

Zdravstvena njega bolesnika s radikalnim kirurškim zahvatom na želudcu

Križanac, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:216518>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-01**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Ivana Križanac

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S RADIKALNIM
KIRURŠKIM ZAHVATOM NA ŽELUDCU**

Završni rad

Split, 2017.
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Ivana Križanac

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S RADIKALNIM
KIRURŠKIM ZAHVATOM NA ŽELUDCU**

**NURSING CARE FOR PATIENTS IN THE RADICAL
STOMACH SURGERY SETTING**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:
Dragica Kustura, prof.

Split, 2017.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. PROBAVNI SUSTAV.....	2
1.2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA ŽELUCA.....	3
1.3. RADIKALNI KIRURŠKI ZAHVATI NA ŽELUCU.....	5
1.3.1. Vagotomija.....	5
1.3.2. Resekcija.....	6
1.3.3. Gastrektomija.....	6
1.4. BOLESTI KOD KOJIH JE INDICIRAN RADIKALNI KIRURŠKI ZAHVAT NA ŽELUCU.....	9
1.4.1. Ulkusna bolest.....	9
1.4.2. Tumori želuca.....	10
1.5. PRETRAGE.....	13
1.6. ENTERALNA PREHRANA.....	14
2. CILJ RADA.....	18
3. RASPRAVA.....	19
3.1. ZDRAVSTVENA NJEGA PRIJE RADIKALNOG KIRURŠKOG ZAHVATA NA ŽELUCU.....	19
3.1.1. Psihička priprema.....	20
3.1.2. Fizička priprema.....	22
3.1.2.1. Neposredna predoperacijska priprema.....	23
3.2. ZDRAVSTVENA NJEGA TIJEKOM RADIKALNOG KIRURŠKOG ZAHVATA NA ŽELUCU.....	24
3.3. ZDRAVSTVENA NJEGA NAKON RADIKALNOG KIRURŠKOG ZAHVATA NA ŽELUCU.....	24
3.3.1. Dijeta.....	27
4. ZAKLJUČAK.....	29
5. SAŽETAK.....	30
6. SUMMARY.....	31

7. LITERATURA.....	32
8. ŽIVOTOPIS.....	33

1. UVOD

Današnji moderni čovjek u razvijenom društvu živi ubrzano, dan traje prekratko za učiniti sve ono čemu teži. Sve manje vremena ovaj moderni čovjek može posvetiti sebi i vlastitom dobrostanju. Sebe, dakle, stavlja na posljednje mjesto. Nema vremena za brigu o vlastitom duhu i tijelu. Posljedično zanemaruje i u širokom luku zaobilazi sve principe relativno zdravog života i zdrave prehrane. Hrani se onako kako i živi – brzo.

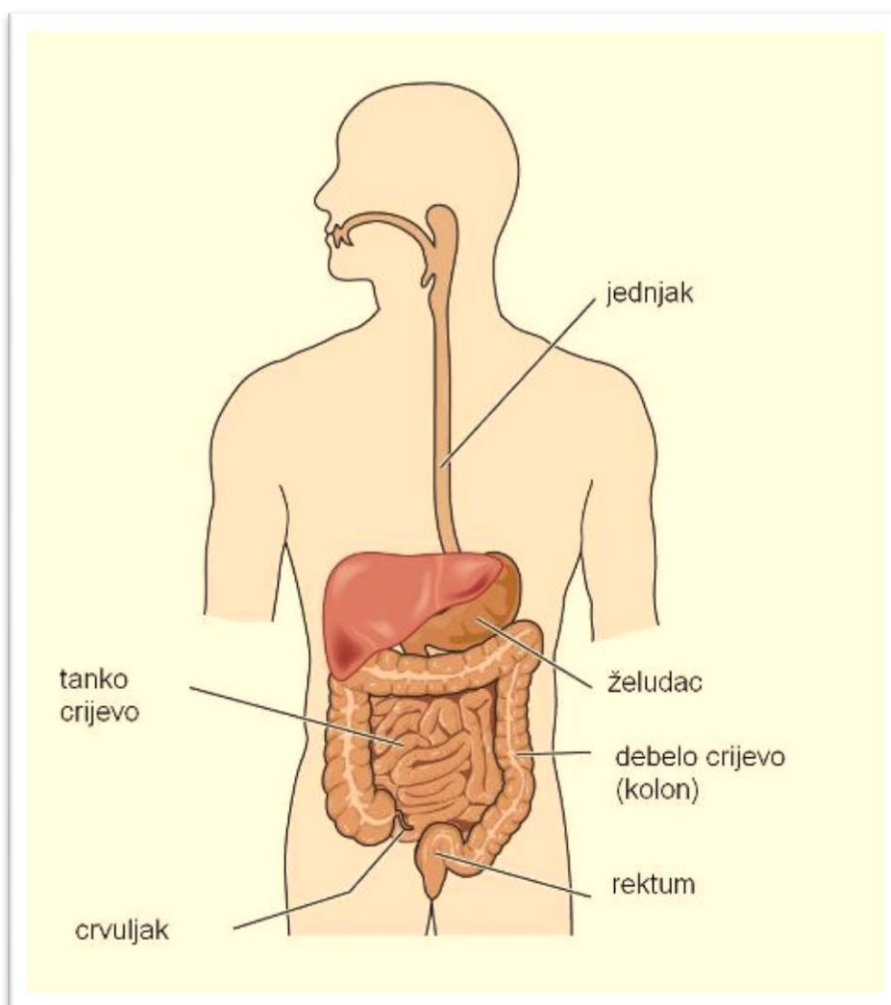
Navedeni uvjeti života ugrožavaju zdravlje čovjeka, stres se akumulira i u prvom redu strada probavni sustav. Tegobe, bolesti i patologije probavnog sustava sve češće se javljaju u novije vrijeme. U ovom radu pobliže ćemo se osvrnuti na bolesti želuca, posebice one koje zahtijevaju radikalni kirurški zahvat.

Želudac je kompleksan organ, s brojnim funkcijama bitnima za ljudski organizam. Isto tako, bolesti želuca imaju veliki odraz na sveukupno stanje ljudskog organizma.

Radikalni operativni zahvati na želucu kompleksni su zahvati koji zahtijevaju posebnu pripremu, bilo prije, za vrijeme ili nakon samog zahvata. Ovdje se iznimno važnom pokazuje uloga medicinske sestre. Kako ćemo prikazati u ovom radu, medicinska sestra provodi brojne intervencije iz procesa zdravstvene njege, ovisno o kojem periodu liječenja se radi. Tako ona educira bolesnika, fizički ga priprema za kirurški zahvat, prati ga te o njegovom zdravstvenom stanju obavještava odgovornog liječnika.

1.1. PROBAVNI SUSTAV

Probavni sustav jedan je od najvažnijih organskih sustava u tijelu čovjeka. Osnovna uloga probavnog sustava čovjeka je uzimanje hranjivih tvari, usitnjavanje, te prerada istih. Probava je dakle iznimno važna prvenstveno radi razgradnje hrane na nutrijente koje posljedično tijelo koristi za energiju, rast te obnovu stanica. Hrana se cijepa na ugljikohidrate, proteine, masti, vitamine, minerale i vodu (1).



Slika 1: Osnovni dijelovi probavnog sustava čovjeka

Izvor: www.wikipedia.org

Osnovne sastavnice probavnog sustava čovjeka su probavni trakt te probavne žlijezde.

Probavni trakt sastavljen je od: usne šupljine, ždrijela, jednjaka, želuca, tankog crijeva, debelog crijeva i anusa. Gore spomenute probavne žlijezde su: gušterača, jetra i žlijezde slinovnice (2).

