidenciji sudjeluju s 15% u muškaraca (1648) I 13% u žena (1172) . Kolorektalni karcinom je drugi po učestalosti u oba spola u Hrvatskoj. U Hrvatskoj se karcinom kolona nalazi na drugom mjestu učestalosti među karcinomima probavnog sustava, odmah uz karcinom želuca.

4. Etiologija i čimbenici rizika

Smatra se kako je karcinom kolona posljedica genetskog poremećaja te da do transformacije normalne stanice u malignu dolazi postupnom akumulacijom genetskih alteracija. To se danas objašnjava teorijom “ adenoma-karcinom slijedu”. U 80% slučajeva kolorektalni karcinomi rastu u adenomatoznom polipu. Opasnost od nastanka karcinoma osobito je izražena kod polipa s pretežno viloznom građom, zatim u onih koji su sesilni i onih koji su veći od 1 cm. Karcinomi su češći u starijoj dobi kada nestaje normalno repariranje mutacije gena. Dvostruko su učestaliji u bliskih rođaka u obiteljima kojima ima oboljelih od karcinoma. Rizični čimbenici su i neke nasljedne bolesti. Kod nasljedne polipoze (FAP i Gardner) polipi do 40. godine života u pravilu maligno alterira. Karcinom se razvija i u obiteljima u kojima ima oboljelih od nasljednog nepolipoznog karcinoma kolona. Razmjerno velika opasnost za nastanak karcinoma kolona postoji u onih, koji dugo boluju od Chronove bolesti, a osobito ulceroznog kolitisa. Ostali rizični čimbenici su pretilost, prehrana bogata mesom, mastima i kalorijama s nedovoljnim vlaknima, pušenje, zračenje male zdjelice, karcinom dojke i ginekološki karcinom.

5. Simptomatologija karcinoma debelog crijeva

Bolest je često asimptomatska, a obično joj prethode čimbenici rizika. Karcinom debelog crijeva raste sporo pa i simptomi započinju postupno, tj. kada je karcinom dovoljno veliki da izazove simptome. Simptomi su različiti i ovise o mjestu i veličini karcinoma debelog crijeva te da li je metastazirao. Palpabilna masa u trbuhu se može opipati kada je karcinom veliki. U velikoj većini slučajeva simptomi su poremećaj crijevne funkcije poput proljeva, opstipacije ili promjena u stolici- debljina stolice. Krv na stolici često je prvi simptom zbog kojeg se pacijenti javljaju liječniku. Anemija i opća slabost se mogu javiti uslijed krvarenja karcinoma koje je u pravilu lagano i sporo. Kod pacijenata se često javlja gađenje prema mesu koje im smrdi. Tako se javlja i smanjeni apetit i mršavljenje. Bolovi u trbuhu, grčevi, kolike koje se javljaju zbog suženja crijeva i otežanog prolaza stolice kroz dio koji je sužen zbog karcinoma. Također mogu biti prisutni lažni nagoni na pražnjenje i osjećaj nepotpunog pražnjenja stolice. Napredovanjem bolesti zahvaćeni su okolni limfni čvorovi. Karcinom se može proširiti na okolne organe ili putem krvi na udaljene organe. Kada je rak metastazirao ovisno o lokalizaciji javljaju se i ostali simptomi. Tako npr. kada se rak proširio na jetru možemo uočiti žuticu i bol pod desnim rebrenim lukom. Osim jetre najčešće udaljeno metastaziranje je u pluća i kosti. Tako se mogu javiti simptomi poput kašlja, zaduhe i sl. , te bolova i lomova.

5.1 Klinička slika karcinoma debelog crijeva

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 (proljevi, 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.

Progresijom bolesti javljaju se metastaze, a nerijetko simptomi metastaza mogu biti prvi razlog zbog kojeg se bolesnici javljaju liječniku. 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.

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. Dijagnostika karcinoma debelog crijeva

Dijagnostički postupci kod dijagnosticiranja karcinoma debelog crijeva su: fizički pregled i anamnestički podaci gdje se mogu otkriti simptomi sumnjivi na karcinom debelog crijeva, razgovor liječnikom s ciljem otkrivanja čimbenika rizika.

