

Važnost prijeoperacijske i poslijeoperacijske edukacije bolesnika s kolostomom

Jurišić, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, University Department of Health Studies / Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:721891>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-07-01**



Repository / Repozitorij:

[University Department for Health Studies Repository](#)



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

Kristina Jurišić

**VAŽNOST PRIJEOPERACIJSKE I
POSLIJEOPERACIJSKE EDUKACIJE BOLESNIKA S
KOLOSTOMOM**

Završni rad

Split, 2019.

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

Kristina Jurišić

**VAŽNOST PRIJEOPERACIJSKE I
POSLIJEOPERACIJSKE EDUKACIJE BOLESNIKA S
KOLOSTOMOM**

**THE IMPORTANCE OF PREOPERATIVE AND
POSTOPERATIVE EDUCATION OF PATIENTS WITH
COLOSTOMY**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Mario Marendić, mag.med.techn.

Split, 2019.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Anatomija i fiziologija probavnog sustava	1
1.1.1. Anatomija tankog crijeva	3
1.1.2. Anatomija debelog crijeva	4
1.1.3. Peritoneum.....	5
1.1.4. Fiziologija tankog i debelog crijeva	5
1.2. Stoma	6
1.2.1. Povijest stoma.....	7
1.2.2. Enterostoma	8
1.2.3. Kolostoma.....	9
1.2.4. Vrste operacijskih zahvata	10
1.2.5. Indikacije za postavljanje stome	10
1.2.5.1. Upalne bolesti crijeva	11
1.2.5.2. Tumori crijeva.....	11
1.2.5.3. Akutni abdomen	12
1.2.6. Komplikacije crijevne stome	13
1.3. Pomagala za stomu	15
1.3.1. Jednodijelni sustav	16
1.3.2. Dvodijelni sustav	16
1.3.2.1. Stoma vrećice.....	16
1.3.2.2. Podložna pločica	18
2. CILJ RADA.....	20
3. RASPRAVA.....	21
3.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika	21
3.1.1. Psihička priprema bolesnika za operacijski zahvat	21
3.1.2. Fizička priprema bolesnika za operacijski zahvat	22
3.1.2.1. Prehrana bolesnika u prijeoperacijskom razdoblju	23
3.1.2.2. Prijeoperacijska edukacija bolesnika	24
3.1.2.3. Priprema probavnog sustava	24
3.1.3. Prijeoperacijsko markiranje kolostome	25

3.1.4. Problemi iz područja zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju	27
3.2. Intraoperacijska zdravstvena njega bolesnika	29
3.2.1. Problemi iz područja zdravstvene njege u intraoperacijskom razdoblju	29
3.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika	30
3.3.1. Problemi iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju.....	31
3.4. Edukacija bolesnika s kolostomom	33
3.4.1 Toaleta kolostome	33
3.4.2. Prehrana bolesnika u poslijeoperacijskom razdoblju	34
3.4.3. Svakodnevne aktivnosti bolesnika s kolostomom	39
3.4.3.1. Aktivnosti i sport.....	39
3.4.3.2. Seksualni život bolesnika.....	39
3.4.3.3. Odijevanje	40
3.4.4. Psihološka potpora.....	40
3.4.4.1. Stoma terapeut	41
3.5. Stoma klub i stoma udruga	41
3.5.1. Prava bolesnika sa stomom.....	41
4. ZAKLJUČAK.....	43
5. LITERATURA	44
6. SAŽETAK	47
7. SUMMARY	48
8. ŽIVOTOPIS.....	49

1. UVOD

Stoma je kirurški otvor načinjen na trbušnoj stijenci koji zamjenjuje funkcije probavnog ili urinarnog sustava kada bolesnik ne može uzimati hranu prirodnim putem, urinirati ili imati defekaciju. Prema podacima Saveza invalidskih ILCO društava Hrvatske, u Hrvatskoj je registrirano preko sedam tisuća korisnika sa stomom (1).

U zadnjih deset godina je vidljiv porast bolesnika sa trajnom stomom. Bolesnici traže savjete i pomoć liječnika, medicinskih sestra i stoma terapeuta. Liječenje bolesnika sa stomom je složeno i zahtjevno. Medicinske sestre i liječnici koji rade s ovim bolesnicima moraju poznavati indikacije za postavljanje stome, principe operativnih tehnika, adekvatnu njegu stome, pravilan način prehrane, kao i prepoznati psihološke reakcije bolesnika i okoline (1).

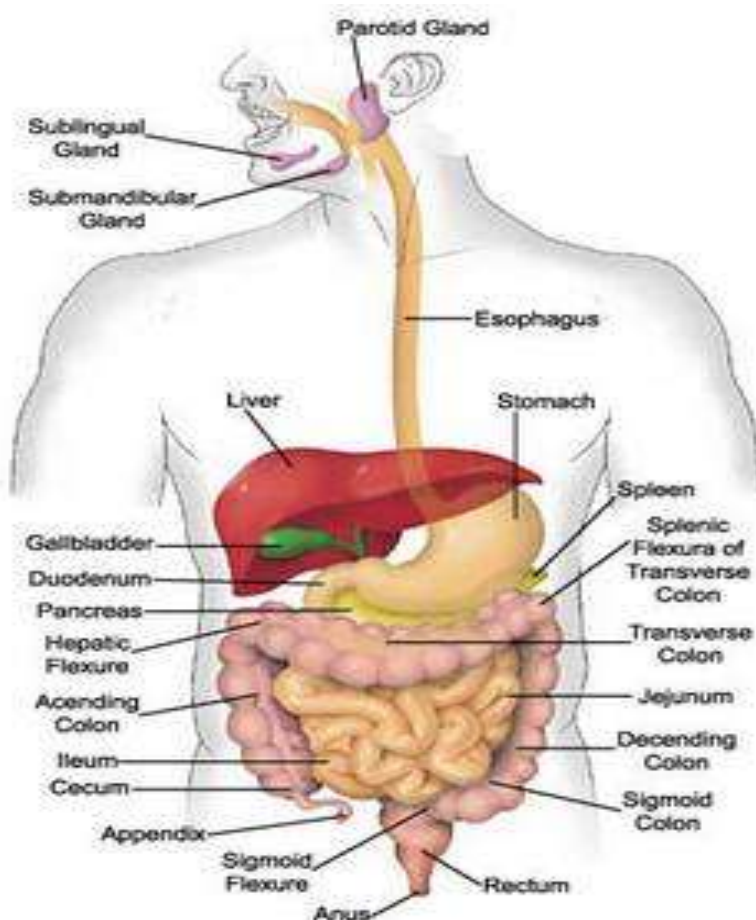
Medicinska sestra mora biti dobro educirana, aktivnosti medicinske sestre usmjerene su na prilagodbu bolesnika na novonastalu situaciju. Svojim znanjem će bolesnika educirati o pravilnoj prehrani, njezi stome te će mu pomoći u borbi sa anksioznošću i prihvaćanju sebe s promijenjenim tjelesnim izgledom. Sastavni dijelovi prilagodbe i puta prema bržem oporavku i kvalitetnijem životu bolesnika su pravilna prijeoperacijska i poslijeoperacijska psihička i fizička priprema, adekvatna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, promjena životnog stila i uključivanje u stoma klubove.

1.1. Anatomija i fiziologija probavnog sustava

Hrana je glavni izvor energije i potrebna nam je za obavljanje staničnih funkcija. Da bismo mogli iskoristiti hranu potrebno ju je preraditi do odgovarajućeg oblika. Tu zadaću obavlja probavni sustav. Probavni sustav je građen od probavne cijevi i žlijezda (2,3).

Probavna cijev se sastoji od usne šupljine (*cavum oris*), ždrijela (*pharynx*), jednjaka (*oesophagus*), želuca (*ventriculus*), tankog crijeva (*intestinum tenue*) i debelog crijeva (*intestinum crasum*). U probavi još sudjeluju žlijezde slinovnice (*glandulae*

salivarie), zubi (*dentes*), jetra (*hepar*), žučni mjehur (*vesica fellea*) i gušterača (*pancreas*) (2,3).



Slika 1. Anatomija probavnog sustava

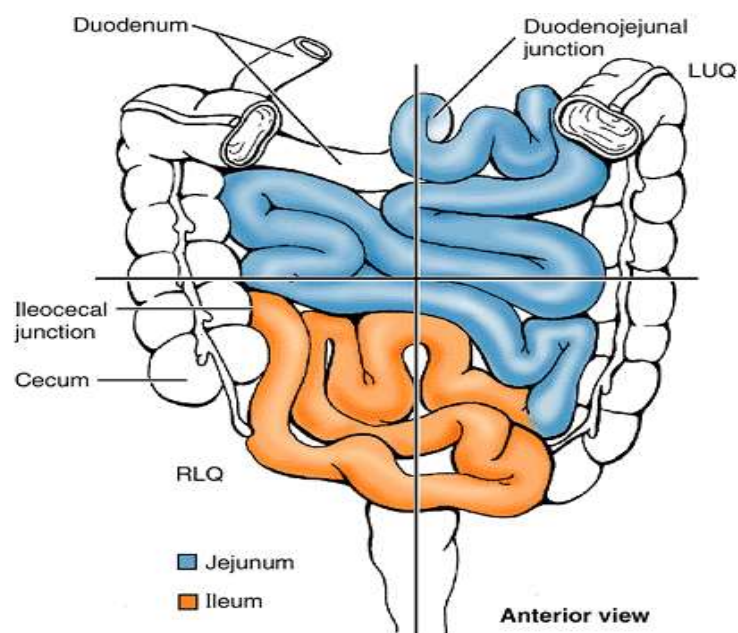
Izvor: http://www.zdravstveni.com/probava_ishrana/probavni_sustav.jpg

Funkcija probavnog sustava se sastoji od kretnje, sekrecije, apsorpcije hranjivih tvari i eliminaciji otpadnih tvari (2).

Hranjive tvari (ugljikohidrati, masti, proteini, elektroliti) i voda se apsorbiraju na crijevnim resicama tankog crijeva. Tvari i voda koja se ne apsorpira peristaltikom putuje u debelo crijevo. Tu dolazi do apsorpcije vode i elektrolita, a ostali produkti tvore feces i time se vrši eliminacija štetnih tvari (2).

1.1.1. Anatomija tankog crijeva

Tanko crijevo (*intestinum tenue*) je cjevasti šuplji organ prosječne dužine 6 m (4,6-9 m). Započinje na pilorusu, a završava ušćem u debelo crijevo (*ostium ileale*). Sastoji od dvanaesnika (*duodenum*), taštog crijeva (*jejunum*) i vitog crijeva (*ileum*) (3).



Slika 2. Anatomija tankog crijeva

Izvor: http://www.perpetuum-lab.com.hr/uploads/monthly_11_2010/ccs-243-0-86426300-1288706261_thumb.png

Dvanaesnik (*duodenum*) je početni dio tankog crijeva i iznosi otprilike 25 cm te je savijen u obliku slova C. U sluznici silaznog dijela duodenuma se nalaze bradavičasto izdignuće (*papilla duodeni major*), mjesto izlivanja glavnog žučovoda (*ductus choledochus*) i velikog voda gušterače (*ductus pancreaticus major*). Na duodenum se nadovezuje jejunum koji čini 2/5 tankog crijeva. Preostalu trećinu tankog crijeva zauzima ileum koji se proteže do prijelaza u debelo crijevo (2,3).