Sama probava teče na sljedeći način:

U ustima se hrana počinje usitnjavati uz pomoć zubi, jezika i sline koju proizvode žlijezde slinovnice (dijelimo ih na podvilične, podušne i podjezične, sukladno lokaciji u usnoj šupljini svake skupine posebno). Žvakanje hrane dovodi do refleksa gutanja, kada hrana prolazi dalje kroz ždrijelo do jednjaka.

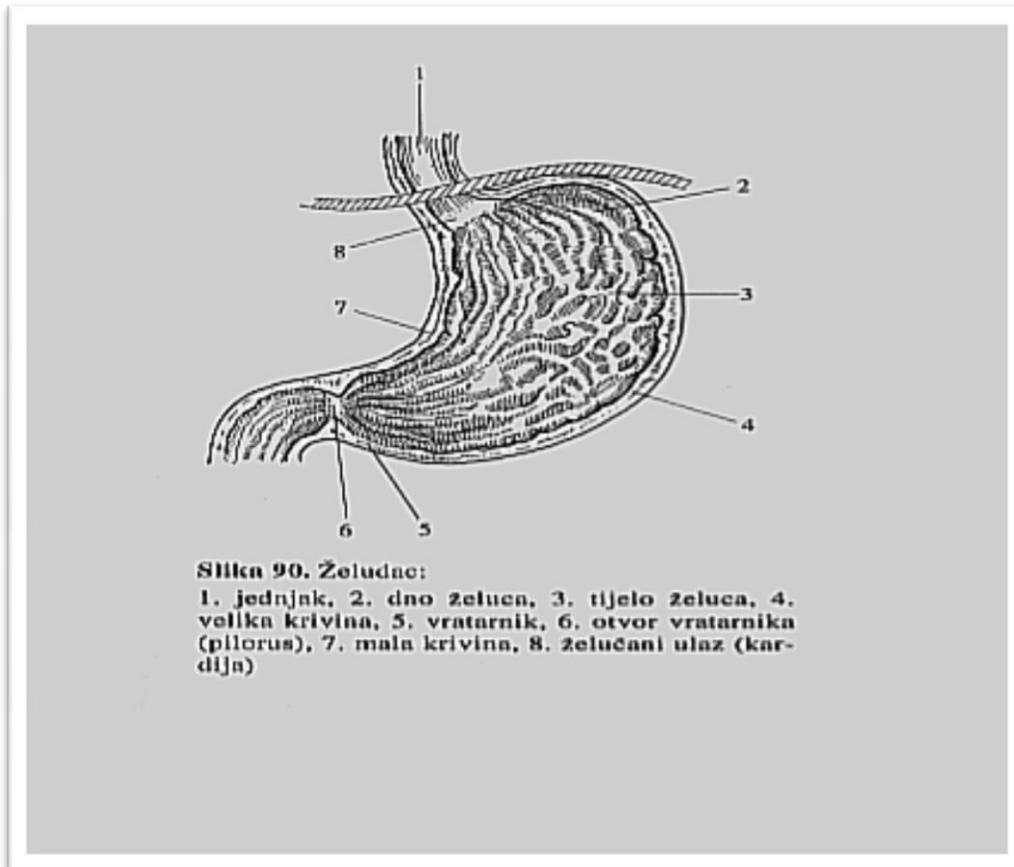
Jednjak je cijev dugačka po prilici 25 cm, koja započinje i završava sfinkterom (gornji i donji) koji sprječava vraćanje hrane unatrag. Stijenke jednjaka peristaltikom šalju hranu dalje u želudac, mišićni organ koji oblikom podsjeća na vreću (3). Želudac dalje prerađuje hranu, koja prolazi tankim crijevom.

Tanko crijevo pak tvore tri osnovna dijela: duodenum, jejunum i ileum. Ovdje se događa i apsorpcija hranjivih tvari iz prerađene hrane (1).

U debelom crijevu odvija se završna faza probave: formiranje i otpuštanje stolice (lat.*feces*)

1.2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA ŽELUCA

Želudac jest jedan od najvažnijih dijelova probavnog sustava. Vrećasti je to organ, smješten između jednjaka i duodenuma. U osnovi, temeljna zadaća želuca sastoji se od prerade progutane hrane, bilo mehanički ili kemijski (3).



Slika 2: Želudac

Izvor: Keros P, Andreis I, Gamulin M, Anatomija i fiziologija, Naklada Školska knjiga, Zagreb, 2006.

Oblikom želudac podsjeća na slovo „J“ kod većine ljudi. Ima izraženju sposobnost širenja prilikom uzimanja hrane, pa može zadržati čak i do 3 litre hrane. S druge strane, želudac novorođenčeta može sadržati tek 30 ml mlijeka istovremeno (3).

Osnovna podjela želuca jest na: kardij, fundus, korpus i pilorus.

Kardij je regija želuca uz gastroezofagealni spoj, oblikom okružuje kardijalni otvor. Iznad spoja s kardijom nalazi se fundus koji čini najvišu točku želuca. Tijelo (korpus) želuca predstavlja najveći dio želuca. Antrum je omeđen proksimalno korpusom i distalno pilorusom.

U želucu također razlikujemo dva funkcionalno različita dijela: acidosekretorni i humoralno-motorički. Acidosekretorni dio vežemo prvenstveno za korpus i fundus. Tu se nalaze brojne tubulozne žlijezde čije stanice luče HCL i pepsinogen. Humoralno-motorički dio želuca jest antrum. Gastrinske stanice žlijezda na sluznici antruma luče gastrin, osnovni humoralni faktor želučane sekrecije (4).

Glatka površina sluznice želuca crvenosmeđe je boje. Prekriva ju mukozni sloj čija je pak osnovna funkcija zaštita površine od želučane kiseline . Tijekom kontrakcija želučana sluznica pomiče se u usjeko koje nazivamo *ruge* (1,3). Za druge organe želudac je vezan ligamentima, tj.duplikaturama peritoneuma (5).

Želudac je iznimno prokrvljen organ. Razlog tomu je čak šest arterija putem kojih krv dolazi do želuca: desna i lijeva gastična arterija, desna i lijeva gastroepiploična arterija, gastroduodenalna arterija i lijenalna arterija. Dobra prokrvljenost ubrzava cijeljenje, ali vodi i do masivnih krvarenja u slučaju ozljeda stijenke ili sluznice želuca (4, 5).

1.3. RADIKALNI KIRURŠKI ZAHVATI NA ŽELUCU

Radikalne kirurške zahvate na želucu u osnovi možemo podijeliti u tri skupine: vagotomija, resekcija i gastrektomija.

1.3.1. Vagotomija

„Vagotomija je kirurški postupak vagusne denervacije želuca“ (5).

Navedenu denervaciju moguće je kirurški izvesti na više razina. Tako razlikujemo:

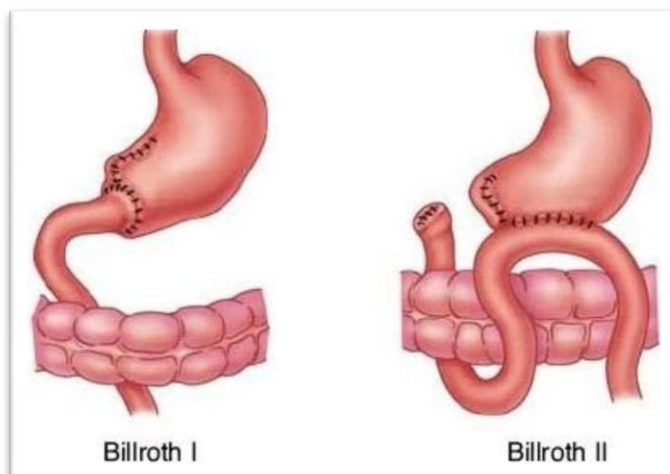
- trunkalnu,
- selektivnu i
- visokoselektivnu vagotomiju.

Postupak vagotomije se danas rijetko izvodi.