Krvni testovi: može se otkriti anemija zbog manjka željeza. Ako je karcinom metastazirao u jetru tada su jetreni enzimi u disbalansu. Postoje tumorski markeri CEA i CA 19-9 koji su povišeni kod većine bolesnika sa karcinomom debelog crijeva. Digitorektalni pregled: pregled završnog dijela debelog crijeva prstom. Irigografija: vrsta rtg. pretrage gdje je omogućen pregled cijelog debelog crijeva. Kontrastnim sredstvom se utvrđuju nepravilnosti u ispunjenosti crijeva, tj. prisutnost izraslina. Rektoskopija: pomoću optičke cijevi se pregledava završni dio debelog crijeva. Rektoskopijom se mogu odstraniti polipi i uzeti komadići crijevne sluznice za daljnju patohistološku obradu. Ultrazvučni pregled abdomena (UZV): neinvazivna pretraga trbušnih organa pomoću visokofrekventnih zvučnih valova. Može otkriti metastaze u drugim organima. Kolonoskopija (slika 2) :fleksibilnom optičkom cijevi se pregledava u cijelosti debelo crijevo. Mogu se odstraniti polipi i uzeti komadići crijevne sluznice za daljnju obradu. Virtualna kolonoskopija: radiološka metoda gdje se upotrebom „brzog“ spiralnog CT-a ili magnetske rezonancije te sofisticiranog softvera procesuirana endoluminalna slika debelog crijeva ispunjena zrakom. Kompjuterizirana tomografija (CT): skeniranjem se dobiva dovoljno informacija o opsegu i lokalizaciji tumora. Sken kostiju – scintigrafija: koristi se za stvaranje slike kostiju na zaslonu računala. Koristi se da bi se utvrdilo jeli rak metastazirao u kosti i pluća. Rendgenska snimka pluća (RTG): ovom radiološkom metodom mogu se utvrditi metastaze karcinoma debelog crijeva u plućima. Pregled stolice na okultno, skriveno krvarenje (hemokult test) je test gdje se utvrđuje postojanje tragova krvi u stolici koja se okom ne vidi. Jednostavna je metoda i najjeftinija. Zbog toga se koristi kao metoda ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva u nacionalnom programu.



Slika 6.1 Prikaz kolonoskopije

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

Prognoza karcinoma debelog crijeva ovisi o stupnju širenja karcinoma. Prognoza u bolesnika s kolorektalnim rakom ovisi o opsežnosti prodora tumora kroz crijevnu stjenku i o zahvaćenosti limfnih čvorova. Petogodišnje preživljavanje bolesnika sa stadijem I veće je od 90%, dok u stadiju II iznosi 70-80%. U bolesnika u stadiju III petogodišnje preživljavanje iznosi 40-60%. Kod inoperabilnih metastatskih tumora debelog crijeva srednje preživljavanje iznosi oko 20 mjeseci. Što je karcinom ranije otkriven, prognoza je bolja.

7. Liječenje karcinoma debelog crijeva

Liječenje karcinoma debelog crijeva je multidisciplinarno. Uz kirurško liječenje, kao osnovni oblik liječenja, primjenjuju se adjuvantna kemoterapija i radioterapija. Cilj liječenja je radikalno odstranjenje tumora. To znači kako tumor valja odstraniti resekcijom zahvaćenog dijela crijeva s odgovarajućom udaljenošću resekcijskih rubova, odstraniti regionalne limfne čvorove i uspostaviti kontinuitet probavne cijevi. Kad se to može učiniti valja odstraniti i okolne strukture ako su zahvaćene tumorom, kao i metastaze ako postoje.

Na kolonu resekcijski rub od tumora mora biti udaljen pet centimetara. To u većini operacija nije teško postići. Poteškoće postoje pri resekciji rektuma. Na rektumu zdrav rub za anastomozu nije problem osigurati u oralnom dijelu, ali teškoće nastaju u distalnom (aboralnom) dijelu. U većini bolesnika je dovoljna resekcija najmanje dva centimetara od makroskopske granice tumora rektuma. Ta dužina ovisi o udaljenosti tumora od analnog ruba, veličini tumora i zahvaćenosti okolnog tkiva i stupnju diferenciranosti tumora. Intraoperacijski je moguće histološki provjeriti resekcijski rub na maligne stanice. Ako se ne može recesirati rektum dva centimetara ispod makroskopske granice tumora onda treba načiniti abdominalnoperinealnu extirpaciju rectum. To je izrazito opsežan i mutilirajući zahvat. Kod karcinoma rektum valja učiniti totalnu mezorektalnu eksciziju, odnosno eksciziju mezorektuma, jer je samo tako obavljen zahvat radikalno. Ako je moguće valja održati kontinuitet bolesnika, odnosno kontinuitet crijeva i pražnjenje stolice prirodnim putem, na anus. Za niske rektalne anastomoze korisnom se pokazala upotreba stapler.