Tanko crijevo je građeno od tri sloja: sluznica (*tunica mucosa*), mišićnica (*tunica muscularis*) i serozna ovojnica (*tunica serosa*). Površina sluznice tankog crijeva je

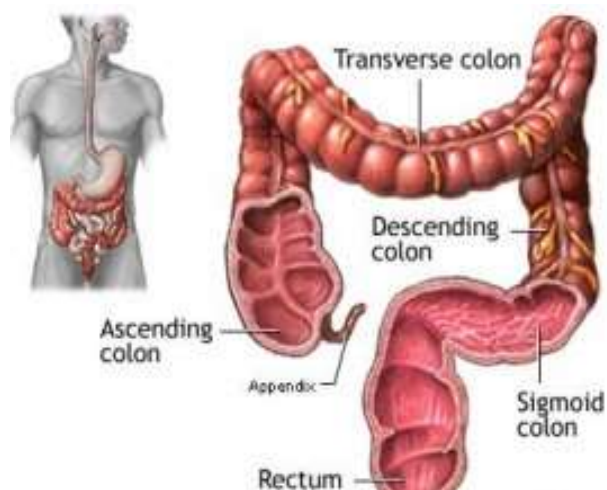
prekrivena crijevnim resicama, a u području duodenuma i jejunuma imamo prisutne kružne nabore. Nabori i resice povećavaju 6-7 puta površinu sluznice. Mišićnica ima 2 sloja: unutrašnji kružni sloj i vanjski uzdužni sloj, dok je serozna ovojnica visceralni peritoneum (3).

1.1.2. Anatomija debelog crijeva

Debelo crijevo (*intestinum crasum*) se nastavlja na ileum do analnog otvora. Dužina debelog crijeva iznosi 1,5 – 1,8 m (3). Dijelovi debelog crijeva su (3):

- slijepo crijevo (*caecum*)
- uzlazno debelo crijevo (*colon ascendens*)
- poprečno debelo crijevo (*colon transversum*)
- silazno debelo crijevo (*colon descendens*)
- sigmoidno debelo crijevo (*colon sigmoideum*)
- ravno debelo crijevo (*rectum*).

Debelo crijevo se sastoji od tri osnovna sloja: sluznice, mišićnice i serozne ovojnice. Sluznica cekuma i kolona je građena od poprečnih polumjesečastih nabora (*plicae semilunares*), dok je područje analnog kanala i rektuma građen od poprečnih (*plicae transversae*) i uzdužnih nabora (*columnae anales*). Mišićnica se sastoji od glatkih mišićnih vlakna: unutrašnji kružni sloj i vanjski uzdužni sloj. Uzdužni sloj mišića tvore tenije (*taeniae*), a kružna mišićna vlakna tvore unutarnji sfinkter anusa (*m. sphincter ani internus*). Periferno od unutarnjeg sfinkter anusa se nalazi vanjski sfinkter anusa (*m. sphincter ani externus*) koji je građen od poprečnoprugastih mišićnih vlakana. Ovaj mišić se opušta pod utjecajem volje za vrijeme pražnjenja crijeva (defekacije). Serozna ovojnica je dio visceralnog peritoneuma (3).



Slika 3. Anatomija debelog crijeva

Izvor: <http://o.b5z.net/i/u/10035615/i//colon.jpg>

1.1.3. Peritoneum

Potrbušnica (*peritoneum*) je serozna ovojnica koja oblaže stijenku i organe trbušne šupljine. Sastoji se od 2 lista: parijentalni list (*peritoneum parietale*) koji oblaže unutrašnju površinu stijenke trbušne šupljine i visceralni list (*peritoneum viscerale*) koji oblaže vanjsku površinu peritonealnih organa (3).

Mezenterij je duplikatura peritoneuma koja povezuje parijentalni i visceralni list ili dva organa u peritonelanoj šupljini. Trbušnu šupljinu možemo podijeliti na peritonelanu šupljinu (*cavitas peritoneaelis* - kapilarna pukotina između dva lista peritoneuma) te na izvanperitonealni prostor (*spatium extraperitoneale*). Duodenum *colon ascendens*, *colon descendens* i rektum su fiksirani dijelovi peritoneuma (3).

1.1.4. Fiziologija tankog i debelog crijeva

U tankom crijevu je prisutna sporija peristaltika uslijed čega se hrana zadržava 3-5 sati. Gibanje tankog crijeva se ubrzava kada hrana uđe u želudac kao posljedica djelovanja gastroenteričkog refleksa. Uz vodu, glavni sastojci crijevnog soka su sluz i

probavni enzimi. Sluz se luči kao zaštita crijevne sluznice od kiselog i nadražajnog sadržaja. Crijevni enzimi se ne nalaze u crijevima, već u epitelnim stanicama crijevnih resica. Djelovanjem probavnih enzima na hranu se potpuno dovršava proces probave hrane (2).

U debelom crijevu postoje dvije vrste kretnji, kretnje miješanja i potiskivanja. Pomoću njih se potiskuje formirana stolica prema analnom otvoru. Za debelo crijevo je karakteristična masovna kontrakcija. Kod ovih kontrakcija dolazi do kontrakcije 20 cm crijeva, pa se cijeli sadržaj tog dijela debelog crijeva pomiče prema rektumu (2). Kada fekalne mase dospiju u rektum, javlja se defekacijski efekt. Defekacija označava pražnjenje fecesa. Formirani feces rasteže stijenke rektuma i potiče opuštanje unutarnjeg sfinktera. Da bi došlo do defekacije, mora popustiti i vanjski sfinkter koji je pod utjecajem naše volje (2).

U debelom crijevu se ne izlučuju probavni enzimi nego velike količine sluzi. Sluz je zaslužna za zaštitu crijevne sluznice i oblikovanje fekalnih masa. Apsorpcija u debelom crijevu je ograničena na vodu i elektrolite. Produkti koji se ne apsorbiraju tvore stolicu. Boja fecesa potječe od sterkobilina, a neugodan miris je produkt bakterijskog djelovanja (2).

1.2. Stoma

Riječ „stoma“ je grčkog podrijetla i znači otvor. Stoma je rezultat kirurškog zahvata pomoću kojeg stvaramo zamjenski put, kojim se luče otpadne tvari iz organizma. Ovisno o anatomskom položaju razlikujemo traheostome, gastrostome, enterostome, kolostome i ureostome (4,5).

Intestinalna stoma (*anus preter naturalis*), ili umjetni anus je kirurški otvor na trbušnoj stijenci kroz koji je izveden segment crijeva. Navedene stome možemo podijeliti u dvije kategorije ovisno o vremenskom razdoblju. Dijelimo ih na privremene i trajne stome. Privremena stoma se zatvara nakon 3-6 mjeseci od postavljanje stome. Trajnu stomu bolesnici imaju cijeli život i zahtijeva intenzivniju promjenu životnog stila (6).

Intestinalne stome su crvene boje, sjajne i vlažne. Oblikom mogu biti ovalne, okrugle ili nepravilne. Veličina se mijenja tijekom prve godine od operacijskog zahvata, mogu biti izbočene, uvučene ili u ravnini s kožom. Stoma nema živčane završetke i mišiće stoga ne izaziva osjećaj boli i ne može se svjesno kontrolirati kao anus (7,8).



Slika 4. Stoma

Izvor: <http://bowelcancersupportuk.org/post-op/living-with-a-stoma/>

1.2.1. Povijest stoma

Litre je 1770.godine je izveo prvu kolostomiju kod dojenčeta. Nekoliko godina kasnije, Pillore je izveo prvu cekostomiju. Engleski kirurg Brian Kook 1952. godine je oblikovao viseću stomu i time omogućio pravilno njegovanje stome i peristomalne kože. Stome su se zbrinjavale pomoću gaza i staničevine. Lockhart-Mummery 1927. godine predložio je klistiranje stome koje je i danas ključ uspjeha u toaleti i skrbi za kolostomu. (7,9).

Začeci enterostomalne terapije nalazimo u Clevelandu (SAD) na Klinici za kirurgiju. Za to su zaslužni Dr. Rupert Turnbull, abdominalni kirurg i Norma N. Gill, bolesnica sa stomom koji su imali viziju o potrebi za dodatnoj specijaliziranoj zdravstveni njezi bolesnika sa stomom. Upravo oni su zaslužni za stvaranje Svjetskog vijeća enterostomalnih terapeuta te je Norma Gill bila prva predsjednica. Njihovim djelovanjem se organizira daljnja naobrazba u svrhu postizanja što kvalitetnije zdravstvene njege (10).

1.2.1.1. Edukacija zdravstvenih djelatnika

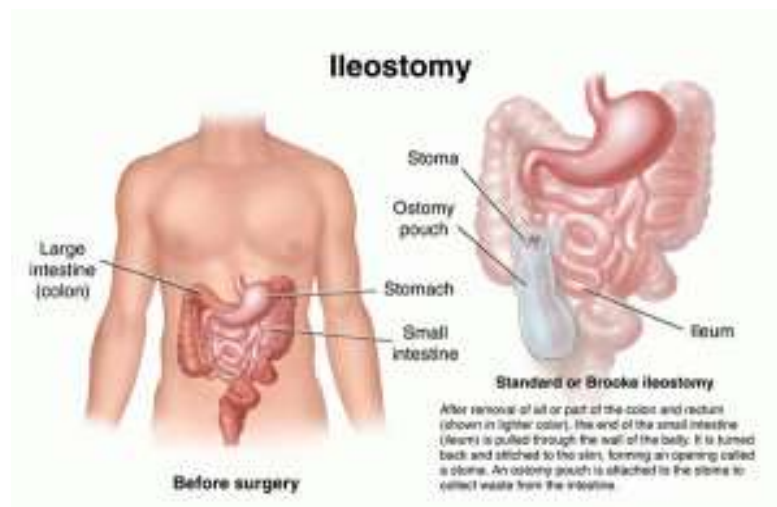
Pri Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, provodi se program cjeloživotnog obrazovanja za stjecanje kompetencija medicinskih sestara iz područja enterostomalne terapije. Završetkom obrazovnog programa izrađenog prema smjernicama Svjetskog udruženja enterostomalnih terapeuta, polaznici dobivaju certifikat enterostomalnog terapeuta priznatog od strane WCET-a (Svjetsko vijeće enterostomalnih terapeuta) te su osposobljeni za pružanje pomoći i brigu o osobama sa stomom, ranom i inkontinencijom (11).

1.2.2. Enterostoma

Enterostome su stome tankog crijeva. Razlikujemo duodenostomu, jejunostomu i ileostomu. Duodenostoma i jejunostoma se primjenjuju kao privremeni otvor za prehranu bolesnika kada prehrana nije moguća normalnim putem. S obzirom na mogućnost pareneteralne prehrane ove stome se rijetko primjenjuju (4,6).

1.2.2.1. Ileostoma

Ileostoma je privremeni ili mnogo češće trajni otvor u području terminalnog ileuma. Privremena ileostoma se izvodi kada je potrebno rasteretiti crijeva nakon resekcije i anastomoze crijeva. Trajna stoma se najčešće izvodi kod upalnih bolesti crijeva gdje se radi potpuna resekcija crijeva. Razlikuju se dva tipa trajne stome: inkontinentna ileostoma (stoma koja ne zadržava sadržaj) i kontinentna stoma (stoma s spremištem u kojem se skuplja crijevni sadržaj). Za vrijeme operacije se terminalni ileum izvede prema vani kroz rez na trbušnoj stijenci (4.5). Rub provučenog ileuma može se direktno sašiti za rub kože ili ostaje kao papila. Najpovoljnije mjesto za ileostomiju je desni dio abdomena lateralno i kranijalno od pupka. Sadržaj ileostome je tekući i žutosmeđe boje, dnevno se drenira oko 500 ml sadržaja (4,6).