1.3.2 Resekcija

Resekcije želuca jesu operativni zahvati kojima se dio želuca odstranjuje. Razlikujemo: distalne, proksimalne i segmentalne resekcije želuca. Radi se o jednoj od najčešće primjenjivanih operativnih tehnika u okviru patoloških stanja želuca (4).

Najčešće primjenjivana resekcija je distalna. Istom se odstranjuju najmanje dvije trećine aboralnog dijela želuca (tzv. subtotalna resekcija). Ova resekcija uključuje i odstranjivanje pilorusa i početnog dijela duodenuma (4). Posljedično, gastrointestinalni kontinuitet se uspostavi direktnom anastomozom reseciranog želuca (Billroth I), ili pak gastrojejunalnom anastomozom (Billroth II) (4).



Slika 3: Resekcija želuca po Billrothu I i II

Izvor: www.wikipedia.org

1.3.3. Gastrektomija

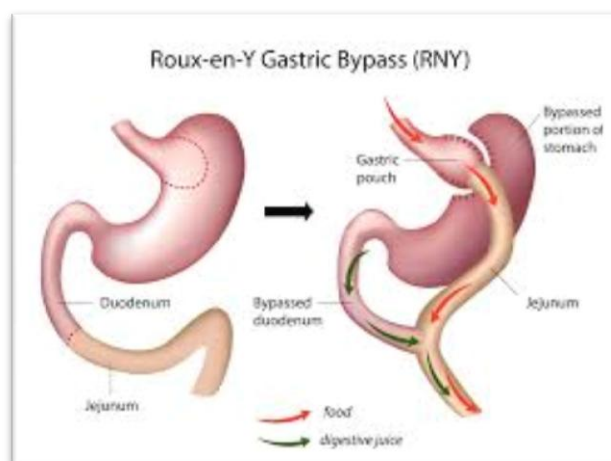
Gastrektomija predstavlja potpuno kirurško odstranjenje želuca. Radikalna je to operacija kojoj stručnjaci pribjegavaju jedino ukoliko nijedna druga opcija ne poluči pozitivan rezultat. Većinom se ovaj postupak koristi u kirurškom liječenju karcinoma

želuca. Kontinuitet probavne cijevi se uspostavlja ezofagojejunalnom anastomozom. Kako ne bi došlo do refluksa žuči i gušterače, u jednjak se anastomoza stvara u većini slučajeva jejunalom vijugom. Ovo jest i najkompleksniji dio cijelog kirurškog zahvata, koji je znatno olakšan uporabom mehaničkog šava (stapler) (5).

U sklopu navedene radikalne operacije obavlja se i limfadenektomija, primarno ne bi li se odredio stadij same bolesti. Čimbenici koji određuju stadij i prognoze određeni su prema tzv. TNM klasifikaciji. Prema ovoj klasifikaciji glavni prognostičari jesu metastaze i limfni čvorovi. Potrebno je analizirati najmanje 15 limfnih čvorova (5).

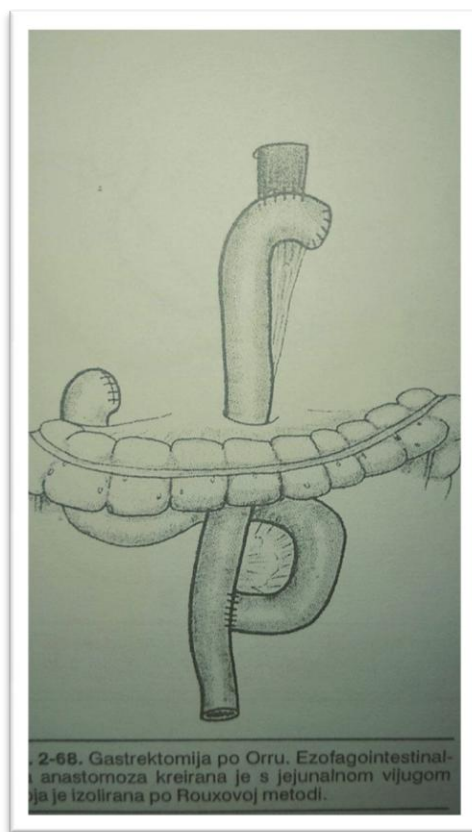
Kada govorimo o kirurškim tehnikama samog postupka, brojne su. Izdvojimo neke od njih kojima prvenstvo daju brojni stručnjaci na ovom području: Gastrektomija po Orru (formiranje 45-50cm duge vijuge izolirane prema Rouxu); gastrektomija po Longmireu (interpozicija izolirane vijuge jejunuma); Gastrektomija po Nakayami (s antirefluksnom ezofagojejunalnom anastomozom), itd. (4)

U Kliničkom bolničkom centru Split metoda izbora, kada govorimo o gastrektomiji, jest ona po Rouxu. Ne bi li se izbjegao refluks žuči kao i soka gušterače, anastomoza se stvara jejunalom vijugom nalik slovu Y.



Slika 4: Metoda Roux en y

Izvor: www.wikipedia.org



Slika 5: Gastrektomija po Orru

Izvor: Štulhofer M. Kirurgija probavnog sustava. 2. Izdanje. Medicinska naklada Zagreb. 1999.

Današnja kirurška dostignuća i tehnike smanjile su u prošlosti visoku stopu smrtnosti od posljedica gastrektomije, te ona danas iznosi niskih 2-5%.

Jedna od najčešćih komplikacija nakon gastrektomije jest manjak vitamina B12, jer se potpunim odstranjenjem želuca apsolutno mijenja anatomija kao i ostala svojstva gastrointestinalnog trakta, pa se tako u znatno manjoj mjeri apsorbira i ovaj vitamin. To se uglavnom dobro sanira mjesečnim nadomjesnim dozama vitamina B12 u obliku injekcija. Najozbiljnija komplikacija je dehiscencija ezofagojejunalne anastomoze. Očituje se pogoršanjem općeg stanja, tahikardijom, bolovima, leukocitozom, povišenom tjelesnom temperaturom, i pojačanom sekrecijom na abdominalni dren (5). U pravilu kod ovakvih stanja slijedi drugi operativni zahvat.

1.4. BOLESTI KOD KOJIH JE INDICIRAN RADIKALNI KIRURŠKI ZAHVAT NA ŽELUCU

1.4.1. Ulkusna bolest

Ulkus je ogoljeli dio sluznice probavnog trakta koji prodire u mišićni sloj sluznice (muskularis mukoze).

Tijekom života, smatra se kako 10% ljudi boluje od ulkusne bolesti (5)

Glavni razlozi zbog kojih dolazi do nastanka ulkusa na želucu su sljedeći:

- 1) Infekcija s *Helicobacter pylori*
- 2) Dugotrajno uzimanje nesteroidnih antiinflamatornih lijekova
- 3) Kao posljedica pojačane sekrecije gastrina
- 4) U stanjima stresa (5)

Prema mjestu nastanka, ulkuse možemo podijeliti u pet skupina, kako je navedeno u Tablici 1:

I) lokaliziran u korpusu želuca, primarno na maloj krivini (oko incizure angularis)
II) dva ulkusa, jedan prepilorično, a drugi duodenalno
III) prepilorični ulkus
IV) ulkus na spoju jednjaka i želuca

V) ulkus na bilo kojem mjestu, uzrokovan nesteroidnim lijekovima ili aspirinom

Tablica 1: klasifikacija ulkusa, Prema: Šoša T, Sutlić Ž, Stanec Z, Tonković I i sur.
Kirurgija. Zagreb. Naklada Ljevak 2007.

