

Planiranje zdravstvene njege nakon operacije karcinoma debelog crijeva

Mišković, Stjepana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:176:133838>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-21**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Stjepana Mišković

**PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE NAKON
OPERACIJE KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Stjepana Mišković

**PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE NAKON
OPERACIJE KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA
NURSING CARE PLANNING AFTER COLON CANCER
SURGERY**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2021.

ZAHVALA

Od srca zahvaljujem svom mentoru, Anti Buljubašiću mag. med. techn., na velikodušnoj pomoći i ljubaznosti prilikom izrade ovog završnog rada. Također, zahvaljujem se i Raheli Orlandini, mag. med. techn. i Mariu Marendiću, mag. med. techn. što su prihvatili biti članovi Povjerenstva.

Posebnu zahvalu dugujem svojim roditeljima, Paulini i Draganu, te sestri Ivoni na razumijevanju, bezuvjetnoj podršci i vjeri u mene i moj uspjeh od samog početka studija.

Hvala kolegama s kojima sam dijelila uspone i padove na ovom studiju, a koji su nakon svega postali puno više nego samo kolege – doživotni prijatelji.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Ante Buljubašić, mag. med. techn.

PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE NAKON OPERACIJE KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA

Stjepana Mišković, 41396

SAŽETAK: Karcinom debelog crijeva jedan je od glavnih zdravstvenih problema u svijetu, čiji je značajan porast kod svih dobnih skupina zabilježen u posljednjih par desetljeća. Treći je najčešće dijagnosticirani zloćudni tumor i drugi vodeći uzrok smrti od karcinoma. Uzrok nastanka kolorektalnog karcinoma nije poznat, ali genetski i okolišni čimbenici koji imaju veliku ulogu u njegovu nastajanju. Karcinom se nerijetko javlja bez simptoma, a klinička slika ovisi o njegovu smještaju i veličini, ali kod svih kolorektalnih tumora dolazi do promjena kod pražnjenja stolice. Liječenje kolorektalnog karcinoma je multidisciplinarno. Glavni oblik liječenja je radikalni kirurški zahvat, uz kojeg se primjenjuju adjuvantna kemo i radioterapija. Svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je dijagnosticirati i spriječiti moguće sestrinske i sestrinsko medicinske probleme koji se javljaju u tom razdoblju te udovoljiti osnovnim ljudskim potrebama pacijenta prema stupnju njegove neovisnosti, stoga je važno procijeniti stanje pacijenta i donijeti zaključke o postojanju problema. Nakon operacije, medicinska sestra mora promatrati vitalne funkcije i stanje svijesti pacijenta, nadzirati stanje diureze i sadržaj abdominalnog drena. Pacijenta mora poticati na provođenje vježbi dubokog disanja te aktivnih kretnji u krevetu kako bi se izbjegle moguće komplikacije.

Ključne riječi: debelo crijevo, karcinom, poslijeoperacijska njega, plan zdravstvene njege

Rad sadrži: 33 stranice, 1 sliku, 24 literaturne reference

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split

University Department for Health Studies

Nursing

Scientific area: Biomedicine and health

Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Ante Buljubašić, mag. med. techn.

NURSING CARE PLANNING AFTER COLON CANCER SURGERY

Stjepana Mišković, 41396

SUMMARY: Colon cancer is one of the major health problems in the world, with a significant increase in all age groups in the last few decades. It is the third most commonly diagnosed malignancy and the second leading cause of cancer death. The cause of colorectal cancer is not known, but genetic and environmental factors play a major role in its development. Cancer often occurs without symptoms, and its clinical picture depends on its location and size, but in all colorectal tumors there are changes in bowel emptying. The treatment of colorectal cancer is multidisciplinary. The main form of treatment is radical surgery, which is accompanied by adjuvant chemo and radiotherapy. The purpose of postoperative health care is to diagnose and prevent possible nursing problems that occur during this period and to meet the basic human needs of the patient according to the degree of his independence, so it is important to assess the patient's condition and draw conclusions about the problem. After surgery, the nurse must monitor the vital functions and state of consciousness of the patient, observe the state of diuresis and the contents of the abdominal drain. The patient should be encouraged to perform deep breathing exercises and active movements in bed to avoid possible complications.

Keywords: colon, cancer, postoperative health care, planning nursing care

Thesis contains: 33 pages, 1 figure, 24 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SAŽETAK	I
SUMMARY	II
SADRŽAJ	III
1. UVOD	1
1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA	2
1.2. KARCINOM DEBELOG CRIJEVA	3
1.2.1. Etiologija i epidemiologija	3
1.2.2. Patologija	4
1.2.3. Klinička slika	6
1.2.4. Dijagnoza	7
1.2.5. Liječenje	8
1.2.5.1. Operacija karcinoma debelog crijeva	8
1.2.5.2. Adjuvantna terapija	9
1.2.5.3. Paliјativno liječenje	9
1.2.6. Prognoza	10
1.3. ZDRAVSTVENA NJEGA	10
1.3.1. Planiranje zdravstvene njege	11
2. CILJ RADA	12
3. RASPRAVA	13
3.1. DEFINIRANJE PRIORITETA IZ PODRUČJA ZDRAVSTVENE NJEGE	13
3.2. SESTRINSKO MEDICINSKI PROBLEMI U POSLIJEOPERACIJSKOM PERIODU	15
3.3. SESTRINSKI PROBLEMI U POSLIJEOPERACIJSKOM PERIODU	16
3.4. DEFINIRANJE CILJEVA	16
3.4.1. Sestrinsko medicinski problemi – cilj	17
3.4.2. Sestrinski problemi – cilj	18

3.5. PLANIRANJE INTERVENCIJA	18
3.5.1. Sestrinsko medicinski problemi – intervencije	19
3.5.2. Sestrinski problemi – intervencije	22
3.6. IZRADA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE.....	24
3.6.1. Planovi za sestrinsko medicinske probleme	25
3.6.2. Planovi za sestrinske probleme	28
4. ZAKLJUČAK	31
5. LITERATURA	32
6. ŽIVOTOPIS	34

1. UVOD

Karcinom debelog crijeva (kolorektalni karcinom) veliki je globalni javnozdravstveni problem, čiji je značajan porast zabilježen u posljednjih par desetljeća. Treći je po učestalosti dijagnosticirani zloćudni tumor i drugi po redu uzrok smrti od karcinoma (1). Godišnje u svijetu od karcinoma debelog crijeva oboli preko 1 200 000 ljudi, dok skoro više od polovice tog broja umire. Prema interaktivnoj bazi podataka o incidenciji i smrtnosti od karcinoma Međunarodne agencije za istraživanje karcinoma (IARC) GLOBOCAN za 2020. godinu, procjenjuje se da u svijetu postoji gotovo 2 milijuna novootkrivenih slučajeva karcinoma debelog crijeva u oba spola i više od 930 000 smrtnih slučajeva od ove bolesti (2).

U Hrvatskoj je, prema podacima Registra za rak HZJZ-a iz 2018. godine, od ovog oblika karcinoma oboljelo 3629 osoba, dok ih je prema Izvješću o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2019. godini, umrlo 2095. Prema spolu ovaj oblik karcinoma nalazi se na trećem mjestu prema učestalosti kod muškaraca, iza karcinoma prostate i karcinoma pluća, dok je kod žena na drugom mjestu, odmah iza karcinoma dojke, kao i u ostatku svijeta (3,4).

Točan uzrok nastanka kolorektalnog karcinoma nije poznat, ali genetski čimbenici i okolišni čimbenici poput prehrambenih navika, pretilosti, pijenja alkohola i pušenja te tjelesne neaktivnosti imaju veliku ulogu u njegovu nastajanju (1,5).