Slika 5. Ileostoma

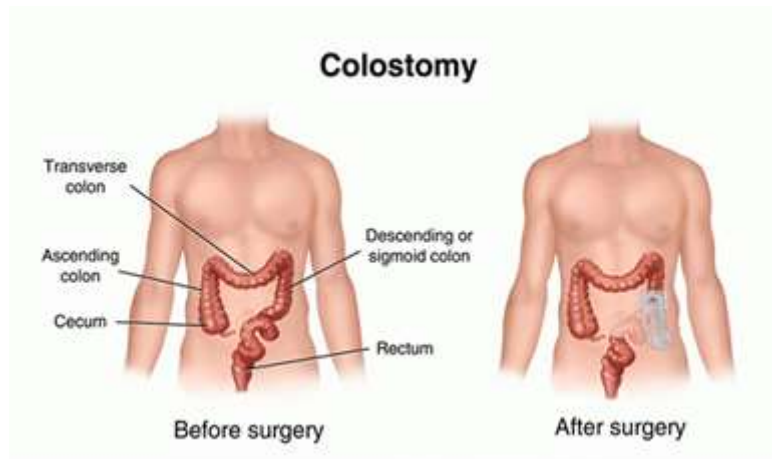
Izvor: <http://hucuk.hr/ileostoma/>

1.2.3. Kolostoma

Kolostoma je otvor na kolonu kroz koji se vrši eliminacija fekalnih masa. Riječ kolostoma potječe od dviju grčkih riječi „kolon“ što označava debelo crijevo i „stoma“ što znači otvor. Kolostoma može biti privremena kod ozljeda, perforacije ili fistula kolona, dok se trajna kolostoma se izvodi kod inoperabilnog karcinoma kolona (4,6).

Anatomski razlikujemo cekostomu, transverzostomu i sigmostomu. Cekostome i transverzostome imaju tekući sadržaj zbog djelovanja crijevnih enzima i nemogućnosti apsorpcije vode. Kolostome na lijevom dijelu kolona imaju formiran feces te omogućuju bolju kontrolu eliminacije fecesa (4,6).

Anus preter naturalis može bit bipolaran i unipolaran. Kod bipolarne stome se kolon presijeca poprečno i oba otvora (oralni i aboralni) komuniciraju s vanjskim svijetom. Bipolarna stoma je najčešće privremena stoma. Unipolarna stoma je uvijek trajna stoma, a izvodi se kod resekcije aboralnog dijela kolona (4,6).



Slika 6. Kolostoma

Izvor: <http://hucuk.hr/kolostoma/>

1.2.4. Vrste operacijskih zahvata

Ovisno o dijagnozi i stanju bolesnika kirurg određuje vrstu operacijskog zahvata. Razlikujemo (4,7):

- Ileostomija je stvaranje otvora na ileumu kroz koji se prazni crijevni sadržaj iz tankog crijeva.
- Proktokolektomija je odstranjenje kolona i rektuma s trajnom stomom.
- Cekostomija je otvor na cekumu radi pražnjenja fekalnih masa.
- Kolostomija je privremeni ili stalni otvor na kolonu koji služi za eliminaciju stolice.
- Hemikolektomija je odstranjenje jedne polovice debelog crijeva.
- Hartmannova operacija je resekcija dijela crijeva uz izvođenje stome.

1.2.5. Indikacije za postavljanje stome

Indikacije za postavljanje stome mogu biti: upalni procesi probavne cijevi, benigni i maligni tumori, ozljede probavne cijevi, akutni abdomen, privremena ili stalna potreba za isključivanjem dijela crijeva (4,6).

1.2.5.1. Upalne bolesti crijeva

Crohnova bolest (morbus Crohn) je nespecifična upala koja može zahvatiti bilo koji dio probavne cijevi. Najčešća lokalizacija nalazi se na ileumu (regionalni ileitis). Primarni simptomi su diareja, crijevne kolike, febrilnost i sekundarna anemija. Daljnjim napredovanjem bolesti dolazi do opstipacije i stvaranja priraslica. Kod ileitisa se primjenjuje konzervativno i kirurško liječenje. Konzervativno liječenje obuhvaća primjenu antibiotika, vitamina, preparata željeza, spazmolitika i kalorične proteinske prehrane. Uslijed pojave apscesa i fistula te opstrukcije primjenjuje se kirurško liječenje. U tijeku operacije se radi resekcija bolesnog dijela crijeva ili ileokolostomija (4,12).

Ulcerozni kolitis (Colitis ulcerosa) je upalna bolest koja obuhvaća debelo crijevo. Osoba se žali na vodenaste proljeve, crijevne kolike, opću slabost i povišenu temperaturu. Dijagnosticira se kolonoskopijom i mikrobiološkim pregledom stolice. U ranom stadiju liječenje je konzervativno. Primjenjuje se dijeta bogata proteinima, antibiotici, kortikosteroidi i preparati željeza. U slučaju komplikacija (fistule, krvarenje, apscesi) potrebno je kirurško liječenje (4,12).

Divertikulitis je upala divertikula, a divertikul je vrećasto izbočenje crijevne stijenke i može se pojaviti na bilo kojem dijelu crijeva. Komplikacije divertikula su melena i pojava mehaničkog ileusa. Liječe se konzervativno (prehrana, antibiotici) i kirurški kod komplikacija (fistule, ileus, stenoza crijeva, perforacija) (4).

1.2.5.2. Tumori crijeva

Tumori tankog crijeva su rjeđi od tumora debelog crijeva. Od benignih tumora se pojavljuju adenomi i lipomi, a od malignih imamo pojavu sarkoma i karcinoma. Karcinom zahtijeva resekciju crijeva, a kod sarkoma resekciju i zračenje (4).

Benigni tumori debelog crijeva su adenomi, papilomi i lipomi. Znaci bolesti su grčeviti bolovi u području kolona, proljevi s krvi i sluzi, te gubitak na težini. Liječenje je kirurško. Radi se odstranjenje polipa (polipektomija) ili resekcija kolona (4).

Karcinom debelog crijeva (carcinoma colonis) ne izaziva jasne simptome. Rani znaci karcinoma su opstipacija, umor, bljedoća, prisutnost bolova u truhu itd. Kasni pokazatelji karcinoma su izmjena opstipacije i proljeva, distenzija trbuha i visoka tjelesna temperatura (4).

Karcinom se može širiti lokalno na susjedne organe, limfom na limfne čvorove i krvnim putem na udaljene organe. Liječenje je uvijek kirurško uz primjenu kemoterapije i zračenja. Kod inoperabilnih tumora potrebno je učiniti anus praeter naturalis kako bi se osiguralo pražnjenje crijeva (4).

1.2.5.3. Akutni abdomen

Akutni abdomen (abdomen acuta) je sindrom s nizom pojava koje su zajedničke svim akutnim bolestima pojedinih organa u trbušnoj šupljini. Ove bolesti nastaju iznenada i zahtijevaju hitnu i neodgodivu operaciju. U akutni abdomen ubrajamo perforaciju želučanog ili duodenalnog ulkusa, ileus, akutni apendicitis, perforacija divertikula crijeva itd. (13).

Najčešći uzrok akutnog abdomena je ileus. Ileus označava smetnje u prolaženju crijevnog sadržaja, stolice i vjetrova. Razlikujemo mehanički ileus (opstrukcija) i paralitički ileus (nedostatak peristaltike) (4,13).

Od simptoma se javlja distendirani truh, opstipacija, mučnina i povraćanje, te crijevne kolike. Mehanički ileus se liječi s operacijom kojoj je cilj uspostaviti peristaltiku i omogućiti cijeljenje crijeva. Paralitički ileus liječimo drenažom želučanog sadržaja i plinova, primjenom analgetika i nadoknadom tekućine i elektrolita (4,6).

1.2.6. Komplikacije crijevne stome

Komplikacije nastaju zbog lošeg anatomskeg položaja stome, neadekvatne njege ili/i nepravilne kirurške tehnike. Dijelimo ih na kasne i rane komplikacije. Ranim komplikacijama se smatraju one koje se javljaju za vrijeme boravka bolesnika na odjelu, tu ubrajamo: krvarenje, dehiscenciju stome, nekrozu stome i retrakciju stome. Komplikacije nastale tjednima nakon kirurškog zahvata se nazivaju kasne komplikacije stome, tu ubrajamo: stenozu stome, parastomalnu herniju, prolaps stome, hipergranulacije te laceracije stome (9).

U rane komplikacije spadaju (9,14):

- Krvarenje, koje može biti rana i kasna komplikacija. Najčešći uzrok je neadekvatna hemostaza. Manja krvarenja spontano prestaju, dok je veća krvarenja potrebno kirurški zbrinuti.
- Nekroza stome nastaje zbog nedovoljne opskrbe krvlju. Ishemija može biti posljedica prekratkog mezenterija ili slabe cirkulacije u završnom dijelu crijeva. Najčešće se pojavljuje kod pretilih bolesnika te hitnih operacija. Javlja se blijeda boja stome koja postupno mijenja boju u crnu. Liječenje je kirurško.
- Retrakcija je uvlačenje stome kroz trbušni zid. Stijenke stome nisu vidljive. Ova komplikacija nastupa kao posljedica preranog odstranjenja "jahača", kod lošeg kirurškog zahvata ili kod pretilih bolesnika. Liječi se primjenom konveksne podloge ili kirurški.



Slika 7. Nekroza stome

Izvor: <http://ostome.info/wp-content/uploads/2012/11/4.-Nekroze-stomi.jpg>

U kasne komplikacije ubrajamo (9,14):

- Peristomalna hernija ili kila nastaje širenjem otvora na prednjoj trbušnoj stijenci, kreiranog radi izvođenja crijevne vijuge na površinu prilikom formiranja stome. Kroz prošireni otvor u podkožje se utiskuju druge crijevne vijuge. Pojavljuje se kod pretilih bolesnika, kroničnih plućnih bolesnika, bolesnika s oslabljenim mišićima, zahtijeva kirurški zahvat (8,12).
- Perforacija stome može nastati kao posljedica primjene klizme na stomu (8,12).
- Laceracija stome su ogrebotine na površini crijevne stijenke. Nastaju kao posljedica grube njege ili neadekvatne podloge (8,12).
- Prolaps stome je ispadanje svih slojeva crijeva kroz stomu zbog loše fiksacije. Bolesnik često sam reponira prolabiranu crijevu vijugu, potrebno je kirurško liječenje (8,12).
- Stenoza stome dovodi do otežanog pražnjenja stome. Stoma ima tvrd i neelastičan rub, liječi se korekcijskim zahvatom (8,12).

U komplikacije peristomalne kože spadaju (14):

- Nadražajni dermatitis koji označava pojavu crvene i nadražene kože, liječi se lokalnom primjenom kortikosteroida.
- Kandidijaza je infekcija gljivicom koja izaziva crvenilo kože s bjelkastim naslagama. Promjene su lokalizirane na područje stome i ispod podloge. Liječi se antimikoticima.
- Hiperplazija je rast stanica i potkožnog tkiva. Koža postaje siva i vlažna.
- Mehaničke ozljede nastaju kao posljedica grube manipulacije pri njezi stome.