Vrsta kirurškog zahvata ovisi o veličini, invazivnosti, mjestu i proširenosti tumora te općem stanju bolesnika. Bolesnika valja upoznati s vrstom operacije i mogućim ishodom osobito s mogućnošću trajne kolostome kod niskih rektalnih karcinoma. Za operaciju na debelom crijevu uobičajena je primjena antibiotika i antitrombotička profilaksa operacije kao i prevencija stres-ulkusa blokatorima H₂-receptora.

U pojedinim lokalizacijama karcinoma izvode se tipične resekcije debelog crijeva. Za tumore cekuma i ascendensa to je desna hemikolektomija. Za tumore središnjeg dijela resekcija transversuma. Lijeva hemikolektomija je uobičajena za tumore lijenalne fleksure, descendensa i oralnog dijela sigma, a kad postoje tumori aboralnog dijela sigma i rektuma izvodi se prednja resekcija rektuma. Hartmannova resekcija predstavlja u većini slučajeva operaciju iz nužde. Indicirano je u bolesnika s karcinomom u području oboralnog kraka

sigmoidnog kolona, rektosigmoidnog prijelaza ili oralne trećine rektum ukoliko nije moguće iz bilo kojeg razloga izvesti kontinentnu resekciju. Hartmanova je operacija indicirana u bolesnika s perforirajućim karcinomom sigmoidnog kolona, a to je optimalan način kirurškog liječenja u takvim slučajevima. Na karcinom rektuma otpada 40-50% svih karcinoma debelog crijeva. Zbog smještaja rektuma unutar ograničenog prostora kirurško je liječenje otežano, osobito u subperitonealnom dijelu. U tom je dijelu stvaranje anastomoze vrlo osjetljivo, jer rektum nema seroznoga (peritonealnoga) dijela stijenke. U liječenju karcinoma u srednjoj i donjoj trećini rektuma kirurg se suočava s problemom kako istodobno postići radikalno odstranjenje tumora (dovoljnu udaljenost resekcijske linije od donjeg ruba tumora) i očuvati analni sfinkterni mehanizam. Potrebno je postići dva cilja: radikalno operirati tumor i očuvati analni sfinkter. Danas je poznato kako je u većine bolesnika donji rub resekcijske linije dovoljno postaviti dva centimetara ispod tumora. Također se zna da je za očuvanje kontinencije stolice dostatno sačuvati vanjski analni sfinkter. Operacije koje se popularno zovu "sphincter saving" su radikalne operacije tumora, a sačuvan je prirodni put defekacije. U takvoj prednjoj resekciji rektuma nakon resekcije sigma i cijelog rektuma spoj se koloanalnom anastomozom kreira između kolona i anusa. Ako se radikalni zahvat ne može učiniti bez žrtvovanja analnog sfinktera izvodi se abdominoperinealna ekstirpacija rektuma s trajnom kolostomom.

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

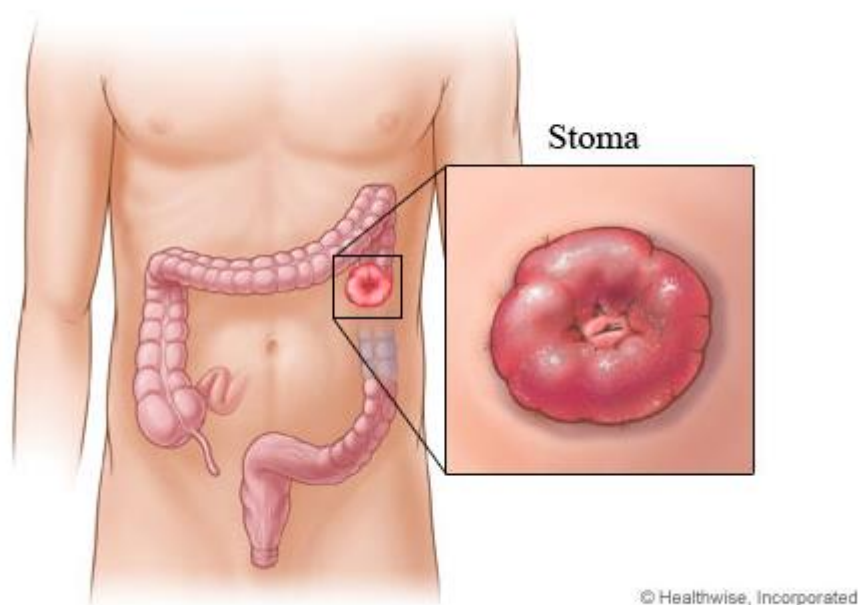
Najvažniji faktori koji određuju optimalni kirurški zahvat su stadij bolesti, prisutnost sinkronih tumora kolona i postojanje nekog od sindroma kolorektalnog karcinoma. Također, važno je i opće zdravstveno stanje bolesnika jer su glavni uzroci perioperativne smrti kardiovaskularne i plućne komplikacije. [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, potrebno je najprije omogućiti izlaženje

stolice i vjetrova. U tu se svrhu radi tzv. zaobilazna crijevna anastomoza ili kolostoma, ovisno o lokalizaciji tumora (slika 3). [7]