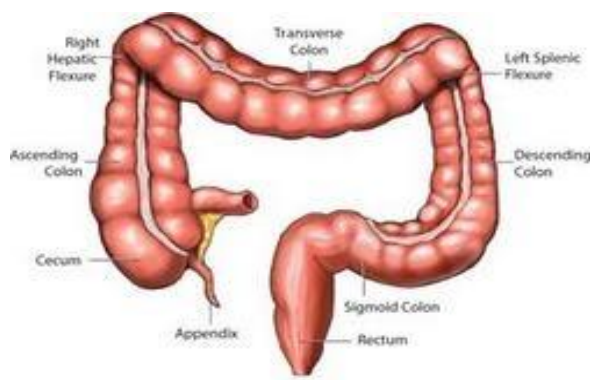
Napredak u patofiziološkom razumijevanju povećao je niz mogućnosti liječenja lokalne i uznapredovale bolesti, što dovodi do individualnih planova liječenja. Iako su nove mogućnosti liječenja udvostručile ukupno preživljenje uznapredovale bolesti na 3 godine, preživljavanje je i dalje najbolje za one koji nemaju metastaziranu bolest. Spoznajom da bolest postaje simptomatična tek u poodmakloj fazi te da postoji mogućnost umanjenja ovih podataka primjerenim organiziranjem zdravstvene skrbi i prevencijom, provode se svjetski organizirani programi probira čiji je cilj povećati rano otkrivanje i smanjiti morbiditet i smrtnost od kolorektalnog karcinoma (5,6). Sukladno tome, u Hrvatskoj se od 2007. godine provodi Nacionalni program ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma uz pozivanje zdravih osoba između 50 i 74 godine koje imaju uobičajen izgled za nastanak karcinoma debelog crijeva. Nakon što potpišu suglasnost, ispitanici dobivaju materijale za testiranje stolice na prikriveno krvarenje. Svi ispitanici s

pozitivnim testom upućuju se na kolonoskopski pregled koji se može obaviti istodobno s endoskopskom terapijom, ako je potrebno (6).

1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA

Debelo crijevo, *intestinum crissum*, dio je probavne cijevi, dugačko oko 1,5 m. Kraće je, ali i šire od tankog crijeva, *intestinum tenue*, na koje se nastavlja, a završava na analnom otvoru, *anus*.

Caecum, slijepo crijevo, početni je dio debelog crijeva na čijem se dnu nalazi tanki crvuljak, *appendix vermiformis*, koji ima velik broj limfnih čvorića. Zbog toga se naziva crijevnom tonzilom, a nalazi se u donjem desnom dijelu abdomena, u tzv. ileocekalnoj regiji. Tada je slijepo crijevo orijentirano nagore te postaje uzlazno crijevo, *colon ascendens*, i kao takvo dolazi do jetre. Taj dio debelog crijeva prirastao je uz stražnju trbušnu stijenku. Zatim se crijevo rotira nalijevo te se lijevo od želuca proteže pod ošit kao *colon transversum*, poprečno crijevo, koje je slobodno jer ima mezenterij. Lijevom stranom spušta se, također napomično, silazno crijevo, *colon descendens*, a na ulazu u malu zdjelicu zavija se u obliku sigme, grčkog slova, pa je riječ o zavojitom crijevu, *colon sigmoideum*, s mezenterijem. Ravno crijevo, *rectum*, završni je dio debelog crijeva, ujedno i probavnog sustava, a nastavlja se na zavojito crijevo u razini trećeg križnog kralješka i završava analnim otvorom, *anus* (7,8).



Slika 1. Prikaz debelog crijeva

(Izvor: <https://sites.google.com/site/rjrwoiuhpogbfkfsj/tanko-i-debelo-crijevo>)

Probava hrane započinje već u usnoj šupljini uslijed djelovanja enzima amilaze, a nastavlja se u želucu i tankom crijevu gdje se najveći dio hranjivih tvari upija u krvotok. U debelom crijevu se apsorbira ostatak vode i minerala iz ostataka probavljene hrane, a te otpadne tvari se dalje potiskuju prema ravnom crijevu, gdje ostaju do pražnjenja (9).

Kod debelog crijeva razlikujemo tri osnovna sloja: unutarnji sloj (sluznicu), srednji mišićni i vanjski sloj veziva. Na sluznici se stvaraju uzdužni nabori obloženi crijevnim resicama koje su zaslužne za resorpciju hranjivih tvari i vode. Mišićnica debelog crijeva ima vanjski uzdužni i unutrašnji kružni sloj glatkih mišićnih vlakana. U području rektuma na razini analnog kanala nalaze se zadebljana kružna mišićna vlakna koja tvore unutrašnji sfinkter koji nije pod utjecajem volje, dok se periferno nalazi vanjski sfinkter poprečnoprugastog mišićja koji se može voljno opuštati prilikom pražnjenja crijeva (8,9).

Debelo crijevo ima funkciju apsorpcije vode i elektrolita te pohranjivanja fekalnih masa i formiranja stolice u završnom dijelu anusa. Kako bi se stolica formirala postoje dva tipa kretnji debelog crijeva: kretnje miješanja i potiskivanja. Kretnje miješanja su kontrakcije uzdužnog i kružnog sloja mišića, a uzrokuju da nepodraženi dijelovi budu vrčasto izbočeni prema van. Polako se primiču anusu i potiskuju sadržaj, dok se kretnje potiskivanja nazivaju i masovnim kretnjama od poprečnog do zavojitog crijeva koje se pojavljuju nekoliko puta u danu, a najsnažnije su 15 minuta poslije doručka (9).

1.2. KARCINOM DEBELOG CRIJEVA

1.2.1. Etiologija i epidemiologija

Karcinom je najčešći maligni tumor debelog crijeva. Ostali maligni tumori, poput sarkoma, gastrointestinalnih stromalnih tumora (GIST) i karcinoida, javljaju se na debelom crijevu, ali su rjeđi nego kod ostalih dijelova probavnog sustava. Kolorektalni karcinom najučestaliji je malignom abdomena u visokoroazvijenim zemljama s tzv. zapadnjačkim načinom prehrane (Europa i SAD) (10).

Po učestalosti je treći, a smrtnost mu je viša od bilo kojeg drugog zloćudnog tumora, osim karcinoma pluća. Karcinom debelog crijeva drugi je najčešći karcinom probavnog sustava nakon karcinoma želuca. U 90% slučajeva javlja se kod ljudi starijih od 50 godina, iako pojavnost karcinoma naglo raste i kod osoba mlađih od 50 godina tijekom posljednjih 20 godina (10,11,12).

Prema lokalizaciji tumora, 43% kolorektalnih karcinoma se nalazi u rektumu. Oko 18% slučajeva javlja se u slijepom i uzlaznom kolonu, 9% u poprečnom, 5% u silaznom dijelu kolona te 20% u zavojitom crijevu. Zaključujući iz navedenih podataka, oko 60% tumora se može otkriti rektosigmoidoskopom (10,12).

Uzrok kolorektalnog karcinoma nije u potpunosti poznat, ali se smatra posljedicom genetskog poremećaja. Do potpune transformacije iz normalne u malignu stanicu dolazi postepenom akumulacijom genetskih alteracija, što se objašnjava teorijom „adenom-karcinom slijeda“. Karcinom debelog crijeva dva puta je učestaliji u bliskih rođaka u čijim obiteljima postoje oboljeli od karcinoma. Također, opasnost postoji i kod nasljedne polipoze (FAP i Gardnerov sindrom) jer do 40. godine života većinski broj polipa maligno alterira, a 80% svih slučajeva karcinoma debelog crijeva nastaje u adematoznom polipu. Karcinom debelog crijeva češći je u starijih osoba zbog toga što u toj dobi prestaje repariranje mutacije gena. U pacijenata s upalnim bolestima crijeva, naročito ulceroznim kolitisom, postoji visok rizik za nastanak kolorektalnog karcinoma.

Od ostalih rizičnih čimbenika navodi se prehrana siromašna vlaknima, a bogata životinjskim mastima, pušenje, gojaznost, zračenje male zdjelice, ginekološki karcinom te karcinom dojke (10).