Slika 8: Dermatitis

Izvor: <http://ostome.info/wp-content/uploads/2012/11/4.-Nekroze-stomi.jpg>

1.3. Pomagala za stomu

Postoji nekoliko vrsta stoma vrećica i podloga koje se biraju ovisno o vrsti i veličini stome. Danas ima više proizvođača u Republici Hrvatskoj, a najpoznatiji su Convatec i Coloplast (5).

Pomagala za stomu moraju ispunjavati sljedeće uvjete (5):

- da dobro prijanjaju na kožu
- da su nepropusna i dovoljno velika za crijevni sadržaj
- da su podnošljiva za kožu (ne smiju izazivati alergijske reakcije)
- da nisu vidljiva ispod odjeće
- da dopuštaju tjelesne, profesionalne i športske aktivnosti.

Svaki bolesnik kod kojega je izvedena stoma treba imati vrećicu i ljepljivu podložnu pločicu. U dvodijelnom sustavu, podložna pločica odvojena je od vrećice; u jednodijelnom sustavu ljepljiva podloga i vrećica predstavljaju jednu cjelinu (12).

1.3.1. Jednodijelni sustav

Jednodijelni sustav predstavlja kombinaciju podložne pločice i vrećice. Jednodijelni sustavi su nižeg profila i tako su manje zamjetni ispod odjeće. Vrećice imaju filter koji neutralizira neugodne mirise te je tkanina mekana, glatka i otporna na vodu (5,15).



Slika 12. Jednodijelni sustav za kolostomu

Izvor : <https://stoma-medical.hr/pomagala-kolostomu-proizvod-126/>

1.3.2. Dvodijelni sustav

Dvodijelni sustav sastoji se od dva odvojena dijela. Podložne pločice koja se postavlja na tijelo u području stome i pripadajućih vrsta vrećica koje spajaju sistemom plastičnog prstena ili tehnologijom lijepljenja. Razlikujemo nekoliko vrsta vrećica i podloga za stomu (5,15).

1.3.2.1. Stoma vrećice

Zatvorene vrećice namijenjene su jednokratnoj uporabi. Kod njih je karakteristično što imaju filtere koji smanjuju neugodne mirise i pritisak plinova te su

zbog toga idealne za posebne prigode (intimni trenutci) ili svakodnevnu upotrebu. Nakon upotrebe se uklanja vrećica i postavlja nova. Preporučuju se za uporabu kod kolostoma i ileostoma (za posebne prigode) (5).



Slika 13. Dvodijelni sustav za kolostomu

Izvor: <https://stoma-medical.hr/vrecice-proizvod-131/>

Bolesnicima s ileostomom više odgovaraju vrećice s ispustom koje se prazne otkopčavanjem kvačice na dnu vrećice ili otkopčavanjem preklopa s čičkom na kraju vrećice. One se mogu isprati i ponovno koristiti (5).



Slika 14. Vrećica s ispustom

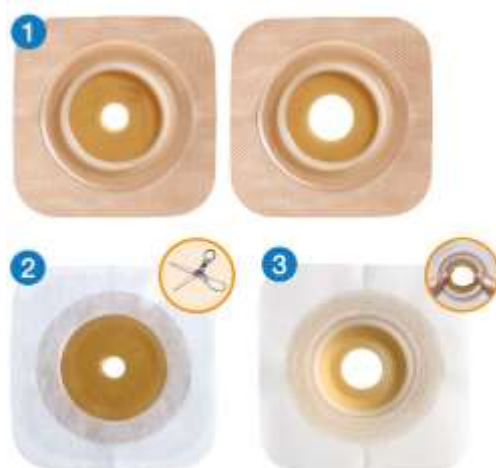
Izvor: <https://www.coloplast.hr/sensura-click-drainable-pouch-hr-hr.aspx>

1.3.2.2. Podložna pločica

Podložna pločica lijepi se na kožu oko stome, pomaže u zaštiti kože od otpadnih tvari iz stome i služi za postavljanje stoma vrećice. Podloga se mijenja svako 3-5 dana (5).

Stoma otvor može biti (5):

- Na izrezivanje - izrezuje se prema veličini i obliku stome uz pomoć škara.
- Tvornički izrezan - postoji mnogo veličina te se ne trebaju dodatno izrezivati.
- Modelirajući - stoma otvor se modelira prstima, točno prema obliku i veličini stome. Stvara se tijesan spoj oko stome, što omogućava zaštitu od vlaženja ili curenja za razliku od uobičajenih podložnih pločica koje se izrezuju.



Slika 14. Podloga za stomu

Izvor: <https://stoma-medical.hr/plocice-spoj-bez-prstena-proizvod-130/>

Od ostalih pomagala imamo (15):

- Maramice za zaštitu kože - služe za uklanjanje ostataka ljepljivosti od vrećica na koži bez žarenja.
- Stoma puder – koristi se oko stome ili ispod pločice kako bi se upio višak vlage i smanjila iritacija kože.

- Pasta za stome – koristi se za popunjavanje nabora i ožiljka te stvara čvrstu vezu između kože i podloge.
- Elastični remen za stoma vrećice - osigurava pravilno namještanje podložne pločice za dodatnu sigurnost.
- Trbušni elastični pojas za stomu - služi kao potpora oslabljenoj trbušnoj stijenci po operaciji. Ukoliko već nema otvor, potrebno ga je izrezati na mjestu stome.
- Stoma kapa ili čep - koristi se kod kupanja u moru ili bazenu, za vrijeme intimnih trenutaka ili nakon irigacije.



Slika 15. Stoma kapa

Izvor: <https://www.coloplast.hr/assura-minicap-1-piece-hr-hr.aspx>

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je prikazati važnost rada medicinske sestre kod prijeoperacijskog i poslijeoperacijskog zbrinjavanja bolesnika s kolostomom. Poseban naglasak je na edukaciji bolesnika i njegove obitelji, koja bitno može utjecati na kvalitetu života bolesnika s kolostomom.

3. RASPRAVA

3.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Prijeoperacijsko razdoblje počinje odlukom za kirurški zahvat i završava premještanjem bolesnika u operacijsku dvoranu. Prijeoperacijska priprema obuhvaća sve postupke koje medicinska sestra obavlja za vrijeme tog razdoblja. Svrha pripreme bolesnika za operaciju je osigurati bolesniku najbolju fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu spremnost za kirurški zahvat (16).

Prije operacije u bolesnika su prisutni različiti osjećaji poput straha i anksioznosti te je važno da se skrb za bolesnika ne dijeli samo na prije i poslije operacije, nego treba uključivati i skrb za vrijeme operacije (16).

Kod bolesnika koji se pripremaju za kirurški zahvat postavljanja kolostome veliku važnost ima psihička priprema, priprema probavne cijevi i prijeoperacijsko markiranje stome.

3.1.1. Psihička priprema bolesnika za operacijski zahvat

Psihička priprema bolesnika započinje onog trenutka kada je postavljena indikacija za kirurški zahvat. Kirurg objašnjava bolesniku i njegovoj obitelji važnost, potrebu i korisnost kirurškog zahvata, upućuje ga u mogući ishod, predvidivu dužinu boravka u bolnici te mogućim operacijskim rizicima i komplikacijama. Važno je naglasiti da je izvedba stome zahvat koji će bolesniku spasiti život (16).

Unatoč pripremi od strane kirurga i liječnika opće medicine, bolesnici dolaze na odjel s osjećajem straha, bespomoćnosti i izgubljenosti, zabrinuti su za sebe, svoju obitelj i financijsku situaciju.. Bolesnik u bolnici nema svoje svakodnevne obaveze te više vremena provodi razmišljajući o operativnom zahvatu. Javlja se također i strah od anestezije, smrti, unakaženosti, slabosti i boli. Upravo radi toga je potrebno stvoriti

odnos povjerenja s bolesnikom te poticati bolesnika na verbalizaciju straha razgovorom. Bolesniku se mora objasniti i pokazati što je to kolostoma, zbog čega se izvodi, kako izgleda na tijelu, što će on morati činiti i kako njegovati kolostomu (16).

Pri samom prijemu na bolnički odjel, medicinska sestra započinje graditi odnos povjerenja s bolesnikom. Pozdravljajući novog bolesnika toplo i prijateljski, pokazujući mu raspodjelu soba na odjelu, mjesto za odložiti osobne stvari, uvodeći ga u sobu tim načinom umanjuje njegov strah. Medicinska sestra uključuje bolesnika u planiranje i provedbu zdravstvene njege. Tim postupcima mu daje do znanja da je važan član tima i pridonijeti će uspješnosti pripreme za kirurški zahvat. Bolesnikovo povjerenje će zadobiti ako mu na razumljivi način objasni zdravstvene postupke (primjerice poput čišćenja crijeva), bolesnik se tada osjeća kao sudionik u procesu zdravstvene njege i povećati će se osjećaj povjerenja (16).

Bolesnicima je važno objasniti da kolostoma nije prepreka za svakodnevne aktivnosti, mogu se nastaviti baviti svim svojim hobijima, vratiti se na posao, baviti se fizičkom aktivnosti itd. Bolesnici se osjećaju bespomoćno i boje se reakcije svojih bližnjih na promjenu tjelesnog izgleda. Medicinska sestra uključuje obitelj u potporu i razgovor s bolesnikom kako bi prilagodba bila što lakša.

Također, medicinska sestra tijekom razgovora utvrđuje sposobnost učenja i zainteresiranost bolesnika. Važno je bolesnika što ranije uključiti u edukacijski proces te ga poticati na aktivno sudjelovanje. Dobro psihički pripremljen bolesnik bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, treba manje analgetika, a boravak u bolnici mu se smanjuje (16).

3.1.2. Fizička priprema bolesnika za operacijski zahvat

Fizička priprema bolesnika obuhvaća standardnu laboratorijsku i dijagnostičku pripremu uz anesteziološki pregled te adekvatnu prehranu, poučavanje bolesnika i pripremu probavnog sustava (12).

Od općih pretraga za operacijski zahvat potrebno je učiniti sljedeće dijagnostičke pretrage (12):

- laboratorijske pretrage (kompletna krvna slika, biokemija, koagulacija, pretrage urina)
- transfuziološke pretrage (krvna grupa i Rh faktor)
- EKG
- radiološke pretrage (RTG srca i pluća)
- mišljenje kardiologa.

Uz opće pretrage još se obavljaju i specijalne pretrage kao što su (12):

- UZV abdomena
- MSCT abdomena
- irigografija
- kolonoskopija.

Na osnovi anamneze, fizikalnog pregleda i laboratorijskih nalaza anesteziolog procjenjuje vrstu anestezije te s kirurgom procjenjuje postoje li kontraindikacije za kirurški zahvat (12).

3.1.2.1. Prehrana bolesnika u prijeoperacijskom razdoblju

Bolesnikova prehrana je uvjetovana njegovim stanjem, indikacijom, vrstom te mjestom kirurškog zahvata. Liječnik pri prijemu bolesnika propisuje dijetu, količinu i sastav hrane. Ovisno o nutritivnom statusu dijeta se može sastojati od potpunog ili djelomičnog suzdržavanja od hrane ili u obogaćenju prehrane pojedinim sastojcima u slabih i iscrpljenih bolesnika.

Bolesnici se često nalaze u stadiju pothranjenosti uslijed osnovne bolesti (karcinom debelog crijeva). Kod bolesnika koji se nalazi u stanju pothranjenosti se primjenjuju različiti modeli enteralne i parenteralne prehrane. Cilj prehrane je nadoknaditi kalorijski deficit i manjak tekućine. Medicinska sestra educira bolesnika o

važnosti suzdržavanja od uzimanja hrane na usta prije i nakon operacije jer upućeni bolesnici bolje podnose neuzimanje hrane (16).