Uobičajeni simptom ulkusa jest epigastrična bol. Ista se javlja nakon obroka ili pak noću. Općenito, tegobe su to koje se periodično javljaju, osobito su izražene u proljeće i jesen. Bol je pojačana kod osoba koje konzumiraju alkohol ili duhan (4,7)

Gotovo polovica svjetske populacije zaražena je bakterijom *Helicobacter pylori*. Ova bakterija ima presudan utjecaj na nastanak gore opisane ulkusne bolesti. Metode kojima se dokazuje prisutnost *Helicobacter Pylori*-ja su brojne, s različitom osjetljivošću i osobitostima. Dakako, nalaz je pouzdaniji ukoliko je pozitivan primjenom više metoda. Najpouzdanija je kultivacija. Ona je međutim i najdugotrajnija i skupa (8).

Ulkusi se kirurški liječe isključivo onda kada postoje komplikacije, i kada konzervativne metode liječenja nisu polučile željeni ishod. U kirurškom pristupu liječenju ulkusa želuca apsolutna se prednost daje postupku resekcije (5).

1.4.2. Tumori želuca

Tumori želuca mogu biti benigni ili maligni. jedan od glavnih uzroka smrtnosti od malignih bolesti jest karcinom želuca (5).

1) Benigni tumori želuca

Od svih tumorskih tvorevina želuca, benigni tumori prisutni su u tek 7% slučajeva. Od toga, 40% otpada na polipe (regenerativni, adenomatozni), a ostatak na tumore glatkih mišića stijenke želuca – lejomioime (5).

2) Maligni tumori želuca

Kada govorimo o malignim tvorevinama želuca, najvažnije je istaknuti kacinom želuca. Na drugom mjestu po pojavnosti nalazi se limfom (primarni ili sekundarni), a slijede gastrointestinalni stromalni tumori (tzv. GIST) (5).

Rak želuca je u Hrvatskoj na visokom trećem mjestu kao uzrok smrtnosti od malignih bolesti, nakon karcinoma bronha i debelog crijeva (5). Globalno, karcinom želuca nalazi se na 4.mjestu na ljestvici svih malignih bolesti. Drugi je to najveći uzrok smrti od karcinoma (9).



Slika 6: Karcinom želuca

Izvor: www.mayoclinic.org

Karcinom želuca etiološki je još uvijek velika nepoznanica. Suprotno nekim mišljenjima, nisu utvrđene poveznice između pušenja i konzumacije alkohola s pojavom karcinoma želuca. Veća stopa oboljenja utvrđena je u pacijenata s prethodnom resekcijom želuca zbog ulkusne bolesti. U rizične čimbenike valja ubrojiti i nezdravu prehranu koja u novije vrijeme uzima sve više maha. Ubrzani životni ritam ostavlja malo vremena za razmišljanje o benefitima zdrave prehrane .

Znanstveno je utemeljena veza između karcinoma želuca i bakterije *Helicobacter pylori*. Smatra se kako je upravo ova bakterija najvažniji čimbenik za razvoj ovog malignog oboljenja. Razlog tomu nije poznat.

Od karcinom želuca, unatoč jednakoj podložnosti *helicobacter pylori*-ju, dva do tri puta češće oboljevaju muškarci (4,5).

Simptomi se kod ovog oboljenja javljaju dosta kasno. Razlog je to što se sama bolest dijagnosticira uglavnom u već uznapredovalim stadijima. Gubitak teka, epigastrična bol i žgaravica simptomi su koje je lako pripisati i ulkusnoj bolesti. S druge strane, povraćanje, anemija i gubitak tjelesne težine simptomi su već uznapredovale bolesti. U ranoj fazi bolesti niti uobičajeni laboratorijski nalazi neće ukazati na bolest takvih razmjera. Tek se, kako je navedeno, u uznapredovalim stadijima javlja anemija.

U kirurškom liječenju, važno je stupnjevati proširenost same bolesti. Široko je primjenjena TNM klasifikacija u te svrhe (Tablica 2).

PRIMARNI TUMOR (T)
Tx – primarni tumor nije moguće utvrditi
T0 – nema znakova primarnog tumora
Tis – karcinom <i>in situ</i> (intraepitelna lezija bez zahvaćenosti lamine proprije)
T1 – ograničen na sluznicu i submukozu
T2 – zahvaćen mišićni sloj do seroze
T3 – probija serozu, ali se ne širi na okolne strukture
T4 – probija serozu i invadira okolne strukture
REGIONALNI LIMFNI ČVOROVİ (N)
Nx – nemoguća procjena zahvaćenosti regionalnih limfnih čvorova
N0 – nema metastaza u regionalnim limfnim čvorovima
N1 – metastaze u 1 od 6 limfnih čvorova
N2 – metastaze u 7 od 15 limfnih čvorova
N3 – metastaze u više od 15 limfnih čvorova
UDALJENE METASTAZE (M)
Mx – udaljene metastaze se ne mogu procijeniti
M0 – nema udaljenih metastaza
M1 – udaljene metastaze

Tablica 2: TNM klasifikacija, Prema Šoša T, Sutlić Ž, Stanec Z, Tonković I i sur. Kirurgija. Zagreb. Naklada Ljevak 2007.

Kirurško odstranjenje želuca, koje je opisano u prethodnim poglavljima ovog rada, jedino pruža nadu u izlječenje. Međutim, u nekim slučajevima sam tumor je inoperabilan, npr. kada su utvrđene metastaze u jetri.

Prema nekim istraživanjima, u samom trenutku postavljanja dijagnoze zna se kako 15% bolesnika neće biti operirano zbog poodmaklog stadija bolesti. Kod polovice onih koji bivaju operirani petogodišnje preživljavanje je zastupljeno u 15 do 25% (5).

Osim karcinoma, valja definirati i limfom. Razlikujemo primarni i sekundarni. Kod primarnog limfoma, tumor je nastao u želucu, dok je kod sekundarnog isti posljedica širenja Non Hodgkinova limfoma na želudac (5).

GIST je skupina rijetkih mezenhimalnih tumorskih tvorevina. Tek 1% svih tumora lokaliziranih u probavnom sustavu otpada na GIST. Najčešće se javljaju na želucu. Jedini način liječenja GIST-a jest kirurškim putem (5).

1.5. PRETRAGE

U svrhu postavljanja i utvrđivanja dijagnoza vezanih za patološka stanja želuca vrše se sljedeće pretrage:

1) RTG želuca i duodenuma

Ova pretraga izvodi se natašte. Prije snimanja pacijent skida gornje dijelove odjeće, popije kontrastno sredstvo (barijeva kaša). Tijekom snimanja bolesnik mora u potpunosti mirovati kako bi se pretraga što bolje izvela. Pregled je bezbolan, te traje svega 10-ak minuta. Ukoliko u želucu ima ostataka hrane, potrebno je izvesti i lavažu želuca prije snimanja.

2) Gastroskopija

Gastroskopija je ispitivanje gornjeg dijela probavnog sustava endoskopom (tanki fleksibilni instrument koji kroz usnu šupljinu dolazi do svih dijelova gornjeg probavnog sustava). Radi se, dakle, o gornjoj endoskopiji. Bolesnik za ovu pretragu mora biti

natašte, dakle ni piti ni jesti barem 6 sati prije pretrage. Bolesnik je tijekom pretrage na lijevom boku s glavom u sagitalnoj ravnini, blago naprijed i dolje prema ležaju (6).

3) CT gornjeg abdomena

Navedena pretraga vrši se kao bi se utvrdilo detaljno stanje organa i eventualne patološke tvorevine prije samog zahvata.

4) Pregled stolice na okultno krvarenje

Cilj ove pretrage je otkriti eventualna krvarenja u gastrointestinalnom traktu koja se obično manifestiraju pojavom oku nevidljivih tragova krvi u stolici. 7 dana prije uzimanja uzorka za testiranje nije preporučljivo uzimati lijekove koji mogu izazvati krvarenja (npr. kortikosteroidi).