1.2.2. Patologija

Prema „adenom-karcinom slijedu“ karcinom debelog crijeva razvija se postepeno u periodu od 10 do 15 godina, a aberantne žarišne kripte su promjene koje prve nastaju. Kada promjene sluznice postanu vidljive nazivaju se adematoznim polipima. Displazija epitelnih stanica sljedeća je faza, u kojoj stanice prodiru u subepitelnu barijeru, a time i

kroz ostale slojeve stijenke debelog crijeva. Tada su zahvaćena periferna tkiva i limfni čvorovi te dolazi do udaljenih metastaza (10).

Kolorektalni karcinomi mogu biti različitih veličina, a javljaju se kao polipoidni, egzulcerirani, anularni, difuzno infiltracijski te koloidni karcinom. Histološki se pretežno manifestiraju kao adenokarcinomi. Prema stupnju diferencijacije malignih stanica, kolorektalni karcinom dijelimo na dobro diferencirani, srednje diferencirani, slabo diferencirani i nediferencirani. Najčešći su dobro diferencirani i umjereno diferencirani (80%), koji polako rastu i metastaziraju kasno. Kako stupanj diferenciranosti biva manji, karcinomi rastu brže i češće su limfogene metastaze (10,12).

Postoje razne metode stupnjevanja karcinoma debelog crijeva (TNM, Astler – Collerova, Dukesova), a u praksi se najščešće upotrebljavaju Dukesova i internacionalna TNM klasifikacija.

Dukesova klasifikacija:

- A** – karcinom unutar stijenke crijeva
- B** – karcinom prožima čitavu stijenku
- C** – zahvaćeni parakolitični i perirektalni limfni čvorovi
- D** – postoje udaljene metastaze

TNM klasifikacija:

- | | |
|---|---|
| T Primarni tumor | T2 Tumor zahvaća muskularis propriju |
| TX Tumor se ne može ustanoviti | T3 Tumor zahvaća subserozu |
| TO Nema tumora | T4 Tumor invadira okolne strukture |
| TIS Karcinom in situ/ograničen na mukožu | N Regionalni limfni čvorovi |
| T1 Tumor zahvaća submukožu | |

NX Regionalni limfni čvorovi se ne mogu ustanoviti

NO Nisu zahvaćeni regionalni limfni čvorovi

N1 Zahvaćena od 1 do 3 limfna čvora

N2 Zahvaćena 4 ili više limfna čvora

M Udaljenje metastaze

MX Udaljene metastaze se ne mogu ustanoviti

MO Nema udaljenih metastaza

M1 Postoje udaljene metastaze

1.2.3. Klinička slika

Kod svih kolorektalnih tumora dolazi do promjena u pražnjenju stolice (učestalost pražnjenja, oblik, sastav i konzistencija stolice te primjese krvi ili sluzi), ali klinička slika kolorektalnog karcinoma ovisi o njegovu smještaju i veličini. Kako je desno crijevo šire, a sadržaj u njemu vodenastiji, simptomi bolesti javljaju se kasnije, a i kada se jave većinom su atipični. Stoga je karcinom desnog dijela debelog crijeva obično veći od onog na lijevoj strani prije nego što se pojave simptomi. Često zna narasti toliko da ga je moguće palpirati na abdomenu. Simptomi karcinoma desnog kolona znaju se manifestirati općom slabosti, gubitkom na tjelesnoj težini i anemijom koja može nastati zbog polaganog krvarenja karcinoma. Redovito se javlja bol u desnom donjem dijelu abdomena te je prisutno okultno krvarenje, dok su manifestno krvarenje i smetnje sa stolicom rijetke (10,13).

Lijevi dio debelog crijeva uži je od desnog, a sadržaj u njemu gušći pa se simptomi postojanja karcinoma javljaju ranije, a to su opstipacija ili naizmjenično pojavljivanje proljeva i opstipacije. Budući da je debelo crijevo na mjestu karcinoma suženo i da se stolica teško kreće, učestale su kolike i pojava krvi i sluzi u stolici (12,13).

Kod karcinoma zavojitog crijeva i rektuma najkarakterističniji je simptom pojava svijetlocrvene krvi koja može biti neovisna o stolici ili ju obložiti. Krv je crvenija, što se karcinom nalazi aboralnije i tako se nerijetko zamijeni s krvarenjem iz hemeroida. Učestala je pojava lažnog proljeva, kada ne izlazi stolica nego krv i sluz. Moguća je

pojava crijevnih grčeva i tanke stolice te duboke rektalne boli koja je kasni simptom bolesti (10,13).

Nije rijetko da prvi znak kolorektalnog karcinoma budu akutna stanja poput opstrukcije, perforacije i krvarenja. Karcinom debelog crijeva može uzrokovati fistule i apscese, a metastaziranjem i zahvaćanjem okolnih struktura moguća je pojava simptoma povezanih s njima. Širenjem prema mokraćnom mjehuru moguća je pojava njegove upale, a može se širiti prema želucu ili tankom crijevu. Ascites može nastati ako karcinom zahvati potrbušnicu, a najčešće udaljene metastaze su u plućima ili jetri. Kod jetre u početku nema nikakvih znakova bolesti dok se kasnije mogu pojaviti žutica i bol ispod desnog rebrenog luka (10,13).

Kod nekih slučajeva karcinom se razvija asimptomatski pa nije netipično da se otkrije slučajno prilikom rutinskih pregleda ili eksploracijom trbuha prilikom drugih operacija (10).

1.2.4 Dijagnoza

Neizbježni dio za postavljanje dijagnoze kolorektalnog karcinoma temeljito je uzimanje anamneze te fizikalni pregled u koji mora biti uključen digitorektalni pregled pacijenta. Od anamnestičkih podataka pozornost treba obratiti na informacije o promjenama defekacije te o primjesama krvi ili sluzi u stolici. Za vrijeme fizikalnog pregleda, palpacijom se može otkriti postojanje abdominalnog tumora, ascitesa, povećanja jetre ili limfnih čvorova. Digitorektalni pregled vrlo je važan jer je lako utvrditi prisutnost tumora 7 do 8 cm od ruba anusa i mrlje od krvi na prstima rukavice, pa je neophodan. Iako se oko 60% tumora nalazi u završnom dijelu debelog crijeva, bitno je napraviti kolonoskopiju kako bi se provjerilo postoji li više tumorskih lezija. Ako se pri kolonoskopiji nađu polipi nužno je obaviti polipektomiju i njihov patohistološki pregled. Obavljanjem rendgena pluća i transabdominalnog ultrazvuka može se isključiti ili potvrditi prisustvo metastaza. Kod niskog karcinoma rektuma endorektalni ultrazvuk otkriva dubinu prodora tumora u okolno tkivo i eventualnu zahvaćenost susjednih organa i limfnih čvorova. Od laboratorijskih pretraga kod dijagnosticiranja kolorektalnog karcinoma najvažniji je karcinoembrijski gen (CEA) zbog mogućnosti usporedbe i

postoperacijskog praćenja. Kontrastne rendgenske pretrage nisu često indicirane jer njima nije moguće vidjeti manje lezije (10,12).

1.2.5. Liječenje

Liječenje kolorektalnog karcinoma je multidisciplinarno. Glavni oblik liječenja je radikalni kirurški zahvat, uz kojeg se primjenjuju adjuvantna kemo i radioterapija (10).

1.2.5.1. Operacija karcinoma debelog crijeva

Najveće šanse za izlječenjem karcinoma debelog crijeva postoje kod učinjenog radikalnog kirurškog zahvata, što znači da tumor treba odstraniti resekcijom zahvaćenog dijela debelog crijeva uz odgovarajuću udaljenost resekcijskih rubova. Bitno je ukloniti regionalne limfne čvorove, ali i očuvati kontinuitet probavne cijevi i defekaciju stolice prirodnim putem. U većini slučajeva to nije teško postići, ali poteškoće se javljaju kod resekcije rektuma. Resekcijski rub kod tumora kolona treba biti udaljen minimalno 5 centimetara, dok su kod tumora rektuma u većine pacijenata dovoljna dva centimetra. Ta udaljenost ovisi o veličini i stupnju diferencijacije tumora, zahvaćenosti okolnih tkiva te udaljenosti od ruba anusa. Ako to nije moguće, potrebno je učiniti abdominalnoperinealnu ekstirpaciju rektuma (10,12).