3.1.2.2. Prijeoperacijska edukacija bolesnika

Način edukacije medicinska sestra prilagođava intelektualnim sposobnostima bolesnika. Tijekom poučavanja mora biti strpljiva, pozitivno usmjerena i uvjeren u ono što poučava. Upute mora ponavljati, poticati bolesnika na izvođenje i provjeriti usvojena znanja, kao i vještine kako bi bolesnik bio spreman primijeniti usvojeno nakon operacijskog zahvata (16).

Bolesnika se educira vježbama disanja, iskašljavanja te aktivnim vježbama ekstremiteta. Svrha edukacije bolesnika vježbama disanja, iskašljavanja i ekstremiteta u prijeoperacijskoj pripremi je osigurati najbolju izvedbu u poslijeoperacijskom razdoblju jer bol i strah umanjuju sposobnost učenja i koncentracije (16).

3.1.2.3. Priprema probavnog sustava

Priprema probavnog sustava za kirurški zahvat se sastoji od „čišćenja“ crijeva i karencije (suzdržavanje od uzimanja hrane na usta). Priprema probavnog sustava se provodi prema odredbi liječnika i protokolu odjela na kojem je smješten bolesnik. Za „čišćenje“ crijeva se mogu upotrijebiti laksativi i klizme. Profilaktička primjena antibiotika također smanjuje incidenciju poslijeoperacijskih infekcija, ali samo kod dobro očišćenih crijeva (16).

Priprema probavnog sustava se obično provodi kroz dva dana. Prvi dan pripreme bolesnik dobiva doručak te uzima laksativ (gorka sol ili Moviprep prašak) u dva navrata (ovisno o protokolu odjela) i zatim se bolesnika upućuje na uzimanje tri do četiri litre tekućine tijekom dana. Za ručak i večeru bolesnik dobiva juhu (16).

Drugi dan pripreme bolesnik dva puta uzima laksativ, pije tri do četiri litre tekućine te u popodnevnim satima dobiva klizmu kako bi se očistio i donji dio crijeva.

Bolesniku treba naglasiti da tekućinu može uzimati do 24 sata i nakon toga treba biti natašte (16).

3.1.3. Prijeoperacijsko markiranje kolostome

Prije svakog kirurškog zahvata kod kojeg se planira izvođenje stome, poželjno je da iskusan kirurg izradi detaljan plan o mogućnostima kreiranja kolostome. U planiranje bi trebala biti uključena i medicinska sestra kako bi kasnije mogla lakše pratiti stanje bolesnika i kolostome, kao i pravovremeno uočiti moguće komplikacije (17). Kod prijeoperacijskog planiranja mora se definirati (8,17):

- vrsta stome koja će biti izvedena
- vrijeme trajanja stome (privremena ili trajna stoma)
- mjesto plasiranja otvora stome na trbušnoj stijenci
- tehniku kreiranja kolostome.

Markiranje mjesta kolostome je važno jer pomaže bolesniku kod prihvaćanja kolostome, povećava vjerojatnost bolesnikove neovisnosti i samostalnosti te mu daje osjećaj kontrole nad novonastalom situacijom, smanjuje broj intervencija medicinskog osoblja oko kolostome te smanjuje pojavnost ranih i kasnih komplikacija (8,17).

Bitne karakteristike mjesta kolostome su (8,17):

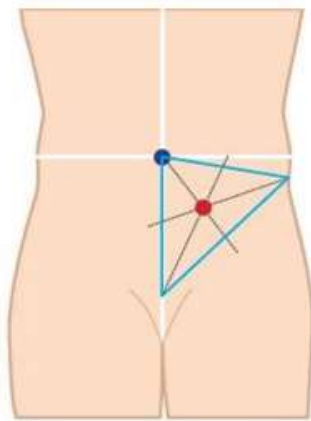
- mjesto mora biti dobro vidljivo kako bi bolesnik mogao samostalno mijenjati stoma pomagala
- okolna koža oko kolostome mora biti barem 5 cm bez ožiljaka, incizija, pupka i sl.
- mjesto je potrebno planirati infraumbilikalno na izbočenju masnog tkiva trbuha
- postaviti kolostomu kroz ravni trbušni mišić
- mjesto mora biti udaljeno od koštanih izbočina, ožiljaka, pregiba i udubljenja kože.

Također, prije označavanja položaja mjesta kolostome, potrebno je uzeti u obzir fizičko stanje bolesnika (konstitucija tijela, trenutna tjelesna težina i eventualne nedavne

promjene u tjelesnoj težini, vid i spretnost ruku) te društvene aktivnosti (profesionalno zanimanje, bavljenje sportom, hobiji, način odijevanja, kulturni i vjerski aspekti) (8,17).

Postupak označavanja mjesta kolostome (18):

- prikupiti sav pribor (medicinski marker, prsten za označavanje ili druge materijale prema uobičajenoj praksi bolnice)
- objasniti bolesniku postupak označavanja stome te potaknuti njegovo sudjelovanje
- pažljivo pregledati površinu abdomena bolesnika te pri odabiru mjesta kolostome uzeti u obzir već navedene aspekte
- označavanje za uzlaznu kolostomu: povuče se zamišljena linija na donjem desnom kvadrantu abdomena između pupka i desnog ruba zdjelice te označiti stomu na sredini linije
- označavanje za silaznu kolostomu ili sigmoidnu kolostomu: zamišlja se trokut na donjem lijevom kvadrantu abdomena, čiji su vrhovi pupak, lijevi rub zdjelice i središnja točka stidne kosti. Središnjica, točka gdje se križaju simetrale kuta je preporučeno mjesto za smještaj stome



Slika 9. Markiranje mjesta kolostome

Izvor: <https://www.coloplast.hr>

- kolostoma bi se po mogućnosti trebala postaviti unutar ravnog abdominalnog mišića, kako bi se mogao spriječiti nastanak peristomalne hernije i/ili prolapsa, a

ravni abdominalni mišić se pronalazi dok bolesnik leži na leđima, podigne glavu s kreveta i zakašlje

- odabrati relativno ravno područje od 5 do 7 cm koje istovremeno mora biti vidljivo bolesniku te po mogućnosti biti ispod pojasa kako bi se prikrilo pomagalo za stomu
- nakon označavanja treba prisloniti prsten za označavanje i bolesnik zauzima stojeći, sjedeći, pognuti i ležeći položaj radi pristupa i potvrde najboljeg izbora mjesta.



Slika 10. Položaji potvrde izbora mjesta stome

Izvor: <https://www.coloplast.hr>

3.1.4. Problemi iz područja zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju

Najčešći problemi iz područja zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju su vezani uz psihološko stanje bolesnika, bol, mučninu i neupućenost (19).

Anksioznost - Definira se kao nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti. Glavni uzroci su strah od smrti, promjena okoline i sami kirurški zahvat. Kod bolesnika se javlja tahikardija, tahipneja, umor, razdražljivost, mučnina, glavobolja, osjećaj bespomoćnosti i umora. Medicinska sestra treba stvoriti profesionalni i empatijski odnos te pokazati svoju stručnost tijekom razgovora s bolesnikom. Upoznati će ga s okolinom, aktivnostima i drugim osobljem. Važno je da medicinska sestra redovito

informira bolesnika o postupcima i procedurama koje će se provoditi te potaknuti bolesnika da izrazi svoje osjećaje vezane za život s kolostomom(19).

Strah – Definira se kao negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti. Kod bolesnika je prisutan strah zbog operativnog zahvata, bolničkog liječenja, anestezije, boli i promjene stila života. Prisutna je panika, tjeskoba, osjećaj izoliranosti, tahikardija, mučnina, znojenje, proširene zjenice itd. Medicinska sestra treba poticati bolesnika na verbalizaciju straha (strah od promjene tjelesnog izgleda), uključiti ga u donošenje odluka, informirati o postupcima (prijeoperacijsko markiranje stome) kako bi se smanjila razina straha (20).

Bol - Definira se kao neugodan nagli ili usporeni osjetilni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva. Najčešće nastaje kao posljedica osnovnog stanja (upalna stanja organizma, Ca colona, ileus itd.). Bolesnik verbalizira bol, zauzima prisilni položaj, ima blijedu i znojnu kožu te izražava negodovanje. Medicinska sestra pomaže bolesniku podučavanjem tehnika relaksacije i zauzimanjem ugodnijeg položaja. Svojim nefarmakološkim postupcima i razgovorom ublažava strah i odvraća pažnju od boli. Također, medicinska sestra mjeri vitalne funkcije i uklanja čimbenike koji pojačavaju bol. Savjetuje se s liječnikom i po potrebi primjenjuje farmakološku terapiju (20).

Mučnina – Definira se kao osjećaj nelagode u gornjim dijelovima probavnog sustava koji može dovesti do povraćanja. Javlja se kao posljedica bolesti probavnog sustava, primjene lijekova, kemoterapije ili neadekvatnog smještaja bolesnika. Bolesnik se žali na mučninu, koža mu je blijeda i orošena hladnim znojem, pojavljuje se osjećaj slabosti i pojačana salivacija. Medicinska sestra će osigurati mirnu okolinu i adekvatne mikroklimatske uvjete. Važno je naglasiti bolesniku da se suzdržava od hrane za vrijeme mučnine, a kasnije se savjetuje uzimati male gutljaje vode i suhu hranu (20).

Neupućenost – Definira se kao nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu. Najčešće se javlja kao posljedica manjka iskustva i nepostojanja specifičnih znanja vezane za kolostomu. Medicinska sestra potiče bolesnika na usvajanje novih znanja (o prehrani, svakodnevnim aktivnostima) i vještina, podučava bolesnika

mijenjanju podloge i stoma vrećice i omogućava bolesniku demonstriranje specifičnih vještina (20).

3.2. Intraoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Intraoperacijsko razdoblje započinje ulaskom bolesnika u operacijsku dvoranu i završava njegovim premještanjem u sobu za buđenje. Za to vrijeme medicinska sestra : postavlja periferni venski put (ukoliko nije uveden na odjelu), primjenjuje ordinirane lijekove, prati vitalne funkcija i pruža psihičku potporu bolesniku. Medicinska sestra u intraoperacijskom razdoblju priprema bolesnika za operacijski zahvat, priprema instrumente i aparate koji su potrebni za provođenje anestezije. Za vrijeme operacije asistira kirurgu i prati stanje bolesnika. Neposredno prije odlaska bolesnika iz operacijske dvorane, medicinska sestra provjerava zavoj na operacijskom rezu radi uočavanja znakova mogućeg krvarenja. Bolesnik se premješta u sobu za buđenje gdje započinje poslijeoperacijska zdravstvena njega(16).

3.2.1. Problemi iz područja zdravstvene njege u intraoperacijskom razdoblju

Najčešći problemi iz područja zdravstvene njege u intraoperacijskom razdoblju su visok rizik za infekciju, visok rizik za pad, visok rizik za hipotermiju i visok rizik za oštećenje integriteta kože (19,20).

Visoki rizik za infekciju – definira se kao stanje u kojem je bolesnik izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima. Javlja se kao posljedica postavljanja katetera, samog kirurškog zahvata i lošeg općeg stanja bolesnika. Medicinska sestra redovito kontrolira vitalne funkcije, poštuje pravila asepsa i antiseptičke te održava setove i instrumente po standardnoj operacijskoj proceduri (19).