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 stijenke 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 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. Zdravstvena njega bolesnika s kolostomom

Medicinska sestra mora osigurati privatnost i emocionalnu podršku. Pri postavljanju podloge spojene sa zaštitnom podlogom za kožu sestra mjeri stomu pomoću šablona za mjerenje otvora stome te izabire veličinu otvora koji odgovara kolostomi. Izabranu veličinu otvora treba ocrtati na poledini papira na pozadini zaštitne podloge koja se lijepi na kožu i izrezati otvor. Taj postupak osobito je važan kod kolostoma nepravilnih oblika. Važno je da medicinska sestra uputi bolesnika da stoma nema receptore za bol i da otvor podloge ne smije biti preuzak kako ne bi došlo do nekroze tkiva. Isto tako treba izbjegavati izrezati prevelik otvor jer će tada koža biti izložena utjecaju fekalija i vlaženju te će se oštetiti, a to je prilično bolno i oporavak je dugotrajan. U periodu između šest tjedana do tri mjeseca, stoma će se suziti do svoje trajne veličine. Za promjenu vrećice potrebno je: pripremiti potreban pribor, oprati ruke i osigurati privatnost, objasniti postupak pri izvođenju svakog koraka jer postoji mogućnost da će bolesnik nakon nekog vremena samostalno izvoditi postupak, staviti rukavice, skinuti i baciti staru vrećicu te nježno obrisati maramicom stomu i okolno tikvo, pažljivo oprati stomu blagim sapunom i vodom i osušiti je nježnim tapkanjem, ostaviti da se stoma u potpunosti osuši, pregledati stomu i okolnu kožu te ako je potrebno, obrijati dlake da bi se podloga bolje prilijepila i da bi se izbjegla iritacija kože prilikom skidanja podloge pri idućoj promjeni. Odljepiti papir s poledine pripremljene podloge, namjestiti preko stome i nježno je pritisnuti. Bolesnika će medicinska sestra uputiti da miruje oko pet minuta kako bi se podloga bolje priljubila uz kožu. Tjelesna toplina poboljšat će i omekšati podlogu te povećati sigurnost. Ako je potrebno, sestra će prikopčati zaštitni pojas kako bi se osigurao bolji položaj vrećice i povećala sigurnost. U vrećici treba ostaviti malo zraka kako bi se omogućilo sadržaju da padne na dno. Radi dodatnog osiguranja, može se papirnatim flasterom pričvrstiti podloga. Vrećice za stome proizvode se u više modela i veličina s ciljem udobnosti, sigurnosti i lakše primjene. Na primjer, vrećice za jednokratnu upotrebu sa zatvorenim krajem mogu odgovarati bolesniku koji vrši irigaciju ili koji želi vrećicu baciti odmah nakon svakog pražnjenja. Drugom bolesniku može više odgovarati vrećica za višekratnu upotrebu koja se može drenirati. Veoma je važno da medicinska sestra zabilježi datum i vrijeme promjene vrećice te osobine sadržaja, uključujući boju, količinu, vrstu i konzistenciju. Također treba upisati izgled kolostome i okolne kože. Valja zapisati čemu ste naučili bolesnika te, ako bolesnik sam provodi toaletu, kako napreduje u tom postupku. Dobra i kontinuirana zdravstvena njega ne može se osigurati bez odgovarajuće dokumentacije.

Sestrinska dokumentacija je pokazatelj kvalitete rada medicinske sestre. Ona osigurava kontinuitet zdravstvene skrbi i kvalitetu te omogućuje sustavno praćenje zdravstvenog stanja pacijenata tijekom liječenja u bolnici, dijagnosticiranje problema, određivanje količine sestrinske skrbi i poboljšanje kvalitete zdravstvene njege pacijenata.