Vrsta operacije ovisi o općem stanju pacijenta i mjestu, veličini, invazivnosti i stupnju tumora. Prije operacije važno je pacijenta upoznati s vrstom zahvata te mogućim ishodom, uključujući mogućnost trajne kolostome u niskih rektalnih karcinoma. Postoje kirurzi koji prije operacije preferiraju mehaničko čišćenje crijeva, dok neki misle da nije potrebno raditi takvu pripremu. Međutim, prije operacije standardna je primjena antibiotske profilakse kako bi se smanjile poslijeoperacijske infekcije (10,12).

Postoje tipične resekcije koje se izvode u pojedinim lokalizacijama karcinoma debelog crijeva. Desna hemikolektomija izvodi se kod tumora cekuma, ascendensa i hepaticne fleksure, a lijeva kod tumora lijevalne strukture, descendensa te oralnog dijela sigmoidnog kolona. Transverzalna kolektomija uobičajena je kod tumora srednjeg dijela

poprečnog kolona. Prednja resekcija rektuma izvodi se kod tumora aboralnog dijela sigme i rektuma. Laparaskopska resekcija kolona, novija je metoda kojom se čine desna hemikolektomija i sigmoidektomija jer su resekcije poprečnog i lijeve fleksure kolona tehnički teže za izvođenje. Hartmannovu operaciju čini resekcija sigme i gornjeg dijela rektuma uz očuvanje krajnjeg dijela rektuma i anusa, a potrebno je oblikovati i terminalnu kolostomiju. Manje, dobro diferencirane karcinome rektuma moguće je odstraniti transanalnom ekscizijom tumora, no prije toga je potrebno obaviti detaljne dijagnostičke pretrage kako bi se utvrdilo da tumor ne prodire dalje od mišićnog sloja te da ne postoje metastaze u limfnim čvorovima (10,12).

1.2.5.2. Adjuvantna terapija

U adjuvantnu terapiju ubraja se se primjerna kemoterapije i radioterapije, dok se u nekim slučajevima primjenjuje nespecifična imunoterapija. Sve vrste adjuvantne terapije mogu se koristiti u kombinaciji ili zasebno (12).

Kemoterapija se najčešće primjenjuje postoperacijski, a inducirana je kod pacijenata s tumorom kvalificiranim kao Dukes C i D, ali ponekad i kod Dukes B. Radioterapija najučestalija je u pacijenata s karcinomom rektuma. Prijeoperacijski se koristi kako bi se smanjio broj malignih stanica, a uz to i njihova diseminacija pa se tako karcinom dovodi do stupnja dovoljnog za resekciju. Nakon operacije zračenje koriste pacijenti s Dukes B, C i D karcinomima, ali i pacijenti koji nisu operirani u svrhu ublažavanja boli. Imunoterapija se najčešće koristi kod kolorektalnog karcinoma uz pomoć BCG i *Corynebacterium parvum* (10,12).

1.2.5.3. Palijativno liječenje

Ako karcinom debelog crijeva nije izlječiv, potrebno je učiniti sve da se izbjegnu komplikacije poput bolova, krvarenja, perforacije i opstrukcije te tako poboljšati život pacijenta i omogućiti adjuvantno liječenje, što se može postići resekcijom crijeva. Ukoliko je operaciju nemoguće izvesti, kod karcinoma desnog kolona valja napraviti

premoštenje ileotransverzostomijom, a kod karcinoma lijevog kolona transverzosigmoidostomijom. Kod pacijenata s inoperabilnim tumorom rektuma potrebno je postaviti kolostomu, u slučaju opstrukcije. Također, prolaznost stolice moguće je uspostaviti endoskopskim postavljanjem metalnog stenta. Kako bi se spriječila opstrukcija i krvarenje kod niskog karcinoma rektuma primjenjuju se laserska fotokoagulacija, elektrokoagulacija i krioterapija (10).

1.2.6. Prognoza

Poslije radikalne operacije karcinoma kolona operacijski mortalitet iznosi 3,9%, nakon abdominoperinealne resekcije rektuma 2-6,5%, a 1,3% poslije anteriorne resekcije (12).

Preživljavanje nakon radikalnog operacijskog zahvata ovisno je o stadiju tumora i o histološkom nalazu tumora. Oko 62% pacijenata preživi dulje od pet godina poslije operacije, a od njih je 94% slučajeva s lokaliziranim karcinomom kolorektuma. U stadiju A po Dukesovoj kvalifikaciji petogodišnje preživljenje premašuje 90%, stadij B 65-75%, dok je u stadiju C 30-45%. Lošiju prognozu imaju pacijenti s karcinomom rektuma od onih s karcinomom na ostalim dijelovima kolona. Kada je riječ o tipu operacije, nema statistički važne razlike u preživljenju između pacijenata s abdominopreniealnom i anteriornom resekcijom, ako pretpostavimo da su im nalazi bili jednaki. Nakon odrađenog kirurškog zahvata bitno je obaviti kontrole kako bi se isključilo postojanje metastaza. Uz kliničku, korisno je napraviti i laboratorijsku pretragu određivanja CEA čija porast vrijednosti ukazuje na postojanje metastaza ili pojavu recidiva. Nakon operacije obavljaju se i endoskopske kontrole, ultrazvučni pregledi, pregledi CT-om i magnetskom rezonancijom, ukoliko je potrebno (10,12).

1.3. ZDRAVSTVENA NJEGA

Zdravstvena njega je kompetencija medicinske sestre koja je definirana Zakonom i posebnim pravilnicima. Obuhvaća primjenu specifičnih znanja i vještina temeljenih na

znanstvenim spoznajama u sestinstvu, prirodnim, medicinskim i humanim znanostima, a provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite, socijalne skrbi i svim djelatnostima u kojima medicinske sestre pružaju izravnu zdravstvenu zaštitu (14).

S obzirom na nepostojanje međunarodno prihvaćene definicije zdravstvene njege, često korištena je definicija Virginije Henderson u kojoj ulogu medicinske sestre objašnjava na sljedeći način: „... pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako, da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije (15)“.

1.3.1. Planiranje zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege u svojoj prvoj fazi započinje utvrđivanjem postojanja sestrijskih i sestrijsko medicinskih problema na osnovi prikupljenih podataka, dok rješavanje definiranih problema započinje u drugoj fazi koja se zove planiranje zdravstvene njege. Na početku planiranja zdravstvene njege bitno je utvrditi listu prioriteta sestrijskih dijagnoza te za svaku od njih definirati jasno formulisane ciljeve. Zatim, treba planirati intervencije kojima će se postići zadani ciljevi i dokumentirati učinjeno, tj. osmisliti plan zdravstvene njege (16). Dvije su to ključne faze koje stvaraju preduvjet za primjenu kvalitetne i učinkovite zdravstvene njege.

2. CILJ RADA

Cilj rada je predstaviti specifičnosti planiranja zdravstvene njege pacijenta nakon operacije karcinoma debelog crijeva sa prioriternim sestrinskim i sestrinsko medicinskim problemima, ciljevima i intervencijama.

3. RASPRAVA

Operacijski zahvati na abdomenu su obično dugotrajni i iscrpljujući za pacijenta stoga najčešće nakon operacije zahtijevaju intenzivno liječenje. Neposredno iza zahvata, prioritet je kod pacijenta uspostaviti normalno disanje. U nekim slučajevima pacijenta je potrebno priključiti na respirator prvih dvanaest do trideset i šest sati. Tijekom boravka u jedinici intenzivnog liječenja pacijent treba biti pojačano nadziran i pratiti se njegovo vitalno stanje i stupanj svijesti. Obavlja se kontrola zavoja na kirurškoj rani, drenova i osigurava se prohodnost dišnih putova. Kada prođe određeno vrijeme, pacijent se ekstubira kako bi se uspostavilo normalno disanje. Ako su vitalni znakovi pacijenta stabilni, premješta se na odjel abdominalne kirurgije. Važno je obaviti detaljnu primopredaju pacijenta kako bi se skrb nastavila što kvalitetnije (17).