Visok rizik za pad – definira se kao stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti bolesnika i okoline. Javlja se kao posljedica lošeg općeg

stanja bolesnika, primjene premedikacije, neadekvatnog premještanja bolesnika i nedostatka zaštitnih pomagala. Medicinska sestra pomaže bolesniku pri premještanju na operacijski stol, koristi pomagala za premještanje, zaštitne ograde te kontinuirano prati bolesnika za vrijeme kirurškog zahvata (20).

Visok rizik za hipotermiju – definira se kao stanje u kojem imamo prisutnost čimbenika koji mogu dovesti do poremećaja tjelesne temperature. Javlja se kao posljedica dugotrajnog kirurškog zahvata, lošeg općeg stanja bolesnika i niske temperature u operacijskoj dvorani. Medicinska sestra pokriva bolesnika toplim prekrivačima, mjeri tjelesnu temperaturu i mijenja vlažno posteljno rublje (20).

Visok rizik za oštećenje tkiva – definira se kao stanje u kojem imamo prisutnost čimbenika koji mogu uzrokovati oštećenje tkiva i/ili sluznice. Javlja se kao posljedica trenja i razvlačenja tijekom kirurškog zahvata, izloženosti izlučevinama i prisilnog položaja. Medicinska sestra otklanja potencijalne uzroke oštećenja kože (vlažna posteljina), radi procjenu kože i primjenjuje pomagala i obloge (20).

3.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Poslijeoperacijsko razdoblje započinje premještanjem bolesnika u sobu za buđenje, a završava otpuštanjem bolesnika kući. Svrha poslijeoperacijske zdravstvene njege je što prije postići stanje u kojem će bolesnik samostalno zadovoljavati svoje potrebe (16). Zdravstvena njega bolesnika u poslijeoperacijskom razdoblju usmjerena je na sprečavanje i prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija te provedbu intervencija iz djelokruga rada medicinske sestre (16,21).

Nakon operacijskog zahvata, bolesnik se premješta u sobu za buđenje gdje se obavlja primopredaja bolesnika, daju informacije o mjerama koje je potrebno provesti, postavljenim drenovima, kolostomi, sondi, stanju svijesti itd. Najvažniji zadaci medicinske sestre su održavanje prohodnosti dišnog puta, praćenje vitalnih funkcija, praćenje stanja svijesti te praćenje i suzbijanje razine boli. Za vrijeme boravka u bolnici se mogu javiti poslijeoperacijske poteškoće i komplikacije (16).

Poslijeoperacijske poteškoće su mučnina i povraćanje, bol, žeđa, poteškoće sa mokrenjem, štućavica, nadutost i zastoj u radu crijeva (neaktivnost gastrointestinalnog trakta), duševne poteškoće. Najčešće komplikacije su: poslijeoperacijski hematogeni šok, urinarne infekcije, respiratorne infekcije, hematogene infekcije, intraabdominalne infekcije, infekcije uzrokovane intravaskularnim kateterima, infekcija kirurške rane te ileus. Poslijeoperacijske komplikacije mogu produžiti bolesnikov oporavak nakon operacije, ali predstavljaju i opasnost za uspješnost kirurškog zahvata (16,21).

Poslijeoperacijsko razdoblje je razdoblje prilagodbe na promjenu tjelesnog izgleda te učenje nove svakodnevne rutine mijenjanja stoma vrećice i podloge. Medicinska sestra je ključna u procesu prilagodbe i edukaciji bolesnika te svojim sestrinskim intervencijama pomaže bolesniku prihvatiti novonastalu situaciju.

3.3.1. Problemi iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju

Najčešći problemi iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju vezani su uz probleme smanjene mogućnosti brige o sebi, bolesnikovim neprihvatanju vlastitog tjelesnog izgleda, bespomoćnosti, beznađu i poremećaju seksualne funkcije (22).

Smanjena mogućnost brige o sebi (eliminacija) – Definira se kao stanje kada postoji smanjena ili potpuna nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije fecesa. Javlja se kao posljedica kirurškog zahvata i postavljanja kolostome. Medicinska sestra će napraviti plan izvođenja aktivnosti s bolesnikom, educirati bolesnika o toaleti kolostome, biti uz bolesnika tijekom toaleta kolostome, osigurati dovoljno vremena, ne požurivati bolesnika i poticati bolesnika da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima (19).

Bespomoćnost - Definira se kao stanje nedovoljnog ili nezadovoljavajućeg odnosa s okolinom. Javlja se kao posljedica gubitka tjelesne funkcije, kirurškog ožiljka, kronične bolesti i završnog dijela bolesti. Bolesnika osjeća anksioznost, beznađe, javlja se manjak motivacije i koncentracije, tuga, društvena izolacija itd. Medicinska sestra mora stvoriti osjećaj povjerenja, podučiti bolesnika na suočavanje sa stresom, poticati

ga na uključivanje u grupnu (stoma klub, stoma udruga) i obiteljsku terapiju te poticati obitelj na pružanje pomoći bolesniku (22).

Beznađe – Definira se kao emotivno stanje u kojem pojedinac ne pronalazi način donošenja odluka kako bi riješio problem ili postigao željeni cilj. Beznađe je prisutno kod kroničnih bolesti, završnog stadija bolesti, promjene tjelesnog izgleda i stresa. Kod bolesnika možemo primijetiti manjak samopouzdanja, socijalnu izolaciju te usredotočenost na prošlost, a ne na sadašnjost. Medicinska sestra mora omogućiti bolesniku prepoznavanje onih područja vlastitog života u kojima vidi nadu i smisao, potaknuti bolesnika na prepoznavanje vlastite snage i sposobnosti, pomoći bolesniku pri samozbrinjavanju (pomoć pri toaleti kolostome), poticati socijalnu interakciju bolesnika i omogućiti bolesniku sudjelovanje u stoma udrugama (22).

Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda – Definira se kao promjena u poimanju vlastitog tjelesnog izgleda. Javlja se kao posljedica kronične bolesti, kirurškog zahvata, promjene dijela tijela i gubitka funkcije tijela. Bolesnik izbjegava gledati i dodirivati područje kolostome, skriva promijenjeni dio tijela, izbjegava socijalni kontakt i osjeća se ranjivo. Medicinska sestra aktivno sluša bolesnika i potiče postavljanje pitanja o vlastitom zdravstvenom stanju, potiče bolesnika na sudjelovanje u planiranju i izvođenju zdravstvene njege, omogućava razmjenu iskustava s osobama koje su bile u sličnoj situaciji, educira bolesnika i obitelj o mogućim komplikacijama medicinskog stanja/bolesti te o situacijama u kojima je potrebno pozvati liječnika (22).

Poremećaj seksualne funkcije – Definira se kao stanje promijenjenog obrasca seksualnog funkcioniranja. Javlja se kao posljedica kirurškog zahvata i neprihvatanja vlastitog tjelesnog izgleda. Bolesnik izražava zabrinutost zbog promjene seksualnog funkcioniranja, strah od budućih ograničenja u vezi seksualnoga odnosa i nemogućnosti postizanja seksualnog zadovoljstva. Medicinska sestra će podučiti bolesnika o ograničenjima seksualnog funkcioniranja vezanim uz bolest, preporučiti zadovoljavajući položaj i poticati bolesnika i partnera na razgovor o intimnosti i zajedničkome odnosu (22).

3.4. Edukacija bolesnika s kolostomom

Bolesnici s kolostomom moraju biti upoznati sa svim pomagalima koja im mogu pomoći u zbrinjavanju njihove kolostome. Zadaća medicinske sestre je da ih poduči kako živjeti s kolostomom te kako se o njoj brinuti. To obuhvaća postavljanje i skidanje podložne pločice, mijenjanje vrećice te primjenu pomagala, edukaciju o prehrani, povratak u svakodnevni život i psihološku pomoć pri prihvaćanju novonastalog stanja.

Bolesnici s kolostomom moraju znati da njihov život ne prestaje zato što imaju stomu, oni mogu imati jednako kvalitetan život kao i osobe bez stome, što znači da mogu normalno hodati, šetati, baviti se sportom, plivati, ići na posao, družiti se sa dragim ljudima i baviti se svime onime što ih usređuje.

3.4.1 Toaleta kolostome

Toaleta kolostome je postupak koji se sastoji od higijene stoma otvora i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu te izmjene stoma podloge (baze, pločice, diska). Svrha ovog postupka je osigurati čistu i zdravu stomu i okolnu kožu, eliminaciju stolice bez komplikacija te smanjiti bolesnikovu tjeskobu i osjećaj ugroženog dostojanstva (23).

Tablica 1. Potreban pribor i materijal za toaletu stome (23)

POTREBAN PRIBOR I MATERIJAL

Kolica ili tacna

Odgovarajuće pločice, ljepilo, škariče i vrećica

Mjerač za mjerenje promjera stome

Ogledalo – kada bolesnik obavlja sam njegu

Ph neutralan sapun, topla voda, lavor, trljačice, papirnati ručnici, smotuljici gaze

Tekućina za skidanje ljepila, zaštitna krema za kožu

Jednokratne nesterilne rukavice

Posuda za nečisto, vreća za komunalni i infektivni otpad

Tablica 2. Standardizirani postupak izvođenja toaleta stome (23)

IZVOĐENJE

1.	Predstaviti se, identificirati bolesnika, objasniti postupak, dopustiti pitanja te osigurati privatnost.
2.	Oprati i posušiti svoje ruke.
3.	Bolesnika smjestiti u položaj povoljan za izvedbu postupka – ležeći ili Fowlerov položaj.
4.	Kod samoljepljivih vrećica izrezati otvor veličine stome, kod promjene podloge ako nije samodelirajuća također izrezati otvor.
5.	Obući rukavice.
6.	Skinuti staru vrećicu - ukoliko je samoljepljiva raditi vrlo oprezno zbog mogućeg oštećenja kože – jednom rukom pridržavamo kožu, a drugom nježno povlačimo vrećicu. Odložiti vrećicu u vreću za komunalni otpad.
7.	Ukloniti fekalne mase mokrom trljačicom i odložiti u vreću za otpad
8.	Oprati okolnu kožu pH neutralnim sapunom i toplom vodom te nježno posušiti kožu papirnatim ručnikom.
9.	Tekućinom ili vlažnim maramicama za skidanje ljepila očistiti kožu oko stome, odložiti u posudu za nečisto.
10.	Tubicom nanijeti ljepilo oko unutarnjeg ruba otvora pločice i pričvrstiti pločicu na kožu.
11.	Sastaviti vrećicu s prstenom na pločicu i provjeriti prijanjanje
12.	Svući rukavice, dezinficirati i posušiti ruke.
13.	Obući čiste rukavice i rasprijeti pribor i upotrijebljeni materijal (vreće infektivnog i komunalnog otpada iznijeti iz bolesnikove sobe u prostor za nečisto).
14.	Svući rukavice, oprati i posušiti ruke te evaluirati i dokumentirati postupak i stanje bolesnika.

3.4.2. Prehrana bolesnika u poslijeoperacijskom razdoblju

Prehrana je kritični čimbenik u poslijeoperacijskom razdoblju. Raznovrsnom i izbalansiranom prehranom reguliramo stolicu i smanjujemo rizik od kasnih komplikacija. Kod bolesnika s kolostomom moguća je pojava sindroma skraćenog

crijeva, što označava skup simptoma koji se pojavljuje kao posljedica resekcije crijeva, može dovesti do dehidracije i smanjene apsorpcije hranjivih tvari (16).