Većina bolesnika želi znati kako će stoma utjecati na njegove svakodnevne aktivnosti (kakvu odjeću nositi, smiju li se kupati, kojim se sportovima smiju baviti, što ako idu na duže putovanje i slično). Preporuča se: udobna odjeća koja tijesno ne prijanja uz stomu (trljanjem se može izazvati krvarenje), tuširanje s ili bez stoma vrećice, kupanje s dobro pričvršćenom stoma vrećicom te da na duga putovanja bolesnik nosi rezervne vrećice i sav pribor za njegu stome. Treba izbjegavati sportove koji mogu dovesti do jakih udaraca u trbuh. Šetnje, vožnja biciklom ili vrtlarenje dio su svakodnevnog života tisuća bolesnika s kolostomom. Dobro tjelesno stanje doprinosi razini zdravlja, pomaže u socijalnim kontaktima, a i odličan je ventil za pritiske i napetosti. Bolesnici mogu voditi normalan seksualan život uz modificiran položaj. Imati stomu ne znači da je intimnim odnosima došao kraj, no katkad se ne može izbjeći određeni stupanj oštećenja, pa muškarci ne mogu postići erekciju, a žene mogu osjetiti nelagodu zbog smanjene vlažnosti vagine i suženja vaginalnog otvora. Važno je bolesniku napomenuti da su vrećice tanke, ne propuštaju neugodne mirise i da nisu vidljive ispod odjeće. Terapeutska pomagala za kolostomu treba pohranjivati na suhom mjestu. Optimalna temperatura je oko 20 stupnjeva. Toplina skraćuje vijek pomagala, a valja znati i da se pomagala trebaju pohranjivati u vodoravnom položaju kako bi njihovo prijanjanje na kožu bilo optimalno.

Stomaterapeut je visokoobrazovana medicinska sestra/tehničar koja raspolaže znanjima iz područja zdravstvene njege, sociologije, psihologije i rehabilitacije. Dio je multidisciplinarnog tima koji brine o bolesnicima sa stomom. On sudjeluje u liječenju bolesnika već i prije operacije, u poslijeoperacijskom periodu, na samom početku života sa stomom, pri pomoći obitelji te pomoći bolesniku da se prilagodi životu sa stomom i vrati se u svakodnevni život.

Stomaterapeut savjetuje bolesnika kako da svoj život učini što kvalitetnijim i kako da odabere stoma pomagala. Njegova uloga osobito je važna pri savjetovanju o fizičkoj aktivnosti, odijevanju, seksualnim odnosima, rekreaciji, putovanjima te povratku u radnu sredinu. Stomaterapeut mora biti dobro educirana medicinska sestra koja pruža emocionalnu podršku te profesionalac koji u bolesnika izaziva pozitivne osjećaje i lakšu integraciju u svakodnevni život. Razvijene zemlje su prepoznale potrebe i razvile specijalizacije za medicinske sestre u području ostomije. Nakon specijalizacije medicinske sestre postaju enterostomalni terapeuti i osposobljene su za zbrinjavanje svake kirurške rane kod pacijenata sa stomom. U Hrvatskoj postoji problem nedostatka enterostomalnih terapeuta kao posebno educiranog i specijaliziranog kadra iako ga gotovo sve razvijene zemlje imaju već tridesetak godina. U Republici Hrvatskoj škola za enterostomalne terapeute ne postoji, za razliku od Slovenije koja je već 1981. godine imala prvog enterostomalnog terapeuta. U Hrvatskoj već jest pokrenuto obrazovanje za enterostomalne terapeute na Sveučilišnom fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. To bi uvelike utjecalo na kvalitetu obrazovanja medicinskih sestara i donijelo još bolje rezultate u edukaciji pacijenata i njihovih obitelji jer samo kvalitetno i visoko obrazovano zdravstveno osoblje može osigurati kvalitetnu njegu i edukaciju i dobro prihvaćanje kolostome.



Slika 8.1 Stoma vrećica

Izvor: http://www.stoma-medical.hr/kutakzp/s2-sustavi_stoma_pomagala.html



Slika 8.2 Pojas za kolostomu

Izvor: <http://otos.hr/proizvodi/trbusni-pojas-otos-319.html>

9. Sestrinske dijagnoze kod pacijenta s karcinomom kolona

Sestrinska dijagnoza predstavlja specifičan zaključak o reagiranju pojedinca, obitelji ili zajednice na aktualni ili potencijalni zdravstveni problem ili druge probleme vezane za zdravlje, koje tim zdravstvene njege može samostalno spriječiti, ublažiti ili riješiti. Sestrinske dijagnoze su potrebne medicinskim sestrama jer: olakšavaju komunikaciju, definiraju sestrinsku prasku i potiču dokumentiranje zdravstvene njege.