5) Analiza kiselosti pod pentagastrinskom stimulacijom

Ovom se pretragom određuju vrijednosti bazalne sekrecije, i noćne sekrecije želučane sluznice, kao i reakcija parijetalnih stanica na maksimalnu stimulaciju histaminom.

1.6. ENTERALNA PREHRANA

„Enteralna prehrana jest unos hrane i/ili komercijalnih nutritivnih otopina i pripravaka, u prvom redu putem sonde u želudac, dvanaesnik ili jejunum“ (5). Indicirana je za sve bolesnike koji ne mogu peroralnim putem unijeti dovoljno energije i hranjivih tvari, pa tako i kod bolesnika s radikalnim kirurškim zahvatom na želucu. Brojne su prednosti enteralne prehrane kada ju usporedimo s parenteralnom (krvožilnim putem):

- Učestalost komplikacija znatno je smanjena provođenjem enteralne prehrane.
- Enteralna prehrana smanjuje kolonizaciju patogenim organizmima, jer se enteralno mogu unijeti i npr. probiotici što nije slučaj kod parenteralne prehrane.

- Enteralna prehrana potiče lučenje gastrointestinalnih hormona i smanjuje pojavnost bilijarnih kolika.
- Znatno je jeftinija. (5)

Postoje međutim i slučajevi kada je enteralna prehrana kontraindicirana. To su npr.:

- Rana akutna faza bolesti
- Hipoksija
- Acidoza

U apsolutne kontraindikacije spadaju akutni abdomen, perforacija probavne cijevi, akutno krvarenje iz gastrointestinalnog trakta, mehanička opstrukcija, itd. (5).

Kod preoperativne nutritivne potpore bolesnika valja spomenuti i najčešće pripravke koji se koriste: ensure, prosure, diben (za dijabetičare) itd.



Slika 7: Napitci za preoperativnu nutritivnu potporu

Izvor: www.wikipedia.org

Opišimo enteralnu prehranu.

Hrana je konzistencijom prilagođena promjeru sonde. Moguće je koristiti gotove pripravke ili hranu pripremljenu za bolničke odjele. Medicinska sestra provodi prehranu po naputku liječnika. Unos hrane vrši se uz pomoć štrcaljki od 50- 100 ml.

Enteralna prehrana štrcaljkom traje koliko i obrok kada bi bolesnik mogao uzimati hranu na usta. Kada bolesnika hranimo štrcaljkom, hrana se unosi najmanje pet puta tijekom 24 sata u količinama 100 – 400 ml. Hranu je potrebno davati usporeno. Tijekom hranjenja bolesnik je u semi – Fowlerovom ili visokom Fowlerovom položaju. U tom položaju ostaje pola sata nakon hranjenja. Enteralnu prehranu možemo podijeliti na elementarne, monomerne, oligomerne i polimerne pripravke. Razlika je u odlikama molekula koje sadrži. Za enteralnu prehranu su optimalne silikonske sonde, koje omogućuju dužu primjenu i rjeđe oštećuju sluznicu nosa (10).

Ovisno o trajanju liječenja, enteralnu prehranu dijelimo na dvije skupine: do 14 dana, ili dulje. U prvoj skupini se provodi kratka podrška prehrani, pa se u ove svrhe primjenjuju sonde (nazogastrične, nazojejunalne, nazoduodenalne). U drugoj su skupini većinom kronični i onkološki bolesnici, ili ponekad akutni kirurški bolesnici. Kod ovakvih bolesnika ide se prema trajnijem rješenju pristupu probavnoj cijevi. Tu su gastrostoma, duodenostoma, jejunostoma. Uvode se kirurškim, radiološkim ili endoskopskim putem. Standardne metode izbora su razvojem endoskopije u novije vrijeme postale endoskopska gastrostoma i endoskopska jejunostoma (5).

Brojne su i moguće komplikacije enteralne prehrane. Navedimo neke od najučestalijih:

- Pomak, ispadanje i začepljenje sonde
- Proljev, grčevi, mučnina, nadutost
- Aspiracija
- Hiperglikemija, hiperkalijemija,...
- Nazokomijalne infekcije (5)

U slučaju Kliničkog bolničkog centra Split, pri operativnim zahvatima na želucu najčešće se ugrađuju nazojejunalne sonde putem kojih se bolesniku uključuju prethodno navedeni gotovi pripravci za prehranu. Navedena sonda se ugrađuje intraoperacijski, te se nakon 7 dana učini RTG (pasaža) gastroduodenuma. Ukoliko je nalaz uredan, sonda se vadi.



Slika 8: Aparat, sistem za hranjenje i nazojejunalna sonda

Izvor: Zavod za abdominalnu kirurgiju KBC-a Split

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je elaborirati ulogu medicinske sestre od prijema bolesnika na kirurški odjel, preko preoperacijske njege, intraoperacijskih postupaka, sve do postoperacijske zdravstvene njege, te mogućih komplikacija.

Prikazat će se i nutritivna podrška postoperacijske zdravstvene njege, te opisati moguće komplikacije u postoperacijskom tijeku koje uvelike mogu otežati oporavak bolesnika.

Cilj je ovog rada i pojasniti važnost medicinske sestre i njene uloge u psihološkoj podršci bolesniku i njegovoj edukaciji.

3. RASPRAVA

Uloga medicinske sestre na putu bolesnika ka ozdravljenju od nemjerljive je važnosti. Svi postupci i intervencije u okviru rada medicinske sestre imaju presudnu ulogu tijekom bolesnikovog boravka u bolnici, pa i poslije. Svojim vještinama, prvenstveno empatijom i otvorenim umom, sestra može učiniti bolesniku boravak u bolnici u velikoj mjeri podnošljivijim i lakšim.

3.1. ZDRAVSTVENA NJEGA PRIJE RADIKALNOG KIRURŠKOG ZAHVATA NA ŽELUCU

Bolesnik se obično na odjel zaprima dva dana prije zakazanog operativnog zahvata, kako bi se sva priprema i eventualne pretrage obavile na vrijeme (tzv. elektivni program). Iznimni slučajevi su kod hitnih stanja, krvarenja, ozljeda probavnih organa, kada je život u pitanju. Tada se operativni zahvat obavlja u što kraćem mogućem periodu.

Kod redovitog prijema medicinska sestra obavlja razgovor s bolesnikom, prikuplja podatke vezane za njega: od općih podataka, povijesti bolesti vezane za trenutno stanje, do prehrambenih navika, konzumacije alkohola, pušenja, itd. Također valja i utvrditi rizične faktore koji mogu utjecati na tijek zahvata ili ga na neko vrijeme odgoditi, kao što su npr. dehidracija, slaba prehrana, pušenje, pretilost, uzimanje određenih lijekova, itd. U slučajevima kada su neki od navedenih faktora prisutni, uvodi se i terapija lijekovima, sve s ciljem što uspješnijeg operativnog zahvata. Medicinska sestra po napatku liječnika i anesteziologa izvodi predviđene intervencije i prati opće stanje bolesnika, i o eventualnim promjenama izvještava odgovornog liječnika.

Osnovni cilj medicinske sestre, uz praćenje i bilježenje općeg stanja, je smanjiti eventualni strah i/ili tjeskobu kod bolesnika, ublažiti simptome izazvane

trenutnim zdravstvenim stanjem, i ako je ikako moguće reducirati bolesnikove nepoželjne navike (pušenje i sl.).

Zdravstvenu njegu bolesnika prije kirurških zahvata na želucu možemo sagledati s dva naizgled potpuno različita aspekta: psihička i fizičkog.