Temeljna načela dijeta su (24):

- veći broj manjih obroka tijekom dana
- izbjegavanje kasnih obroka (nakon 19 sati)
- smanjeni unos masti i vlakana
- odmoriti se nakon obroka
- izbjegavanje hrane koja izaziva nadutost i vjetrove.

Odabir određenih namirnica može imati utjecaja na konzistenciju stolice, broj stolica, razvoj neugodnih mirisa i nadutosti. Poželjno je voditi dnevnik prehrane uz evidenciju neugodnih smetnji kako bi se utvrdila podnošljivost namirnica. Bolesnici s kolostomom moraju jesti polagano, u redovitim, čestim i malim obrocima, dobro žvakati te izbjegavati žvakaće gume i pušenje. Osnovni cilj ove dijeta je korištenje preostale funkcije crijeva (24).

Tablica 3. Utjecaj namirnica na razvoj neugodnih mirisa (24)

Smanjuju razvoj neugodnih mirisa	Uzrokuju neugodan miris stolice
peršin	kelj
zelena salata	grah
brusnice	šparoge
borovnice	gljive
đumbir	luk
jogurt	češnjak
špinat	vlasac
sok od naranče	jaja i proizvodi od jaja
rajčice	meso i mesni proizvodi
	riba i riblji proizvodi
	zreli i aromatični sirevi
	jaki začini

Tablica 4. Utjecaj namirnica na broj i konzistenciju stolica (24)

Smanjuju broj stolica, pomažu kod formiranja stolice	Povećavaju broj stolica i izazivaju mekšu stolicu (pomoć kod opstipacije)
banane ribane jabuke s korom grožđice sušene borovnice sok borovnica bijeli, graham i kruh od pira, suhi kruh i dvopek bijela riža tjestenina zobene pahuljice griz tapioka čajevi (crni, zeleni, od lista borovice, maline, oraha, kupine, ploda šipka) kuhani krumpir i mrkva bundeva čokolada kakao prah kakao na vodi tvrdi sir orašasti plodovi kokosovo brašno maslac od kikirikija	voda voda obogaćena magnezijem pića s kofeinom nerazrijeđeni sokovi svježe povrće kelj luk mahunarke grah špinat lanene sjemenke sok i kompot od šljiva sok kiselog kupusa salate sirovo voće smokve sušene šljive sok i kompot salate sirovo voće smokve sušene šljive
namirnice bogate pektinom (ribana jabuka, marelice, banane, jagode, brusnice, kupine, dunja, mrkva i povrće općenito)	(neželjeno povećanje broja stolica izazivaju: nikotin, alkoholna pića, pivo, pića s kofeinom, jaki začini, jako pečena jela, sladila poput sorbitola) integralni proizvodi od žitarica napitci s probioticima biljni čajevi (list sene, krkovine),

Tablica 5. Utjecaj namirnica na nadutost (24)

Smanjuju nadutost	Mogu pojačati nadutost
borovnica	gazirana pića
brusnica i njihovi sokovi	pjenušac
kim, ulje kima	pivo
čaj od kima	mošt
crni kim	pića s kofeinom
komorač	svježe voće
bosiljak	kruške
lovor	rabarbara
mažuran	mahunarke
menta	kelj
ružmarin	paprika
stolisnik	luk
čaj od komorača	češnjak
jogurt	gljive
plod anisa	svježe pečeni kruh
	bučine koštice
	jaja
	majoneza
	žvakaće gume
	mlijeko

Tablica 6. Savjeti za prehranu bolesnika s kolostomom (nakon 8-12 mjeseci od operacije) (24)

Skupina namirnica	Preporučene namirnice u umjerenim i uravnoteženim količinama i način pripreme
Kruh i žitarice	Sve vrste kruha, krušnih proizvoda, krupica i tjestenine poželjno od cjelovitog zrna (pšenica, pir, raž, kukuruz, proso, riža, heljda, ječam itd), kuhane i pirjane žitarice
Mlijeko	Mlijeko, skuta, sirutka, mladi svježi sirevi (obrani i punomasni), jogurt, kiselo mlijeko, acidofil i ostali mliječni proizvodi s dodatkom probiotika i prebiotika, umjerene količine vrhnja, topljenih i punomasnih tvrdih sireva, napitci od zobi, badema, soje, riže
Jaja	Kuhana, poširana i pečena jaja ili u kombinaciji s drugim namirnicama u jelima
Meso	Kuhano, pirjano u vlastitom soku ili pečeno meso - poželjno teletina, junetina, govedina, janjetina i perad, umjerene količine mesnih proizvoda s manje masti i manje soli, izbjegavati pohanje i pečenje na otvorenoj vatri (roštilj)
Riba	Bijela i plava riba, kuhana, pirjana ili na naglo pečena bez kože uz dodatak maslinovog ulja nakon pečenja ili kuhanja, umjerene količine ribljih proizvoda s manje masti i soli
Povrće	Krumpir, batat, čičoka, lisnato povrće, korjenasto povrće (cikla, mrkva, koraba i sl.), dobro kuhani kupus, kelj, brokula, prokulice, grašak, mahune, slanetak, grah (prije kuhanja namočiti, tijekom kuhanja mijenjati vodu, dodati začine poput kima i lovora, pasirati nakon kuhanja)
Voće	Sve vrste svježeg i kuhanog ili pečenog voća, kompoti, sušeno voće
Masnoće	Maslinovo ulje, laneno, bučino, konopljino, suncokretovo hladno prešano ulje, kokosovo ulje, u umjerenim količinama maslac, vrhnje, domaća svinjska mast
Začini	Sol, limun, svježe i sušeno začinsko bilje (lovor, ružmarin, ljupčac, majčina dušica, bosiljak i sl.)

3.4.3. Svakodnevne aktivnosti bolesnika s kolostomom

Bolesnici su uvjereni da nakon kirurškog zahvata moraju promijeniti životne aktivnosti i navike. Pravilnom edukacijom i potporom bolesnik će se vratiti svojem svakodnevnom životu. Stoma vrećica su priljubljene uz tijelo, ne proizvodi zvukove i sigurna je od mirisa filterima. Povratak na posao ovisi o zdravstvenom stanju i stupnju samostalnosti bolesnika (5).

3.4.3.1. Aktivnosti i sport

Većina bolesnika se prestaje baviti svakodnevnim aktivnostima poput bavljenja sporta, plivanja, putovanja, vožnje bicikle radi straha kako će stoma utjecati na te aktivnosti. Stoma nije razlog za prestanak tih aktivnosti. Osobe s kolostomom se mogu normalno tuširati sa ili bez vrećice. Mogu ići na plažu kao i svi ostali koristeći neprozirnu i vodootpornu vrećicu ili čak koristeći stoma kapu (5).

Bolesnicima se preporuča tjelesna aktivnost radi regulacije probave. Tjelesna aktivnosti potiče peristaltiku i dovodi do smanjenja tjelesne težine što olakšava njegu stome. Poželjno je izbjegavati kontaktne sportove poput boksa, hrvanja i nogometa zbog moguće povrede stome. Putovanja ne bi trebala biti na zabranjenoj listi. Bolesnik sa sobom na putovanje nosi set za njegu u kojem mora biti dovoljno pomagala za cijeli boravak (5).

3.4.3.2. Seksualni život bolesnika

Stoma ne predstavlja prepreku za spolni odnos. Potrebno je potaknuti bolesnika da izrazi svoje strahove vezane za seksualnu disfunkciju kako bismo mu mogli objasniti da promjenom položaja i dobrim odnosom s partnerom je moguć normalni seksualni život. Trebaju podijeliti svoje osjećaje s voljenom osobom te odgovoriti na njegovu ili njezinu nelagodu i zabrinutost (5).

Za vrijeme spolnog odnosa se mogu koristiti mini vrećice, stoma kapa ili se samo postavi nova vrećica kako bi bolesniku i partneru/partnerici bilo što ugodnije. Bolesnicima najviše odgovara bočni položaj jer će vrećica skliznuti niz tijelo i neće postaviti između bolesnika i partnera/partnerice. S vremenom, uz razumijevanje i prilagodbu će oboje moći uživati u spolnim odnosima (5).

U najtežim slučajevima nakon resekcije crijeva muškarci ne mogu postići erekciju, a žene mogu osjetiti nelagodu za vrijeme seksualnog odnosa zbog smanjene vlažnosti vagine i suženja vaginalnog otvora. Ukoliko se jave problemi, potrebno se savjetovati s liječnikom (5).

3.4.3.3. Odijevanje

Bolesnicima je važno dati do znanja da nije potrebno kupovati novu odjeću. Stoma vrećice i pomagala su tanka i priljubljena uz tijelo te nisu vidljiva ispod većine odjevnih predmeta. Ipak, potrebno je pripaziti ako remen i rub hlača pritišće stomu i izbjegavati nošenje odjeće užeg kroja (5).

3.4.4. Psihološka potpora

Za život s kolostomom su potrebne prilagodbe. Bolesnici se suočavaju sa samim sobom, svojim izgledom i najčešće nemogućnosti prihvaćanja novog izgleda (5). Važno je naglasiti bolesniku da bude strpljiv. Teško je odmah nakon kirurškog zahvata prihvatiti novi izgled i trebaju si dati vremena da bi postigli osjećaje kao i prije. Ponekad se bolesnici izoliraju i tako previše razmišljaju o novonastaloj situaciji. Za njih bi bilo dobro da se aktiviraju i bave kreativnim radom (čitanje, pisanje itd). Ove aktivnosti usmjeravaju um na druge stvari koje usrećuju bolesnika (5).

Također, važno je da bolesnik razgovara o svojim osjećajima, bilo to s bližnjima, osobom koja vas neguje ili drugim bolesnicima s kolostomom. Tu veliki utjecaj imaju stoma terapeuti i stoma klub (5).

3.3.4.1. Stoma terapeut

Stoma terapeut je visoko obrazovana medicinska sestra / medicinski tehničar koji je stručan u području enterostomalne zdravstvene njege. Stoma terapeut je dio multidisciplinarnog tima koja je kontinuirano uz bolesnika, od postavljanja dijagnoze do rehabilitacije (5). Stoma terapeut je zadužen za edukaciju bolesnika i obitelji o njezi stome i okolini, prehrani, daje savjete vezane za tjelesnu aktivnost, seksualni odnos, putovanja, uzimanje lijekova i povratak na posao. Stoma terapeut također potiče bolesnika na učlanjivanje u stoma klub (5).

3.5. Stoma klub i stoma udruga

Stoma klubovi su zajednice osoba sa stomom u kojima je omogućena razmjena iskustva vezanih za stomu i zajedničko rješavanje svakodnevnih problema. Ovakav oblik psihološke pomoći dovodi do bržeg oporavka, a samim time pridonosi kvaliteti života. Stoma klub u sklopu KBC-a Split se nalazi na „Križinama“, a sastanci se održavaju srijedom od 10-12 sati. Članovi kluba su osobe sa stomom (ileostoma, kolostoma, urostoma) (5).

Veliku pomoć uz stoma terapeuta i stoma klubove pruža stoma udruga. Stoma udruga osnovana je 1983. godine pod nazivom CRO ILCO. Udruga preko svoje stranice daje pristup brojnim informacijama koje uveliko pomažu ne samo novim članovima, već i dugotrajnim korisnicima pomagala. Na sastancima im daju upute vezane za mirovinsko i zdravstveno osiguranje, socijalnu skrb i upoznaju ih s pravima osoba s invaliditetom. U suradnji sa sponzorom Stoma medical d.o.o. objavljuju časopis Ruka nade (1).