Anksioznost u/s predstojećim patofiziološkim promjenama prema definiciji to je nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti. Mogući ciljevi su: smanjiti anksioznost, pacijent će moći prepoznati čimbenike rizika anksioznosti i pozitivno će se suočiti s anksioznošću.

Visok rizik za opstipaciju je neredovito, otežano ili nepotpuno pražnjenje suhe i tvrde stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno osjećajem bolne i neugodne defekacije.

Smanjeno podnošenje napora je stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti.

Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje/dotjerivanje je stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

Smanjena mogućnost brige za sebe- eliminacija je stanje kada postoji smanjena ili potpuna nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice.

Smanjena mogućnost brige o sobi- osobna higijena je stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

Visok rizik za infekciju je stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora.

Bol je što god osoba koja je doživjela kaže da jest i postoji kad ona kaže da postoji. Može biti akutna i kronična. Akutna intenzivna bol javlja se iznenada, dobro lokalizirana, najčešće oštra i probadajuća. Kronična bol je kontinuirana, otporna na terapiju, najčešće loše lokalizirana i tupa, traje dulje od 6 mjeseci. Mogući ciljevi su: pacijent će na skali boli iskazati razinu boli nižu od početne (6/10), pacijent će znati načine ublažavanja boli.

Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje je stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.

Neupućenost u toaletu kolostome u/s nedostatkom specifičnog znanja i iskustva- Poticati pacijenta usvajanju znanja i vještina vezanih uz toaletu kolostome. Podučiti pacijenta toaleti kolostome. Osigurati potrebna pomagala.

Mogući ciljevi su: pacijent će verbalizirati specifična znanja o toaleti kolostome, pacijent će demonstrirati vještine vezane za toaletu kolostome, obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati pacijentu podršku.

Seksualna disfunkcija u/s nedostatkom volje 2° promjenjeni tjelesni izgled: pacijent je nezainteresiran za spolne odnose zbog promijenjenog tjelesnog izgleda. Mogući ciljevi su: prihvaćanje promijenjenog izgleda tijela, zadovoljavajući seksualni život.

Visok rizik za dehiscenciju rane: Potpuno ili djelomično naglo otvaranje ili kidanje rane ili stvaranje pukotine u kirurški sašivenoj rani. Uzroci: dob bolesnika, maligna bolest, hipoproteinemija, hipovitaminoza, gojaznost, popratni kašalj, hematoma, ozljeda poslije operacije, infekcija, ishemija rubova rane zbog gustog šivanja.

9.1 Intervencije medicinske sestre

Anksioznost u/s predstojećim patofiziološkim promjenama: Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno. Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...). Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima. Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći. Poučiti pacijenta postupcima/procedurama koje će se provoditi. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima. Osigurati mirnu i tihi okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.

Visok rizik za opstipaciju: Osigurati privatnost. Auskultirati peristaltiku. Palpirati fekalne mase. Procijeniti prisutnost bola (u abdomenu, ili prisutnost bola koji može utjecati na nesmetano obavljanje defekacije). Pratiti uzimanje propisanih lijekova – analgetika, narkotika, diuretika... Primijeniti ordinirani oralni laksativ. Primijeniti ordiniranu klizmu. Primijeniti ordinirani supozitorij. Pacijentu dati konzumirati napitke i namirnice koji potiču defekaciju: suhe šljive, smokve, mineralne napitke, lanene sjemenke.

Smanjeno podnošenje naporna: Prepoznati uzroke umora kod pacijenta. Uočiti potencijalnu opasnost za ozljede za vrijeme obavljanja aktivnosti. Prevenirati ozljede. Izbjegavati nepotreban napor. Izmjeriti puls, krvni tlak i disanje prije, tijekom i pet minuta nakon tjelesne aktivnosti. Poticati pacijenta na aktivnost sukladno njegovim mogućnostima. Ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na podnošenje napora (nesanica, lijekovi, bol, zabrinutost, neprimjerena okolina). Pružiti emocionalnu podršku. Educirati pacijenta o pravilnoj primjeni kisika. Educirati pacijenta i obitelj / skrbnika o važnosti i pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti.

Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje/dotjerivanje: Definirati situacije kada pacijent treba pomoć. Napraviti plan izvođenja aktivnosti.

Odabrati najprikladnije pomagalo i poticati na korištenje: žlica za cipele na dugačkoj dršci, odjevni predmeti na čičak. Odabrati prikladnu odjeću. Pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću. Poticati pacijenta da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima.

Smanjena mogućnost brige za sebe- eliminacija: Procijeniti stupanj samostalnosti. Napraviti plan izvođenja aktivnosti: s pacijentom utvrditi metode i načine pomoći.

Visok rizik za infekciju: Mjeriti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim pacijentima mjeriti dva puta dnevno, te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C). Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima. Pratiti izgled izlučevina.

Bol: Prepoznati znakove boli. Primijeniti farmakološku terapiju po odredbi liječnika. Ohrabriti bolesnika. Objasniti mu da zauzme ugodan položaj, bočni položaj sa savijenim koljenima. Ponovno procijeniti bol.

Neupućenost u toaletu kolostome u/s nedostatkom specifičnog znanja i iskustva: pacijentu objasniti zdravstvenu njegu kolostome.

Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje: Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta. Osigurati hranu odgovarajuće temperature. Osigurati mir u vrijeme obroka.

Seksualna disfunkcija u/s nedostatkom volje 2° promjenjeni tjelesni izgled: Ohrabriti pacijenta da iznese svoje strahove vezane uz mogućnost seksualne disfunkcije. Preporučiti zadovoljavajući položaj. Osigurati pomoć psihoterapeuta.

Visok rizik za dehiscenciju rane – objasniti bolesniku da si lagano pritisne ranu prilikom kašljanja, povraćanja te naprezanja.

10. Prehrana operiranih bolesnika

Nakon operacije bolesnik je 48 sati u parenteralnoj prehrani (dok se ne uspostavi peristaltika). je dan bolesnik na parenteralnoj prehrani i oprezno, postupno se daje malo čaja, vode uz nazogastričnu sondu. Ako pacijent dobro tolerira tekuću dijetu postupno prelazi na kašastu dijetu, a zatim prelazi na kolitis dijetu. Prije odlaska kući, pacijent prolazi kratkotrajnu edukaciju o prehrani i dobiva upute koje se namirnice preporučaju, a koje se ne preporučaju.

Dijetalna prehrana omogućuje da se probava odvija pravilno i da se hrana ne zadržava u probavnom sustavu. Hranu treba rasporediti u pet do šest majih obroka, poželjno je da budu svaki dan u isto vrijeme. Hrana treba biti bogata bjelančevinama, ugljikohidratima i vitaminima, a izbjegavati hranu bogatu celulozom i masnoćama. Treba izbjegavati hranu koja nadima, koja stvara voluminozne fekalije i koja se u probavnom sustavu ne može resorbirati. Probava počinje u usnoj šupljini, zbog toga treba jesti polako i svaki zalogaj dobro prožvakati. Potrebno je piti oko dvije litre tekućine, ne jesti prevruću niti prehladnu hranu, bez oštrih začina, umjereno slatku, kiselu i slanu hranu. Osnovne smjernice kod prehrane: jesti redovito, piti dosta tekućine, dobro žvakati hranu, savjetovati se sa svojim stomaterapeutom ili nutricionistom oko vitaminskih dodataka.

Mlijeko i mliječni proizvodi- dopušteno je mlijeko s manje masnoća, fermentirani mliječni proizvodi (abkultura, jogurt, acidofil), posni svježi sir. Ne preporuča se punomasno mlijeko, vrhnje slatko i kiselo, topljeni sirevi, kajmak.

Meso i mesni proizvodi- preporuča se piletina, puretina (nemasni dijelovi bez kože) zečetine, teletina, junetina, janjetina (nemasno), nemasna riba, jaja (tvrdo kuhana). Ne preporuča se svinjetina, govedina, tovljena perad, divljač, mesne prerađevine (slanina, čvarci, pršut, kobasice, salame, paštete, hrenovke, kulen.) pečeno i prženo meso.

Povrće- preporuča se: krumpir, povrće kuhano i pasirano čime se odstranjuje celulozan, ovojnica (grašak, leća, cvjetača) mrkva, rajčica, špinat, blitva, tikvica, meki dijelovi zelene salate. Preporuča se izbjegavati luk, češnjak, svježi i kiseli krastavci, paprika, kupus, kelj, poriluk, mahunarke, grah, grašak, gljive, koraba, prokulica, krumpir pečeni i oprženi.

Voće- potrebno je uzimati kompote, pečene jabuke, voće bez kože i sjemenki, šljive, svježe marelice, svježe breskve, zrele kruške, jabuke, banane, sok od južnog voća. Ne preporuča se orasi, lješnjaci, bademi, grožđice, grožđe, naranča, ananas, grejp, limun.

Kruh i prilog- potrebno je uzimati bijeli kruh, ali koji je odstajao, pecivo, dvopek, riža, tjestenina, pšenična krupica. Nije dopušteno uzimanje svježeg, toplog kruha sa sjemenkama, masna, slatka peciva, lisnato tijesto, krumpirovo tijesto.