Zdravstvena njega pacijenta nakon operacije kolorektalnog karcinoma orijentirana je na uklanjanje postojećih tjelesnih simptoma (mučnina, opstipacija, povraćanje, štućavica, bol, žeđ), sprječavanje i pravovremeno uočavanje komplikacija (tromboembolija, krvarenje, atelektaza, pneumonija, dehidracija, poslijeoperacijski ileus), sprječavanje infekcije i ukoliko stanje dozvoli edukaciju pacijenta. Medicinske sestre, uz dogovor s pacijentom planiraju i provode zdravstvenu njegu (18,19). Kada pri procjeni stanja pacijenta utvrdimo postojanje dva ili više sestrinska problema i sestrinsko medicinska problema pristupamo definiranju prioriteta njihovog rješavanja (16).

3.1. DEFINIRANJE PRIORITETA IZ PODRUČJA ZDRAVSTVENE NJEGE

U slučaju prepoznavanja više problema, medicinska sestra treba procijeniti njihovu važnost, težinu i ozbiljnost te odlučiti o slijedu i hitnosti rješavanja problema. Prioritete određuje medicinska sestra zajedno s pacijentom, ali konačnu odluku donosi uzimajući u obzir pacijentovu percepciju važnosti problema, hijerarhiju osnovnih ljudskih potreba te mogućnost rješavanja pojedinih problema (16).

Mišljenje pacijenta o važnosti problema je odlučujuće, ukoliko ga ne ugrožava i ne protivi se medicinskim spoznajama. S obzirom na to da pacijentova laička znanja i iskustva i profesionalna iskustva i znanja medicinske sestre mogu dovesti do nesporazuma, bitno je da medicinska sestra pomogne pacijentu u donošenju ispravnih odluka uz navođenje objašnjenja (16).

U situacijama kada mišljenje pacijenta ne možemo dobiti ukoliko je pacijent poremećene svijesti iz bilo kojeg razloga onda je mišljenje medicinske sestre ključno i odluka je isključivo na njoj. Kliničko stanje pacijenata koji su u ranoj poslijeoperacijskoj fazi iziskuje od medicinske sestre veliko profesionalno znanje i iskustvo kako bi mogla napraviti brzu procjenu stanja pacijenta te brzo i učinkovito reagirati. Percepcija prioriteta u ovom slučaju podržana je formuliranjem glavnih sestrinskih problema i sestrinsko medicinskih problema koji su definirani iz anamneze. Odluka o listi prioriteta donosi se na temelju promatranja općeg stanja pacijenta, fizioloških parametara i prethodne kliničke i sestrinske anamneze. Sve navedeno traži od medicinske sestre poznavanje specifičnosti određene bolesti i osnovnih ljudskih potreba koji su pod utjecajem kliničkog stanja pacijenta. Kvalitetno postavljanje prioriteta i individualna sposobnost medicinske sestre garancija su brzog donošenja odluka i kvalitetnog reagiranja. Nakon što smo definirali sve sestrinske probleme i sestrinsko medicinske probleme kod pacijenta pristupamo postavljanju prioritetne liste uočenih problema. Pri definiranju procjenjujemo koji aktualni problem ugrožava ili razvoj potencijalnog problema može ugroziti:

- disanje,
- cirkulaciju,
- stanje svijesti.

Njih stavljamo na prvo mjesto. Potom procjenjujemo bol te probleme vezane za hijerarhiju osnovnih ljudskih potreba po redoslijedu (16):

- probleme vezane za fiziološke potrebe,
- probleme vezane za sigurnost,
- probleme vezane za afilijativne potrebe,
- probleme vezane za samoaktualizaciju,
- probleme vezane za samopoštovanje.

Uvažavajući ovaj način definiranja prioriteta dokazani problem smanjene prohodnosti dišnih puteva rješavat ćemo odmah jer je dio fizioloških potreba pacijenta. Tu su i problemi smanjenog unosa hrane, smanjenog unosa tekućine, opstipacija, nesаница. Kao probleme druge razine, odnosno razine sigurnosti rješavat ćemo strah ili visok rizik za pad. Problemi socijalne izolacije ili usamljenosti dio su afilijativnih potreba pa ih rješavamo na trećoj razini, samopoštovanje je dio četvrte razine, neupućenost je problem koji pripada petoj razini Maslovljeve hijerarhije. Na ovaj način definiranu listu prioriteta nije nužno obavezno slijediti ukoliko medicinska sestra procijeni da je potrebno zadovoljiti potrebu više razine u odnosu na potrebu niže razine i ako je to u interesu pacijenta (16).

Također, bitno je listu prioriteta uskladiti s realnim mogućnostima (npr. s nedovoljnim brojem medicinskih sestara ili nedostatkom pomagala) (16).

3.2. SESTRINSKO MEDICINSKI PROBLEMI U POSLIJEOPERACIJSKOM PERIODU

U poslijeoperacijskom periodu učestalo se javljaju disbalansi vitalnih funkcija koji iziskuju intervenciju medicinske sestre i liječnika.

Obzirom na zahtjevnost operacijskog postupka može doći do sljedećih sestrinsko medicinskih problema (18):

- V/R za krvarenje u/s provedenog operacijskog zahvata.
- V/R za nastanak hipovolemijskog šoka u/s općeg gubitka tekućine.
- V/R za dehiscenciju rane u/s nepoznatog uzroka.
- V/R za paralitički ileus u/s provedenog operacijskog zahvata.
- V/R za infekciju – peritonitis u/s provedenog operacijskog zahvata.
- V/R za urinarnu retenciju u/s poslijeoperacijskog stanja.
- V/R za trombophlebitis u/s terapijskog mirovanja.

3.3. SESTRINSKI PROBLEMI U POSLIJEOPERACIJSKOM PERIODU

Sestrinski problem u zdravstvenoj njezi svako je stanje pacijenta koje odstupa od normalnog pa iziskuje djelovanje medicinske sestre (16).

Problemi koji su prisutni kod svih pacijenata su (18):

- Visok rizik za neučinkovitu respiratornu funkciju u/s imobilnosti 2° stanje nakon anestezije, bol.
- Visok rizik za infekciju u/s operacijske rane.
- Akutna bol u/s kirurškom ozljedom struktura tijela.
- Visok rizik za neuravnoteženu prehranu: u/s bolova, mučnine, povraćanja .
- Smanjeno podnošenje napora u/s boli, slabosti nakon anestezije, hipovolemije.

3.4. DEFINIRANJE CILJEVA

Po završetku utvrđivanja prioriteta, medicinska sestra stupa u interakciju s pacijentom kako bi zajednički definirali ciljeve u zdravstvenoj njezi pacijenta. Cilj je željen, a ujedno i realan ishod zdravstvene njege te proizlazi iz utvrđenog problema. Svi ciljevi trebaju: biti jasno oblikovani kako bi bili razumljivi ostalim članovima tima zdravstvene njege, ali i sam pacijent, odnositi se na pacijenta, a ne na intervencije, specifični kako bi se moglo uspješno evaluirati te trebaju sadržavati razinu i vrijeme postignuća cilja. Dobro formirani cilj sadrži sljedeće dijelove (16):

- Subjekt – najčešće pacijent osobno, ali može biti i član obitelji; odgovara na pitanje „Tko ispunjava cilj?“.
- Stanje – označava hoće li subjekt/pacijent ili neće znati/moći učiniti nešto; odgovara na pitanje „Što će izvršiti?“.
- Razinu – stupanj postignuća; odgovara na pitanje „Količina ili koliko?“.