3.5.1. Prava bolesnika sa stomom

Svaki bolesnik sa stomom ima pravo na besplatnu uporabu ortopedskih pomagala prema Pravilniku o ortopedskim pomagalima (25). Novo operiranim bolesnicima se

prije otpusta iz bolnice daje komplet stoma pomagala. Vršiti se edukacija bolesnika i članova njegove obitelji u korištenju stoma pomagala i njezi stome (1).

Na otpusnom pismu kirurg piše preporuku za stoma pomagala koje bolesnik može nabaviti bez ikakvih troškova preko HZZO-a, dok medicinska sestra piše sestrinsko otpusno pismo u kojem navodi sestrinske probleme te potreban materijal i pomagala za zbrinjavanje kolostome. Radi se procjena tjelesnog oštećenja i ukoliko je bolesnik dobio trajnu stomu, izlaskom pred Komisiju HZMO za procjenu tjelesnog oštećenja ostvaruje se oštećenje prema vrsti stome (1):

- kolostoma 80% tjelesnog oštećenja
- ileostoma 80% tjelesnog oštećenja
- urostoma 70% tjelesnog oštećenja

4. ZAKLJUČAK

Edukaciju o kolostomama i životu s kolostomom izvode medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite te je rad medicinskih sestra u edukaciji i zdravstvenoj njezi bolesnika s kolostomom ključan. Medicinska sestra je prva koja se brine o bolesniku pružajući mu fizičku i psihičku potporu, ali njezina najvažnija uloga je provođenje dobre edukacije kako bi pacijent postigao što veću kvalitetu života. Medicinska sestra edukacijom bolesnika doprinosi bržem poslijeoperacijskom oporavku. Bolesnici su kraće u bolnici, primjenjuje se manji broj analgetika te se poboljšava kvaliteta života.

Prijeoperacijsko markiranje stome još uvijek nije rutinska procedura u Hrvatskoj. Diljem svijeta se provodi u svrhu sprečavanja poslijeoperacijskih poteškoća i podizanja kvalitete života te bi trebalo biti neophodno u prijeoperacijskoj pripremi. Prijeoperacijskim markiranjem smanjuje se hospitalizacija za otprilike 4-5 dana. Prilikom markiranja stome veliku ulogu ima stoma terapeut koji tijekom tog postupka prvi put educira bolesnika postavljanju i mijenjaju stoma podloge i vrećice.

U Hrvatskoj imamo nedostatak enterostomalnih terapeuta. Pri Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, provodi se program cjeloživotnog obrazovanja za stjecanje kompetencija medicinskih sestara iz područja enterostomalne terapije. Međutim, to nije dovoljno. Potrebno je omogućiti naobrazbu medicinskih sestra u cijeloj Hrvatskoj te podignuti razinu svijesti o važnosti edukacije bolesnika s kolostomom.

5. LITERATURA

1. Savez invalidskih ILCO društava Hrvatske [Internet]. Rijeka: Organizacija; c2016–2019 [pristupljeno 24 listopada 2019.]. O savezu; [za 1 preglednik]. Dostupno na: <http://www.ilco.hr/>
2. Jalšovec-Andreis I. Anatomija i fiziologija, Školska knjiga, Zagreb 2008.
3. Bajek S, Bobinac D, Jerković R, Malnar D, Marić I. Sustavna anatomija čovjeka. Digital point tiskara d.o.o, Rijeka 2007.
4. Prpić I. Kirurgija za više medicinske škole, Medicinska naklada, Zagreb 2009.
5. Stoma Medical d.o.o. [Internet] .Zagreb: Tvrtka; c2019 [pristupljeno 25 listopada 2019.]. Za pacijente; [oko 2 preglednika]. Dostupno na: <https://stoma-medical.hr/pacijente/>
6. Rogina V, Muk B, Prlić N. Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb 2005.
7. Štulhofer M. Kirurgija probavnog sustava, Medicinska naklada, Zagreb 1999.
8. Mihovilić Ž. Edukacija bolesnika o životu sa stomom [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2016: [pristupljeno 25 listopada 2019.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:614438>
9. Crljenica S.: Kontinuirana zdravstvena skrb bolesnika sa crijevnom stomom, [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2018: [pristupljeno 25 listopada 2019.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:139948>
10. wctn.org [Internet]. Washington, DC, Organizacija; cWorld Council of Enterostomal Therapists [pristupljeno 25 listopada 2019.]. History; [za 1 preglednik]. Dostupno na: <https://www.wctn.org/history>
11. Fakultet zdravstvenih studija Rijeka [Internet]. Rijeka: Obrazovna ustanova; c2014-2020 [pristupljeno 25 listopada 2019.]. Cjeloživotno obrazovanje; [oko 3 preglednika]. Dostupno na: <https://www.fzsri.uniri.hr/hr/cjelozivotno-obrazovanje/stjecanje-kompetencija-medicinskih-sestara-iz-podrucja-enterostomalne-terapije.html>
12. Broz-Budisavljević-Franković S. Zdravstvena njega 3, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
13. Miše S, Hozo I. Hitna stanja u gastroenterologiji, Hrvatsko gastroenterološko društvo, Split 1998.

14. Kim J T, Kumar R R. Reoperation for stoma-related complications. Clin Colon Rectal Surg [Internet]. 2006 [pristupljeno 26 listopada 2019.]: 19(4): 207–212.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780121/>
15. Coloplast A/S [Internet] Zagreb: c2001 [pristupljeno 26 listopada 2019.]
Dostupno na: <https://www.coloplast.hr/>
16. Prlić N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika-opća, Školska knjiga , Zagreb 2014.
17. Brand M I, Dujovny N. Preoperative Considerations and Creation of Normal Ostomies. Clin Colon Rectal Surg. [Internet]. 2008; [pristupljeno 26 listopada 2019.]: 21(1): 5–16.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780193/>
18. Pongrac R.: Stoma-izazov u abdominalnoj kirurgiji [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2016. [pristupljeno 26 listopada 2019.].
Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:156208>
19. Šepec S. i sur.: Sestrinske dijagnoze. [Internet] Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2011. [pristupljeno 28 listopada 2019.] Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
20. Kadović M. i sur.: Sestrinske dijagnoze 2. [Internet] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb 2013. [pristupljeno 28 listopada 2019.] Dostupno na: https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf
21. Lisjak Đ i sur. Uloga instrumentarke kod operacija debelog crijeva s mehaničkim šavovima. Glasnik medicinskih sestara, tehničara i primalja kliničke bolnice Sveti Duh [Internet]. 2011. [pristupljeno 27 listopada 2019.]
Dostupno na: https://www.kbsd.hr/sites/default/files/CasopisMojGlas/Moj_Glas.pdf
22. Aldan A.D. i sur.: Sestrinske dijagnoze 3. [Internet] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb 2015. [pristupljeno 28 listopada 2019.]
Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf

23. Šepec S. i sur.: Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, [Internet] Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2010. [pristupljeno 27 listopada 2019.] Dostupno na:
http://www.hkms.hr/data/1316431523_388_mala_stand.postupci-kompletno.pdf
24. Obrovac Glišić M, Božac K. Prehrana za pacijente sa stomom [Internet] , Rijeka, 2014. [pristupljeno 27 listopada 2019.]. Dostupno na:
<http://kbc-rijeka.hr/docs/PREHRANA%20ZA%20PACIJENTE%20SA%20STOMOM.pdf>

6. SAŽETAK

Stoma je kirurški otvor načinjen na trbušnoj stijenci koji zamjenjuje funkcije probavnog ili urinarnog sustava kada bolesnik ne može uzimati hranu prirodnim putem, urinirati ili imati defekaciju. Indikacije za postavljanje stome mogu biti: upalni procesi probavne cijevi, benigni i maligni tumori, ozljede probavne cijevi, akutni abdomen, privremena ili stalna potreba za isključivanjem dijela crijeva. Komplikacije nastaju zbog lošeg anatomskeg položaja stome, neadekvatne njege ili/i nepravilne kirurške tehnike. Prijeoperacijsko razdoblje počinje odlukom za kirurški zahvat i završava premještanjem bolesnika u operacijsku dvoranu. Obuhvaća psihičku i fizičku pripremu, pripremu probavnog sustava, edukaciju bolesnik i prijeoperacijsko markiranje stome. Najčešći problemi iz područja zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju su anksioznost, strah, bol, mučnina i neupućenost. Intraoperacijsko razdoblje započinje ulaskom bolesnika u operacijsku dvoranu i završava njegovim premještanjem u sobu za buđenje. Medicinska sestra u intraoperacijskom razdoblju priprema bolesnika za operacijski zahvat, priprema instrumente i aparate koji su potrebni za provođenje anestezije. Poslijeoperacijsko razdoblje započinje premještajem bolesnika iz sobe za buđenje, a završava otpuštanjem bolesnika kući. Obuhvaća edukaciju bolesnika i zdravstvenu njegu. Najčešće problemi iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju vezani su smanjena mogućnost brige o sebi, bespomoćnost, beznade, neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda i poremećaj seksualne funkcije. Zadaća medicinske sestre je da ih poduči kako živjeti sa stomom te kako se o njoj brinuti. To obuhvaća postavljanje i skidanje podložne pločice, mijenjanje vrećice te primjenu pomagala, edukaciju o prehrani, povratak u svakodnevni život i psihološku pomoć pri prihvaćanju novonastalog stanja.

7. SUMMARY

Stoma is a surgical opening made on the abdominal wall that replaces the functions of the digestive or urinary tract when the patient cannot take food naturally, urinate, or have defecation. Indications for stoma placement may be: inflammatory processes of the digestive tube, benign and malignant tumors, injuries of the digestive tube, acute abdomen, temporary or permanent need to exclude a portion of the bowel. Complications are due to poor anatomical position of the stoma, inadequate care or / and incorrect surgical technique. The preoperative period begins with the decision for surgery and ends with the transfer of patients to the operating room. It covers mental and physical preparation, digestive system preparation, patient education and preoperative stoma marking. The most common health care problems in the preoperative period are anxiety, fear, pain, nausea, and ignorance. The intraoperative period begins with the patient entering the operating room and ends with his transfer to the waking room. The nurse in the intraoperative period prepares the patient for surgery, prepares the instruments and apparatus needed to perform the anesthesia. The postoperative period begins with the transfer of the patient from the waking room and ends with the discharge of the patient home. Includes patient education and health care. The most common problems in the field of health care in the postoperative period are related to reduced ability to take care of oneself, helplessness, hopelessness, rejection of one's physical appearance and impaired sexual function. The nurse's job is to teach them how to live with and care for their stomata. This includes installing and removing the pad, changing the bag and applying supplies, nutrition education, a return to daily life, and psychological help in accepting the new condition.

8. ŽIVOTOPIS

OSOBNNE INFORMACIJE:

Ime i prezime: Kristina Jurišić

Datum rođenja: 07.02.1997., Split

E-mail: kristina.jurisc72@gmail.com

PODACI O OBRAZOVANJU:

2003. – 2011. Osnovna škola Dobri, Split

2011. – 2016. Zdravstvena škola Split - medicinska sestra opće zdravstvene njege.

2016. – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija – Preddiplomski studij sestrinstva

RADNO ISKUSTVO:

2016. (1.-31.kolovoza) Radila kao medicinska sestra opće zdravstvene njege u ambulanti obiteljske medicine u sklopu tima Dr. Jasne Dragojević.

STRANI JEZICI:

Engleski jezik – govor i pisanje.

RAD NA RAČUNALU:

Aktivno koristi MS office paket.