Na prvi pogled, pošto se radi o nastojanjima da se izliječi fizičko patološko stanje, prvenstvo se svakako daje fizičkom aspektu zdravstvene njege i pripreme bolesnika za operativni zahvat. Međutim, još u davna vremena filozofi su debatirali o jedinstvu ljudske duše i tijela. Dakle, ne bi li tijelo bilo u potpunosti zadovoljeno, valja se na jednak način posvetiti i duhu. Medicinska se sestra u predoperacijskom periodu jednako posvećuje bolesniku bilo s fizičkog aspekta, bilo s psihičkog.

3.1.1 Psihička priprema

Negativne emocije imaju veliki utjecaj na ishod bolesti. Medicinska sestra u ovoj situaciji ima važnu ulogu.

Kirurški bolesnici uglavnom na odjel dolaze sa strahom od anestezije, smrti, ishoda vlastite bolesti. Uglavnom se javlja i zabrinutost za ostatak obitelji, djecu, posao, i ostale svakodnevne faktore s kojima se bolesnik identificira. Strah po definiciji ubrajamo u primarne emocije, uz npr. radost. Nazivamo ih primarnima jer su to emocije koje prve iskusi svaki čovjek (11). Svi bolesnici pokazuju određeni stupanj barem zabrinutosti, i onda kada je to neopravdano sudeći po dijagnozi. S druge strane psihološki je sasvim opravdan strah za vlastiti život i/ili kvalitetu istoga nakon kirurškog zahvata.

Određene skupine bolesnika pokazuju veći stupanj straha i zabrinutosti. To su npr:

- Žene u dobi do 40 godina
- Bolesnici sa zloćudnim novotvorinama (12).

Mlađi bolesnici su inače skloniji kritiziranju zdravstvenog osoblja, te se također teže prilagođavaju boravku u bolnici (12).

Psihičku pripremu bolesnika za radikalni kirurški zahvat započinje liječnik kirurg. Njegova je zadaća nakon temeljite obrade i pregleda svih nalaza priopćiti bolesniku i / ili njegovom skrbniku potrebu za izvođenjem samog zahvata i približiti tijek zahvata. Valja nabrojiti razloge, uključujući i kratko izlaganje rezultata pretraga, te istaknuti sve dobrobiti zahvata. Također liječnik kirurg treba bolesniku ukazati i na moguće komplikacije zahvata. Evidentno je kako su u ovom segmentu pripreme za zahvat komunikacijske vještine od iznimne važnosti.

Daljnja komunikacija u rukama je medicinske sestre. Ona će svojim komunikacijskim vještinama i u prvom redu empatijom poticati bolesnika da verbalizira vlastite strahove, probleme i nejasnoće, sve s ciljem što bolje psihičke slike bolesnika prije operacije. Ne postoji suvišno pitanje, to je ono što medicinska sestra treba nastojati objasniti bolesniku, ne bi li se izbjegli naknadni nesporazumi bilo kakve prirode. Ako je potrebno, medicinska sestra će razjasniti sve nejasnoće vezane za tijek operacijskog zahvata, ukoliko su u njenoj domeni.

Brojni su bolesnici kojima pomaže molitva. U ovim slučajevima, medicinska sestra treba osigurati uvjete za molitvu, i, ukoliko je to moguće obzirom na stanje bolesnika, omogućiti mu i odlazak u bolničku kapelicu.

Virginia Henderson kaže: „Jedinstvena uloga medicinske sestre je pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije“ (13).

3.1.2. Fizička priprema

Fizička priprema bolesnika prije radikalnog kirurškog zahvata na želucu je slojevita. Uključuje obavljanje svih pretraga, poučavanje bolesnika, pripremu gastrointestinalnog trakta, i eventualnu prilagođenu prijeoperacijsku prehranu.

Kada govorimo o općim pretragama koje prethode operativnom zahvatu na želucu, iste uključuju: hematološke pretrage (SE eritrocita, KKS); biokemijske pretrage krvi i urina (Guk, K, Na, urea, kreatinin); koagulacijske pretrage (P.V., V.K., V.Z.); KG; Rh faktor; EKG; RTG pluća i srca. Na rezultate svih navedenih pretraga mišljenje daje liječnik kirurg, a potom i anesteziolog.

Kod pripreme probavnog sustava bolesnika za operativni zahvat na želucu najvažnije je u osnovi neuzimanje hrane na usta. 24 sata prije operacije bolesnik uzima samo tekućinu.

S druge strane, kod bolesnika s teškim patološkim stanjima na želucu, karcinomom i slično, sastavlja se pojačana prehrana u danima prije operativnog zahvata, pošto su isti obično slabijeg općeg stanja, često i neuhranjeni. Daje im se hrana bogatija proteinima i općenito kalorična. Često bolesnici u ovakvim stanjima teže uzimaju hranu, ili ju čak ni nemogu uzimati na usta. Tada im se uključuje hranjenje sondom, prethodno opisano u ovom radu.

„Od uvođenja primjerene nutritivne potpore u shemu liječenja najviše će koristi imati teško pothranjeni bolesnici (BMI indeks tjelesne mase <16 do 18)“ (5).

Sve ono što će bolesnik trebati raditi nakon operativnog zahvata, sve promjene u načinu života, od određenih vježbi do usvajanja novih prehrambenih navika, sve to valja ga poučiti prije samog zahvata. Naime, nakon zahvata bolesnikova pažnja je neminovno usmjerena isključivo na trenutno stanje, poglavito bol koju osjeća. Tako nije u mogućnosti pratiti, a niti je dovoljno skoncentriran na ikakve nove upute. Stoga će medicinska sestra u predoperacijskom periodu poučiti bolesnika što više može. Tu će opet do izražaja doći njezine komunikacijske vještine, empatija, a poglavito strpljenje. Dob, obrazovanje, i još neki faktori uz napetost i tjeskobu vezanu za trenutnu situaciju,

utječu na shvaćanje i rezoniranje. Medicinska sestra će bolesniku ako je potrebno i ponoviti ili drugačije uobličiti upute, sve s ciljem što bržeg i lakšeg postoperativnog oporavka.

Generalno gledajući, nutritivni status bolesnika uvelike utječe na ishod kirurškog liječenja, bilo da se radi o prekomjernoj težini ili o pothranjenosti uz gubitak mišićne mase. Neadekvatna nutritivna potpora u perioperativnom periodu ugrožava kirurške postupke i onda kada je bolesnik uhranjen. Kombinirani program rehabilitacije, tzv. Fast Track Surgery / Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) – ubrzani oporavak nakon operacije – fokusira se na bolju preoperativnu pripremu uključujući i poboljšanu nutritivnu potporu. Iako je početno ciljano razvijen za elektivnu kolorektalnu kirurgiju, tijekom posljednjih nekoliko godina ovaj protokol proširio se i na brojne druge kirurške grane i uspješno se provodi u brojnim bolnicama diljem svijeta. Stoga se i u Republici Hrvatskoj u posljednje vrijeme preispituje praksa preoperativnoga gladovanja (14).

U Kliničkom bolničkom centru Split, na Zavodu za abdominalnu kirurgiju, kada govorimo o ERAS programu, praksa je sljedeća: dnevno se dvaput uključuju proteinski napitci, dan prije operacije u poslijepodnevnim satima uključuju se ugljikohidratni napitci dvaput (Providextra). Na sam dan kirurškog zahvata također se daje Providextra jednom ili dvaput, ovisno o tome kada je bolesnik na programu za zahvat. Dijabetičarima i izrazito pretilima se Providextra ne uključuje. Konačno, profilaktički antibiotik uključuje se sat vremena prije operacije.

3.1.2.1. Neposredna predoperacijska priprema

Glavne intervencije medicinske sestre prije i na dan operacije jesu sljedeće: provjeriti jesu li obavljene sve neophodne pretrage, provjeriti je li bolesnik natašte, pobrinuti se da bolesnik ili njegov skrbnik potpiše informirani pristanak na operativni zahvat i da je upoznat sa svim rizicima koje isti sa sobom nosi.