Juhe- preporuča se uzimanje obranih juha od mesa, lagana pržena juha, juha od krumpira, juha od dozvoljenog povrća. Ne preporuča se uzimanje jako masne juhe i mesne juhe, juhe od gljiva, juhe od mahunarki, jako pržena juha.

Slastice- dozvoljene su marmelade, med, štrudle, štrukli, palačinke, nabujci od riže i krupice, puding, keksi. Ne preporučaju se kolači od lisnatog tijesta, kolači s masnom kremom, kolači prženi u ulju.

Masnoće- preporuča se ulje (suncokretovo ili maslinovo), margarin (mekani). Ne preporuča se mast, tvrdi margarin, slanina, loj.

Piće- preporuča se voćni čajevi, čaj od kamilice. Preporuča se izbjegavati alkoholna pića, crnu kavu, sirupi, gazirana pića, ruski čaj.

Začini i umaci- sol, blagi ocat, limunov sok. Ne preporuča se uzimanje zaprške, papar, crvena paprika, češnjak, luk, kopar, senf, umak od pečenja.



Slika 10.1 Lanene sjemenke

Izvor: <https://www.fitness.com.hr/prehrana/nutricionizam/Lanene-sjemenke.aspx>



Slika 10.2 Suhe smokve

Izvor: https://zena.rtl.hr/clanak/gastro/starinski_recepti_za_zdravu_prirodnu_zimnicu_-_suseno_voce/8735



Slika 10.3 Suhe šljive

Izvor: <http://www.azramag.ba/lijepi-i-zdravi/bezbroj-razloga-da-sljivite-sljive/>

11. Zaključak

Karcinom debelog crijeva i danas bez obzira na napredak medicine ima veliku pojavnost stoga je potrebno zdravstvenim odgojem poticati zdravu populaciju na usvajanje poželjnog zdravstvenog ponašanja. Obzirom da karcinom ne nastaje u kratkom vremenu već se razvija niz godina jasno je da današnji način života i prehrane ima značajnu ulogu, što potvrđuju i brojna istraživanja. Stoga je bitno poraditi na zdravim životnim navikama već od najranije dobi koje uključuju pravilno doziranu prehranu s ograničenim unosom crvenog i prerađenog mesa i masti uz što veći unos voća i povrća. Uz prehranu bitno je održavati tjelesnu težinu u granicama normale, izbjegavati sjedilački način života, pušenje i alkohol. Pojavom prvih simptoma odmah se javiti liječniku.

Proces zdravstvene njege omogućuje da se medicinske sestre stručno usavršavaju, omogućava primjenu kompjuterske tehnike te podiže sestrinsku profesiju na viši i složeniji nivo i odvaja je od svakodnevne rutine.

Educirana medicinska sestra ima vrlo veliku ulogu u ublažavanju psihičkog stanja i fizičke pomoći u specifičnoj zdravstvenoj njezi.

Varaždin, studeni 2017.

Marina Mindek



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, MARINA MINDEK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PROCES ZDRAVSTVENE NEGE BOL. S KARCIJOMOM KOLONA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marina Mindek
(vlastoručni potpis)

Sukladno 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.

Ja, MARINA MINDEK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PROCES ZDRAV. NEGE BOL. S KARCIJOMOM KOLONA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marina Mindek
(vlastoručni potpis)

12. Literatura

- [1] A. Včev: Bolesti debelog crijeva, Grafika, Osijek, 2002.
- [2] I. Keros, P., Matković, B., Anatomija i fiziologija. Naklada Ljevak d.o.o. Zagreb, 2006. 111-119.
- [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] Šoša, T., i suradnici. Kirurgija. Naklada Ljevak. Zagreb, 2007. 516-520.
- [16] <http://kbc-rijeka.hr/docs/PREHRANA%20ZA%20PACIJENTE%20SA%20STOMOM.pdf>, dostupno 01.06.2016.

13. Popis slika

| | |
|--|----|
| Slika 2.1 Prikaz anatomije debelog crijeva | 3 |
| Slika 6.1 Prikaz kolonoskopije | 11 |
| Slika 7.1 Prikaz prekida kontinuiteta crijeva, izvođenje kolostome | 14 |
| Slika 8.1 Stoma vrećica | 18 |
| Slika 8.2 Pojas za kolostomu | 19 |
| Slika 10.1 Lanene sjemenke | 25 |
| Slika 10.2 Suhe smokve | 26 |
| Slika 10.3 Suhe šljive | 26 |