- Okolnosti – odnosi se na mjesto, način ili pomagala, a navodi se samo kada je logično; odgovara na pitanje „Kako će se izvršiti?“.
- Vrijeme – navodi se vremenski period u kojem bi cilj trebao biti postignut; odgovor na pitanje „Kada se očekuje postizanje cilja?“.

Što se tiče vremenske određenosti ciljeva, mogu biti kratkoročni, srednjoročni (unutar nekoliko dana) i dugoročni. Kratkoročne ciljeve treba postići unutar nekoliko sati ili dana, a odnose se na kritična stanja pacijenta u sadašnjosti. Stoga se uglavnom odnose na probleme u sadašnjosti koji zahtijevaju hitno rješavanje pa osiguravaju brzu povratnu informaciju o djelotvornosti zdravstvene njege (16).

Ciljevi kod sestrinsko medicinskih problema formiraju se na specifičan način obzirom da pri rješavanju tih problema medicinska sestra nastupa timski sa liječnikom i provodi uglavnom zavisne intervencije (16).

Kod pacijenata koji su u neposrednom poslijeoperacijskom periodu, s obzirom na vremensku karakteristiku cilja, postavljamo kratkoročne ciljeve koji se rješavaju u vremenskom okviru do 24 sata, ovisno o procjeni medicinske sestre.

3.4.1. Sestrinsko medicinski problemi – cilj

Ishod rješavanja sestrinsko medicinskih problema, a time i provođenja planiranih intervencija je postizanje željenih ciljeva koji se podrazumijevaju, a čija se specifičnost očituje u ovisnosti suradnje liječnika i medicinske sestre. Ovakav tip ciljeva postavlja se na osnovu smislenog i željenog rezultata planiranih intervencija koji indicira uzajamnu suradnju multidisciplinarnog tima (20).

3.4.2. Sestrinski problemi – cilj

Visok rizik za neučinkovitu respiratornu funkciju u/s imobilnosti 2° stanje iza anestezije, bol.

- Pacijent će održati učinkovitu respiratornu funkciju tijekom hospitalizacije.

Visok rizik za infekciju u/s operacijske rane.

- Pacijent neće pokazivati znakove i simptome infekcije tijekom hospitalizacije.

Akutna bol u/s kirurškom ozljedom struktura tijela.

- Pacijent će verbalizirati o progresivnom smanjenju razine boli u mirovanju i aktivnosti za 1h.

Visok rizik za neuravnoteženu prehranu: u/s bolova, mučnine, povraćanja.

- Pacijent će zadržati uravnotežen obrazac prehrane i uzimati dnevno planiranu nutritivnu vrijednost hrane.

Smanjeno podnošenje napora u/s boli, slabosti nakon anestezije, hipovolemije.

- Pacijent će povećati toleranciju na dnevne aktivnosti.

3.5. PLANIRANJE INTERVENCIJA

Nakon definiranja ciljeva zdravstvene njege planiraju se intervencije, a svaku planiranu intervenciju zdravstvene njege medicinska sestra mora usmjeriti prema ostvarenju cilja, tj. rješavanju ili ublažavanju pacijentova problema. Intervencija je aktivnost medicinske sestre koja ima kliničku dokazanost, značajnost i učinkovitost.

Intervencije koje se planiraju u okviru zdravstvene njege imaju svoje specifičnosti, u literaturi nazvane osobine. To su (16):

- utemeljena na znanju,
- individualizirana,
- usklađena s planom zbrinjavanja,
- objektivna,
- atraktivna,
- logično raspoređena i
- sa što manje nuspojava.

Na osnovu stupnja samostalnosti medicinske sestre u provođenju intervencije i vrsti pomoći dijelimo ih na (16):

- Samostalne – medicinske sestre određuju i provode intervenciju bez pomoći drugih zdravstvenih radnika.
- Međuzavisne – obavlja se dogovor s drugim zdravstvenim djelatnicima.
- Zavisne – medicinske sestre provode propisane aktivnosti.

Kombinacijom međuzavisnih i zavisnih aktivnosti najčešće se rješavaju sestrinsko medicinski problemi.

3.5.1. Sestrinsko medicinski problemi – intervencije

V/R za krvarenje u/s provedenog operacijskog zahvata 2° operacijske rane i postavljenog abdominalnog drena.

- Obavijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma:
 - Povećanje frekvencije pulsa iznad normalnih vrijednosti,
 - Filiforman periferni puls,
 - Smanjenje saturacije ispod 95%,
 - Povećanje respiracije iznad normalnih vrijednosti,

- Smanjenje vrijednosti krvnog tlaka ispod normalnih vrijednosti,
- Hladna koža,
- Eliminacija urina ispod 30 ml/h,
- Dezorijentiranost,
- Agitiranost.
- Pratiti unos i izlučivanje tekućina.
- Podučiti pacijenta da blago pritisne ranu pri kašljanju.
- Provoditi kontinuirani nadzor vitalnih funkcija (disanje, krvni tlak, puls, tjelesnu temperaturu).
- Podučiti pacijenta o uzrocima krvarenja i prepoznavanju simptoma.
- Izvijestiti liječnika o promjenama (21).

V/R za gastrointestinalno krvarenje u/s provedenog operacijskog zahvata.

- Monitorirati vitalne znakove kontinuirano.
- Procijeniti stanje svijesti.
- Pratiti simptome i znakove gastrointestinalnog krvarenja:
 - Melena,
 - Tahikardija,
 - Tahipneja,
 - Bljedilo,
 - Znojenje,
 - Oligurija,
 - Smetenost,
 - Bol.
- Pratiti laboratorijske vrijednosti.
- Pratiti boju kože i stanje sluznica.
- Pratiti učestalost i konzistenciju stolice.
- Napraviti test na okultno krvarenje.
- Pratiti makroskopski izgled stolice (21).

V/R za nastanak hipovolemijskog šoka u/s općeg gubitka tekućine.

- Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma:
 - Povećanje frekvencije pulsa iznad normalnih vrijednosti,
 - Filiforman periferni puls,
 - Smanjenje saturacije ispod 95%,
 - Povećanje respiracija iznad normalnih vrijednosti,
 - Smanjenje vrijednosti krvnog tlaka ispod normalnih vrijednosti,
 - Hladna koža,
 - Eliminacija urina ispod 30 ml/h,
 - Dezorijentiranost,
 - Agitiranost.

V/R za dehiscenciju rane u/s nepoznatog uzroka.

- Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma:
 - Razdvajanja rubova rane,
 - Infekcije rane.

V/R za paralitički ileus u/s provedenog operacijskog zahvata.

- Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma:
 - Izostanak peristaltike,
 - Mučnina,
 - Povraćanje,
 - Distenzija abdomena.

V/R za infekciju – peritonitis u/s provedenog operacijskog zahvata.

- Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma:
 - Povišenje temperature,
 - Zimica,
 - Slabost,

- Abdominalna osjetljivost

V/R za urinarnu retenciju u/s poslijeoperacijskog stanja.

- Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma:
 - Mokraćni mjehur distendiran,
 - Izostanak mikcije,
 - Inkontinencija prelijevanja (30-60 ml urina/15-30 minuta).

V/R za trombophlebitis u/s terapijskog mirovanja.

- Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma (blaga bol, osjetljivost duž vene, asimetrični edem, eritem).
- Primijeniti ordiniranu antikoagulantnu terapiju.
- Učiniti procjenu Homanovim znakom.
- Poticati pacijenta na provedbu aktivnih vježbi u krevetu.
- Izvijestiti liječnika o promjenama (21).

3.5.2. Sestrinski problemi – intervencije

Visok rizik za neučinkovitu respiratornu funkciju u/s imobilnosti 2° stanje iza anestezije, bol.