Na sam dan operacije medicinska sestra obavlja pripremu operacijskog polja, kupanje, i higijenu usne šupljine. Na dan operacije po nalogu liječnika, bolesnik

dobiva i dozu antibiotika ne bi li se u određenoj mjeri prevenirale eventualne infekcije. Također medicinska sestra treba utvrditi je li bolesnik skinuo proteze, pomagala, nakit, kozmetiku.

Premedikacija je iznimno važna u stvaranju što mirnijeg, „stress-free“ okruženja. Uključuje se 30-45 min prije operacije. Nakon toga bolesnik više ne smije ustajati, te se vodi do operacijske sale.

3.2. ZDRAVSTVENA NJEGA TIJEKOM RADIKALNOG KIRURŠKOG ZAHVATA NA ŽELUCU

Tijekom radikalnog kirurškog zahvata na želucu osnovna uloga medicinske sestre jest pomoći pri smještanju bolesnika na operacijski stol u odgovarajući položaj. Valja povesti računa o fiksaciji kako bi bolesnik bio zaštićen od pada. Medicinska sestra instrumentarka asistira liječniku za vrijeme cjelokupnog zahvata. Ukoliko je to potrebno, medicinska sestra također utopljava bolesnika, a anesteziološki tehničar primjenjuje ordiniranu terapiju i prati te bilježi vitalne funkcije bolesnika za trajanja kirurškog zahvata.

3.3. ZDRAVSTVENA NJEGA NAKON RADIKALNOG KIRURŠKOG ZAHVATA NA ŽELUCU

Nakon kirurškog zahvata, bolesnik se smješta u sobu za buđenje u sklopu operacijskog bloka, gdje provodi sljedeća dva sata. Tijekom ovog postoperativnog perioda medicinska sestra uz pomoć svih potrebnih aparata prati vitalne funkcije i usko surađuje s nadležnim anesteziologom. Oni u timu prate opće stanje bolesnika, uključuju

dogovorenu terapiju. Također budno prate i razvoj mogućih komplikacija, ne bi li u skladu s istima pravovremeno djelovali.

Sljedeće se bolesnik odvodi u Jedinicu intenzivne njege (JINJ). Tu se također vrši monitoring vitalnih funkcija i provodi zdravstvena njega.

Osnovna zdravstvena njega bolesnika neposredno nakon radikalnih kirurških zahvata na želucu sastoji se prvenstveno od smanjenja fizičkih simptoma i nuspojava, kao što je bol ili mučnina, te štućavica. Tijekom boravka u JINJ-u najčešće dolazi i do tipičnih komplikacija, na koje stoga valja posebno obratiti pozornost (5). Radi se naravno o krvarenju, respiratornim infekcijama, itd. Bolesnik u JINJ-u provodi okvirno 24-48 sati, ovisno o općem stanju, i postojanju možebitnih komplikacija. Nakon toga se smješta na odjel.

Posebnu pažnju treba posvetiti kontroli nazojejunalne sonde i promatranju bolesnika jer postoji mogućnost da isti izvuče sondu te time ugrozi svoj oporavak. Medicinska sestra treba obratiti pažnju na fiksaciju sonde (sonda je šavom pričvršćena za nosnicu tijekom operacije) kako i na prohodnost same sonde. Nazojejunalna sonda je bitna kod enteralnog hranjenja bolesnika operiranih na želucu, kako je prethodno pojašnjeno u ovom radu.

Dva sata nakon operacije započinje se sa enteralnom prehranom. U početku se aplicira 5ml. Ako medicinska sestra praćenjem utvrdi da nema nuspojava (mučnina, povraćanje i sl.), dnevno se doza povećava za 5ml, sve po napatku liječnika. U ovoj fazi najvažnija uloga medicinske sestre jest kontroliranje sonde postavljene intraoperacijski. Medicinska sestra vrši propiranje sonde te posebnu pažnju posvećuje praćenju retencije i prohodnosti hrane koja se daje putem hranilice. Također će medicinska sestra motriti bolesnika i podnošenje hrane koju isti prima putem sonde.

Svakodnevno se tijekom boravka na odjelu bolesniku mjere vitalne funkcije, i prati opće stanje. Osam dana nakon operacije obično se obavlja RTG gastroduodenuma. Pod uvjetom da je nalaz uredan, bolesniku se vadi sonda uvedena tijekom kirurškog zahvata. Sljedeći dan bolesnik prelazi na kašastu prehranu, te mu se po otpusti daju preporuke dijete u pisanom obliku.

Nabrojimo neke sestrinske intervencije kod bolesnika nakon kirurškog zahvata na želucu:

- Bolesnika položiti u Fowlerov položaj
- Promatrati vanjski izgled, boju sluznica, mjeriti puls, RR, disanje
- Kontrolirati mjesto operativne rane i drenažu, bilježiti izgled i količinu, po naputku liječnika aspirirati želučani sadržaj
- Kontrolirati uvedenu sondu
- Poštivati pravila asepse za sprječavanje infekcija
- Poticati bolesnika na duboko disanje i iskašljavanje, te ustajanje (pomoći mu dok je god to potrebno)
- Provoditi osobnu higijenu
- Poticati bolesnika na što veći stupanj samostalnosti
- Primjeniti ordiniranu terapiju
- Educirati bolesnika o načinu prehrane (15).

Neke od nuspojava nakon radikalnih kirurških zahvata na želucu su: bol, mučnina, povraćanje, problemi sa stolicom, žeđ. Zadaća je medicinske sestre ublažiti navedene nuspojave ukoliko je to ikako moguće.

Bol se nakon operacije javlja kod gotovo svakog bolesnika. Medicinska sestra će kod ove tegobe prvo lokalizirati mjesto boli, i od pacijenta dobiti informacije o njenom intenzitetu. Zatim će u suradnji s liječnikom primijeniti ordinirani analgetik, i s psihološke strane pokušati bolesniku odvratiti pažnju nečim drugim. O svakoj promjeni će izvjestiti liječnika.

Jedna od čestih komplikacija nakon radikalnih zahvata na želucu jest nastajanje atelektaza. Iste nastaju kada bolesnik površno diše tj.štedi disanje usljed boli

Mučnina i povraćanje su uglavnom posljedica anestetika, ili preranog uzimanja tekućine nakon zahvata. Medicinska sestra će u ovom slučaju poučiti bolesnika pravilnom dubokom disanju, ograničiti unos tekućine dok se simptomi ne

smire, o svemu obavijestiti liječnika. Eventualno će uvesti i terapiju po napatku liječnika.

Neaktivnost gastrointestinalnog trakta očituje se nadutošću i problemima sa stolicom. Neki lijekovi također mogu stvoriti navedene poteškoće. Zadaće medicinske sestre su mijenjati položaj bolesnika, isključiti hranu i tekućinu sve do uspostave peristaltike, i poticati bolesnika na kretanje ne bi li se što prije uspostavila ravnoteža. Također je opcija i klizma kao metoda čišćenja, po napatku liječnika.

Nakon radikalnih operacija javlja se i žeđ. Bolesnicima se tekućina tijekom operacije nadoknađuje parenteralno, stoga je ovaj osjećaj žeđi povezan sa suhoćom u ustima (15). Osnovne zadaće medicinske sestre su vlažiti usne mokrom kompresom, provoditi higijenu usne šupljine, pratiti i bilježiti količinu primljene i izlučene tekućine.

3.3.1. Dijeta

Po otpustu bolesniku medicinska sestra uručuje preporuke dijete, koje namirnice valja uključiti u prehranu, a koje pak u potpunosti eliminirati. U KBC-u Split bolesnicima pri otpustu nakon radikalnih kirurških zahvata na želucu preporučuje se sljedeće: Osnovni principi prehrane:

- Obroke uzimati više puta na dan u manjim količinama, u približno istim vremenskim razmacima (5 – 6 obroka)
- Večeru uzimati laganiju, dosta ranije prije odlaska na spavanje
- Hranu dobro sažvakati i jesti polagano, ne bi li obrok dulje trajao
- Ne uzimati pretopla niti prehladna jela ni pića
- Jela spremati na ulju bez jakih začina (ne prženo ni pohano)
- Povrće u svim jelima pasirati

Dnevno uzimati 400g bijelog kruha ili 300g prepečenog kruha.