- Pacijenta postaviti na bok.
- Podučiti pacijenta vježbama disanja.
- Poticati vježbe disanja.
- Pacijenta nakon dva sata postaviti u povišeni položaj.
- Poticati pacijenta na uzimanje dovoljno tekućine.
- Postaviti pulsni oksimetar na prst pacijenta i pratiti saturaciju kisikom.
- Monitorirati pacijentovo disanje kontinuirano.

- Provoditi kontinuirani nadzor vitalnih funkcija (puls, krvni tlak, tjelesnu temperaturu).
- Aspirirati pacijenta, ukoliko je ordinirano, prema potrebi.
- Primijeniti propisanu oksigenoterapiju, ako je potrebno.
- Umiriti pacijenta (22).

Visok rizik za infekciju u/s operacijske rane.

- Pratiti moguću pojavnost znakova ili simptoma:
 - Otok,
 - Crvenilo,
 - Razdvajanje rane,
 - Pojačana sekrecija,
 - Povišenje temperature.
- Primjenjivati mjere aseptičnog načina rada.
- Promatrati izgled, stanje i ponašanje pacijenta.
- Uočiti pojavu simptoma i znakova infekcije na vrijeme (crvenilo, upala ili otekline kože oko drena/operacijske rane/intravenske kanile).
- Provoditi kontinuirani nadzor vitalnih funkcija (disanje, krvni tlak, puls, tjelesna temperatura).
- Izvijestiti liječnika u slučaju porasta tjelesne temperature (preko 37°C).
- Previjati operacijsku ranu i dren te održavati urinarni kateter i intravensku kanilu po SOP-u.
- Održavati higijenu prostora prema SOP-u.
- Kontrolirati krvne pretrage.
- Primijeniti antibiotsku profilaksu po pisanoj odredbi liječnika.
- Educirati pacijenta o znakovima infekcije s ciljem ranog uočavanja i sprječavanja komplikacija.
- Pratiti i evidentirati izgled i količinu izlučenog sadržaja putem abdominalnog drena (23).

Akutna bol u/s kirurškom ozljedom struktura tijela.

- Procijeniti razinu boli svakih sat vremena.
- Smanjiti razinu straha kod pacijenta.
- Objasniti očekivane događaje.
- Objasniti metode relaksacije.
- Izvijestiti liječnika o prisutnosti pacijentove boli.
- Primijeniti analgetik po pisanoj odredbi liječnika.
- Pomoći pacijentu pri zauzimanju ugodnog položaja (Fowlerov s nogama flektiranim u koljenima).
- Ohrabriti pacijenta.
- Ponovno procijeniti bol (24).

Visok rizik za neuravnoteženu prehranu: u/s bolova, mučnine, povraćanja.

- Objasniti potrebu dnevnog unosa nutrijenata.
- Odstraniti distraktore.
- Ublažiti bol.
- Smanjiti mučninu.
- Eliminirati povraćanje.

Smanjeno podnošenje napora u/s boli, slabosti nakon anestezije, hipovolemije.

- Poticati pacijentovu aktivnost tijekom svake smjene.
- Poticati pacijenta u aktivnostima samozbrinjavanja.
- Poticati pacijenta na aktivnosti kada je bol značajno smanjena.

3.6. IZRADA PLANA ZDRAVSTVENE NJEGE

Plan zdravstvene njege kreira prvostupnica sestrinstva u skladu sa specifičnim potrebama pacijenta za zdravstvenom njegovom. Sadrži sestrinske dijagnoze koje se

evidentiraju po definiranom PES ili PE modelu ovisno o tome radi li se o aktualnom ili potencijalnom problemu iz područja zdravstvene njege. Sadrži cilj i intervencije koje se definiraju u dogovoru sa pacijentom ako je moguće te evaluaciju koja se radi u skladu sa definiranim terminom. Kod pacijenata postoje i sestrinsko medicinski problemi koje treba nadzirati da bi se pravovremeno uočile promjene stanja pacijenta i reagiralo, što zahtijeva izradu plana i za njih (16).

3.6.1. Planovi za sestrinsko medicinske probleme

Sestrinsko medicinski problem

V/R za krvarenje u/s provedenog operacijskog zahvata 2° operacijske rane i postavljenog abdominalnog drena.

Intervencije

Izmjeriti vitalne znakove: puls, tlak, respiracija, saturacija.

Procijeniti stanju kože i sluznica.

Procijeniti stanje svijesti.

Izmjeriti diurezu.

Podučiti pacijenta da pritisne ranu pri kašljanju.

Podučiti pacijenta na pažljivo rukovanje abdominalnim drenom.

Pratiti laboratorijske vrijednosti.

Podučiti pacijenta o uzrocima krvarenja i prepoznavanju simptoma.

Izvijestiti liječnika o promjenama.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za gastrointestinalno krvarenje u/s provedenog operacijskog zahvata.

Intervencije

Izmjeriti vitalne znakove: puls, tlak, respiracija, saturacija.

Procijeniti stanju kože i sluznica.

Procijeniti stanje svijesti.

Izmjeriti diurezu.

Pratiti učestalost, konzistanciju i makroskopski izgled stolice.
Napraviti test na okultno krvarenje.
Pratiti laboratorijske vrijednosti.
Podučiti pacijenta o uzrocima krvarenja i prepoznavanju simptoma.
Izvijestiti liječnika o promjenama.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za nastanak hipovolemijskog šoka u/s općeg gubitka tekućine.

Intervencije

Izmjeriti vitalne znakove: puls, tlak, respiracija, saturacija.
Procijeniti kožu.
Izmjeriti diurezu.
Procijeniti stanje svijesti.
Nadoknaditi tekućinu i elektrolite prema pisanoj odredbi liječnika.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za dehiscenciju rane u/s nepoznatog uzroka.

Intervencije

Kontrolirati zavoj.
Previjati ranu po SOP-u.
Procijeniti izgled rane: rubovi, crvenilo, sekret.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za paralitički ileus u/s provedenog operacijskog zahvata.

Intervencije

Procijeniti izgled abdomena.
Procijeniti bol u abdomenu.
Pratiti eliminaciju stolice.
Pratiti pojavu mučnine i/ili povraćanja.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za urinarnu retenciju u/s poslijeoperacijskog stanja.

Intervencije

Procijeniti stanje mjehura.

Mjeriti diurezu svakih 15-30 min.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za trombophlebitis u/s terapijskog mirovanja.

Intervencije

Primijeniti ordiniranu antikoagulantnu terapiju.

Pratiti izgled i stanje ekstremiteta.

Učiniti procjenu Homanovim znakom.

Poticati pacijenta na provedbu aktivnih vježbi u krevetu.

Poticati pacijenta na redovitu promjenu položaja u krevetu.

Omogućiti pacijentu korištenje kompresivnih čarapa ili elastičnih zavoja.

Poticati pacijenta na rano ustajanje iz kreveta.

Sestrinsko medicinski problem

V/R za infekciju – peritonitis u/s provedenog operacijskog zahvata.

Intervencije

Izmjeriti tjelesnu temperaturu.

Procijeniti kožu.

Procijeniti osjetljivost abdomena.

3.6.2. Planovi za sestrinske probleme

Sestrinski problem

Visok rizik za neučinkovitu respiratornu funkciju u/s imobilnosti 2° stanje iza anestezije, bol.

Cilj

Pacijent će održati učinkovitu respiratornu funkciju tijekom hospitalizacije.

Intervencije

Pacijenta postaviti na bok.

Poučiti pacijenta vježbama disanja.

Poticati vježbe disanja.

Pacijenta nakon dva sata postaviti u povišeni položaj.

Poticati pacijenta na uzimanje dovoljno tekućine.

Postaviti pulsni oksimetar na prst pacijenta i pratiti saturaciju kisikom.

Monitorirati pacijentovo disanje kontinuirano.

Provoditi kontinuirani nadzor vitalnih funkcija (puls, krvni tlak, tjelesna temperatura).

Aspirirati pacijenta kako je ordinirano i prema potrebi.

Primijeniti ordiniranu oksigenoterapiju, ako je potrebno.

Umiriti pacijenta.

Sestrinski problem

Visok rizik za infekciju u/s operacijske rane, abdominalnog drena, urinarnog katetera i intravenske kanile.

Cilj

Pacijent neće pokazivati znakove i simptome infekcije tijekom hospitalizacije.

Intervencije

Pratiti moguću pojavnost znakova ili simptoma (otok, crvenilo, razdvajanje rane, pojačana sekrecija, povišenje temperature).

Promatrati izgled, stanje i ponašanje pacijenta.

Uočiti pojavu simptoma i znakova infekcije na vrijeme (crvenilo, upala ili oteklina kože oko drena/operacijske rane/intravenske kanile).

Provoditi kontinuirani nadzor vitalnih funkcija (disanje, krvni tlak, puls, tjelesna temperatura).

Izvijestiti liječnika u slučaju porasta tjelesne temperature (preko 37°C).

Previjati operacijsku ranu i dren te održavati urinarni kateter i intravensku kanilu po SOP-u.

Procijeniti izgled rane: rubovi, crvenilo, sekret.

Održavati higijenu prostora prema SOP-u.

Kontrolirati krvne pretrage.

Primijeniti ordiniranu antibiotsku profilaksu od strane liječnika.

Educirati pacijenta o znakovima infekcije s ciljem ranog uočavanja i sprječavanja komplikacija.

Pratiti i evidentirati izgled i količinu izlučenog sadržaja putem abdominalnog drena.

Sestrinski problem

Akutna bol u/s kirurškom ozljedom strukture tijela.

Cilj

Pacijent će verbalizirati o progresivnom smanjenju razine boli u mirovanju i aktivnosti za 1h.

Intervencije

Umanjiti razinu straha kod pacijenta.

Objasniti pacijentu očekivane događaje.

Objasniti pacijentu metode relaksacije.

Obavijestiti liječnika o prisutnosti pacijentove boli.

Primijeniti analgetik po pisanoj odredbi liječnika.

Pomoći pacijentu zauzeti ugodan položaj (Fowlerov s nogama flektiranim u koljenima).

Ohrabriti pacijenta.

Procjenjivati razinu boli svakih sat vremena.

Sestrinski problem

Visok rizik za neuravnoteženu prehranu u/s bolova, mučnine, povraćanja.

Cilj

Pacijent će zadržati uravnotežen obrazac prehrane i uzimati dnevno planiranu nutritivnu vrijednost prehrane svaki dan za vrijeme hospitalizacije.

Intervencije

Ukazati pacijentu na značaj unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti.

Odstraniti distraktore.

Ublažiti bol.

Smanjiti mučninu.

Eliminirati povraćanje.

Sestrinski problem

Smanjeno podnošenje napora u/s boli, slabosti nakon anestezije, hipovolemije

Cilj

Pacijent će povećati toleranciju na dnevne aktivnosti svaki dan do kraja hospitalizacije.

Intervencije

Podučiti pacijenta aktivnom vježbanju u krevetu u suradnji s fizioterapeutom.

Poticati pacijenta na aktivnost (provođenje vježbi u krevetu).

Poticati pacijenta na sudjelovanje u provođenju aktivnosti samozbrinjavanja u skladu sa svojim mogućnostima.

Ublažiti bol.

Pružiti pacijentu emocionalnu podršku.

Pohvaliti svaki napredak.

4. ZAKLJUČAK

Pacijenti kojima je dijagnosticiran karcinom debelog crijeva zahtijevaju bolničko liječenje i radikalni operacijski zahvat. U poslijeoperacijskom periodu pacijenta medicinska sestra treba konstantno monitorirati njegove vitalne funkcije, kontrolirati operacijsku ranu i postojeće abdominalne drenove.

Za što kvalitetniji oporavak nakon operacije nužan je multidisciplinarni pristup u kojem neizostavnu ulogu ima medicinska sestra. S obzirom na to da je poslijeoperacijski oporavak bitno razdoblje za zdravlje pacijenta, medicinska sestra prvostupnica treba pažljivo procijeniti njegovo stanje i napraviti plan zdravstvene njege. Nakon procjene stanja bitno je utvrditi prioritete među prisutnim sestrinskim i sestrinsko-medicinskim problemima te definirati ciljeve koje želi postići. Njih medicinska postiže izvršavanjem intervencija koje su usmjerene isključivo na pacijentov oporavak.

Pozitivan stav, motivacija i podrška medicinske sestre mogu imati veliku ulogu u pacijentovom poimanju vlastitih mogućnosti u pridonnošenju oporavku, na što mu se može ukazati uključujući ga u sve korake provođenja procesa zdravstvene njege. Sama zdravstvena njega treba biti prilagođena svakom pacijentu kojem treba pristupiti holistički, uzimajući u obzir sve njegove potrebe. Uz to, nedvojbeno je bitno dokumentirati svaki korak procesa zdravstvene njege kako bi se utvrdila kvaliteta i svrha pružene zdravstvene njege.

5. LITERATURA

1. Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 Dec.16(12):713-732.
2. Colorectal cancer [Internet]. Francuska: World Health Organization: International Agency for Research on Cancer [pristupljeno 01.02.2020.]. Dostupno na: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2018. Bilten 43, Zagreb. 2020.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2019. godini. Zagreb. 2020.
5. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019 Oct 19.394(10207):1467-1480.
6. Štimac D, Katačić M, Kujundžić M, Ljubičić N, Poropat G, Bokun T. Značajke ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2008 [pristupljeno 01.02.2021.].44(1):7-15. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/25943>
7. Keros P, Pećina M, Ivanić – Košuta M. Temelji anatomije čovjeka. Zagreb: Naklada Naprijed. 1999.
8. Keros P, Matković B. Anatomija i fiziologija. Zagreb: Naklada Ljevak. 2006.
9. Včev A. Bolesti debelog crijeva. Osijek: Grafika. 2002.
10. Šoša T. Stulić Ž. Stanec Z. Tonković I, i sur. Kirurgija. Zagreb: Naklada Ljevak. 2007.
11. Patel SG, Ahnen DJ. Colorectal Cancer in the Young. *Curr Gastroenterol Rep*. 2018 Mar 28.20(4):15.
12. Prpić I, i sur. Kirurgija za medicinare. Treće, nepromijenjeno izd. Zagreb: Školska knjiga. 2005.
13. Hrvatska liga protiv raka, Rak debelog crijeva [Internet]. Zagreb: Hrvatska liga protiv raka [pristupljeno 01.02.2021.]. Dostupno na: <http://hlpr.hr/rak/vijest/rak-debelog-crijeva>

14. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine, br. 121/03, 117/08, 57/11
15. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska udruga za sestriinsku edukaciju: Hrvatsko udruženje medicinskih sestara. 1994.
16. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. 1995.
17. Dakić N. Sestrinska skrb za bolesnike nakon operacije karcinoma debelog crijeva. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2016.
18. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Prvo izdanje. Zagreb: Školska knjiga. 2001.
19. Ptičar, E. Usporedba poslijeoperacijskog oporavka nakon laparoskopske i otvorene kirurgije za rak debelog crijeva. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. 2018.
20. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima. Nastavni tekstovi. Zagreb: 2000.
21. Kurtović B, Rotim C, Mardešić P, Babić D, Režić S, Eržen Matić G i sur. Sestrinsko – medicinski problemi. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2017.
22. Abou Aldan D. Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C i sur. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2011.
23. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2011.
24. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2013.

6. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime: Stjepana

Prezime: Mišković

Datum i mjesto rođenja: 8. listopada, 1998., Zagreb

E-mail adresa: stjepanamisko@gmail.com

Obrazovanje:

2005. – 2013. Osnovna škola Petra Berislavića, Trogir

2013. – 2017. Prva jezična gimnazija, Split

2017. – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva, Split

Posebna znanja i vještine

Strani jezici: engleski jezik (aktivno u pismu i govoru)

Položen vozački ispit B kategorije