DOPUŠTENE NAMIRNICE

- Jogurt, acidofil, bioaktiv sa LGG, kiselo mlijeko, sir. Postepeno uvesti puding, griz na mlijeku, rižu na mlijeku. Količine povećavati postupno.
- Povrće svježe (pasirano): špinat, tikvice, krumpir, mlađi grašak
- Kuhana riža, tjestenina, griz, pura
- Meko kuhano jaje
- Mesa svježā: teletina, janjetina, riba bijela svježā
- Juhe mesne nemasne, juhe od pasiranog povrća
- Kompoti i kašice od svježeg voća (jabuka, banana), svježī voćni sokovi, pečena jabuka
- Marmelada, med (ukoliko se dobro podnosi)

ZABRANJENE NAMIRNICE

- Svježe mlijeko
- Povrće s puno celuloze (kupus, kelj, grah, paprika, krastavac, poriluk)
- Knedle, dizana tijesta, palačinke
- Tvrdo kuhana jaja, kajgana, tvrdi masni sir
- Voće svježe i nedovoljno zrelo
- Meso: svinjetina, govedina, divljač
- Alkohol, kava

4. ZAKLJUČAK

Probavni sustav jedan je od najkompleksnijih organskih sustava u tijelu čovjeka. Zahvaljujući ubrzanom tempu života, sve stresnijem okruženju i svakodnevi, kao i prehrani siromašnoj nutrijentima, na udaru je u prvom redu čovjekovo zdravlje. Ono što često prestaje funkcionirati te podliježe raznim oboljenjima usljed gore navedenih hektičnih uvjeta jest upravo probavni sustav čovjeka, poglavito želudac.

Želudac jest centralni dio ljudske probave, mjesto gdje se hrana najvećim dijelom preradi na hranjive sastojke. Kada zakaže funkcija želuca, posljedično zakazuje probava općenito. Sve je više slučajeva kada medicina terapijom lijekovima ili manje invazivnim zahvatima ne može pomoći bolesnicima, nego je potreban neki vid radikalnog kirurškog zahvata na želucu ne bi li se spasio život i/ili povećala kvaliteta života bolesnika.

Ovdje medicinska sestra ima nebrojeno puno zadaća i uloga. Počevši od dolaska na prijem i uzimanja podataka, preko psihičke potpore i edukacije, pa sve do opsežne fizičke pripreme bolesnika i njegovo praćenje tijekom i nakon radikalnog kirurškog zahvata sve do otpusta.

Zdravstvena njega bolesnika s radikalnim kirurškim zahvatom na želucu specifična je sama po sebi. U prvom redu, bolesnik teško može brinuti sam o sebi, te mu je pomoć medicinske sestre od velike važnosti. Njena spretnost, empatija, kao i stručnost uvelike doprinose bržem ozdravljenju i boljem ishodu zahvata. Možemo stoga izvući sljedeći zaključak: medicinska sestra ima nezamjenjivu ulogu u timu koji se skrbi za bolesnika, prati ga u postoperacijskom tijeku sve do samog otpusta. Od iznimne je važnosti njeno praćenje bolesnika s ciljem prepoznavanja i prevencije mogućih komplikacije. U konačnici, medicinska sestra svojim vještinama i strpljenjem na najbolji mogući način provodi zdravstvenu njegu sukladno pravilima prakse.

5. SAŽETAK

Probavni sustav čovjeka kompleksan je organski sustav koji u novije doba zahvaljujući ubrzanom i nezdravom životnom ritmu sve češće obolijeva. Poglavitito se oboljenja javljaju na predjelu želuca. Patološke tvorevine na želucu u velikom su porastu u novije vrijeme. Istovremeno se razvija i kirurgija i sve opcije koje oboljelima omogućuju produljenje života i bolju kvalitetu života nakon radikalnih kirurških zahvata, pa tako govorimo o vagotomiji, resekciji ili pak gastrektomiji, ovisno o stupnju i vrsti oboljenja želuca.

Uloga medicinske sestre presudna je u svim segmentima bolesnikova boravka u bolnici. Ona ga educira, priprema za zahvat, te brine o njemu nakon zahvata.

Psihička priprema igra veliku ulogu jer se dokazano smirivanjem duha znatno skraćuje vrijeme oporavka i poboljšava učinkovitost kirurškog zahvata. Educirani bolesnik se lakše nosi sa dijagnozom i prognozom, pa i ovdje medicinska sestra ima važnu zadaću.

6. SUMMARY

Gastrointestinal system is a complex organic system. Due to a fast and unhealthy lifestyle, it is evermore often subjected to various illnesses. These illnesses predominantly occur in the area of the stomach. Gastropathies are more and more present nowadays. At the same time GI- related surgery alongside with many other options is also constantly evolving. This gives the patients a hope of prolonged life expectancy and a better quality life following radical stomach surgery. It is important to mention vagotomy, resection as well as gastrectomy when talking about evolution in the GI surgery field.

Nurse's role is crucial in any segment of patients stay at the hospital. She educates him, prepares him for the surgery, as well as monitors his condition after the surgery.

Psychological preparation for surgery is greatly important. When a person is spiritually at peace, his/her recovery is enhanced, and the surgery itself proves to be more efficient. An educated and informed patient can more easily deal with a bad diagnosis

7. LITERATURA

1. Krmpotić-Nemanić J, Marušić A. Anatomija čovjeka. Zagreb: Medicinska naklada; 2002.
2. Keros P, Andreis I, Gamulin M. Anatomija i fiziologija, Naklada Školska knjiga, Zagreb, 2006.
3. Moore K. Dalley A. Agur A. Clinically Oriented Anatomy, 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer. Philadelphia 2005.
4. Štulhofer M. Kirurgija probavnog sustava. 2. Izdanje. Medicinska naklada Zagreb. 1999.
5. Šoša T, Sutlić Ž, Stanec Z, Tonković I i sur. Kirurgija. Zagreb. Naklada Ljevak 2007.
6. Brljak J. i sur. Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
7. Greenberger Norton J, Blumberg R, Burakoff R. Current Diagnosis & Treatment Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy. New York: McGraw Hill Medical; 2012.
8. Dujšin M. Ulkusna bolest. Paediatr Croat 2000; 44 (Supl 1).
9. Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of gastric cancer. World J Gastroenterol. 2006 Jan 21;12(3):354-62.
10. Šepec S. i sur. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2010.
11. Nikić M. Psihologija straha. UDK 22:269. Izvorni znanstveni članak.
12. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Školska knjiga, 2003.
13. Prlić N. Zdravstvena njega, Zagreb, 2005;
14. Mortensen K, Nilsson M, Slim K. i sur. Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. John Wiley & Sons. 2014.
15. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga; 2004.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ivana Križanac

Adresa: Radošić 115, 21230 Sinj

E-mail: ivanakrizanac34@gmail.com

Datum rođenja: 20.12.1982.

Obrazovanje: 1997. – 2001. Zdravstvena škola Split

Medicinska sestra – Tehničar

2014. do danas: Sveučilište u Splitu

Odjel zdravstvenih studija

Preddiplomski studij sestrinstva

Radno iskustvo: 2001. – 2002. KBC Split – Pripravnički staž

2003. do danas: Klinika za kirurgiju, Zavod za abdominalnu kirurgiju, KBC Split

Dodatne informacije: Poznavanje rada na računalu – MS Office

Poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu