

Postoperativna zdravstvena njega bolesnika sa karcinomom debelog crijeva

Puizina, Dora

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:176:841455>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-13**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Dora Puizina

**POSTOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA
BOLESNIKA SA KARCINOMOM DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad

Mentor:

Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Dora Puizina

**POSTOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA
BOLESNIKA SA KARCINOMOM DEBELOG CRIJEVA**

**POSTOPERATIVE NURSING CARE OF PATIENTS
WITH COLON CANCER**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2022.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: dr. sc. Ante Buljubašić mag. med. techn.

Postoperativna zdravstvena njega bolesnika sa karcinomom debelog crijeva

Dora Puizina, 41478

SAŽETAK

Karcinom debelog crijeva predstavlja veliki javni i zdravstveni problem, a liječenje istog uključuje operaciju koja se provodi na debelom crijevu. Oporavak pacijenta nakon operacije debelog crijeva prvenstveno ovisi o stadiju bolesti, predoperativnoj edukaciji i pripremi bolesnika, vrsti i tehnici operativnog zahvata te postoperativnoj zdravstvenoj njezi. Glavna medicinska sestra, kao voditeljica i koordinatorica zdravstvene njege i skrbi pacijenta, vlastitim znanjima ima mogućnost pozitivnog utjecaja na prihvat bolesti i provođenje pacijenta kroz adekvatne pripreme i edukacije za daljnji novi način života. Moderno sestrinstvo u okvirima ubrzanog oporavka iza operacije program skrbi za pacijenta treba usmjeriti na pružanje usluga pacijentima davanjem informacija u svezi s perioperativnim razdobljem, socijalnom i psihološkom podrškom, savjetovanjem o zdravstvenoj njezi u kući, te postupcima u slučaju komplikacija.

Postoperativni oporavak pacijenta ubrzao se razvitkom minimalno invanzivnih tehnika operacije što rezultira skraćenim boravkom u zdravstvenim ustanovama nakon samog operacijskog zahvata te se pacijenta nastoji vrlo brzo, nakon same operacije, pripremiti na samostalan život. Brzi oporavak predstavlja izazov za sestrinstvo gdje sestre, kao koordinatori i organizatori zdravstvene skrbi, moraju znati odgovore na postavljene izazove kako bi svojim kompetencijama i znanjem omogućile što lakši i brži oporavak pacijenta.

Ključne riječi: karcinom; debelo crijevo; zdravstvena njega; postoperativna njega.

Rad sadrži: 36 stranica, 1. slika, 22 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR'S THESIS

University of Split

University Department for Health Studies

University undergraduate study of nursing

Scientific area: Biomedicine and health

Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Ante Buljubašić, Master of Nursing

Postoperative nursing care of patients with colon cancer

Dora Puizina, 41478

SUMMARY

Colon cancer is a major public and health problem, and its treatment includes surgery on the colon. Patient recovery after colon surgery primarily depends on the stage of the disease, preoperative education and preparation of the patient, type and technique of the operative procedure, and postoperative health care. The head nurse, as the manager and coordinator of health care and patient care, has the ability to have a positive influence on the acceptance of the disease and the treatment of patients through adequate preparations and education for a further new way of life, with her own knowledge. Modern nursing within the framework of accelerated recovery after surgery, the patient care program should focus on providing services to patients by providing information regarding the perioperative period, social and psychological support, counseling on health care at home, and procedures in case of complications.

The postoperative recovery of the patient has been accelerated by the development of minimally invasive surgery techniques, which results in a shortened stay of the patient in health institutions after the operation itself, and the patient is tried to prepare for an independent life very quickly after the operation itself. Quick recovery is a challenge for nursing, where nurses, as coordinators and organizers of health care, must know the answers to the set challenges in order to use their competences and knowledge to facilitate the patient's recovery as easily and quickly as possible.

Keywords: cancer; colon; health care; postoperative care.

Thesis contains: 36 pages, 1 figure, 22 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SAŽETAK	I
SUMMARY	II
1. UVOD.....	1
1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA	3
1.2. UZROK NASTANKA BOLESTI	5
1.3. FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK BOLESTI.....	6
1.4. DIJAGNOZA KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA.....	7
1.5. SIMPTOMI BOLESTI	8
1.6. FIZIKALNI I LABORATORIJSKI PREGLED	10
1.7. ENDOSKOPSKA DIJAGNOSTIKA BOLESTI	11
1.8. LIJEČENJE KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA.....	12
1.9. OPERATIVNO LIJEČENJE	13
1.10 . ZDRAVSTVENA NJEGA.....	14
2. CILJ RADA	15
3. RASPRAVA.....	16
3.1. POSTOPERATIVNI PERIOD	16
3.2. POSTOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA KARCINOMOM DEBELOG CRIJEVA.....	17
3.3. PRVI POSTOPERATIVNI DAN.....	18
3.3.1. Sestrinski problemi	20
3.3.1.1. <i>Akutna bol</i>	20
3.3.1.2. <i>Visok rizik za infekciju</i>	20
3.3.1.3. <i>Smanjena mogućnost brige o sebi</i>	21
3.3.2. Sestrinsko medicinski problemi.....	21
3.3.2.1 <i>Visok rizik za krvarenje</i>	21
3.3.2.2. <i>Visok rizik za nastanak hipovolemijskog šoka</i>	22

3.4.	DRUGI POSTOPERATIVNI DAN.....	22
3.4.1.	Sestrinski problemi	23
3.4.1.1.	<i>Smanjeno podnošenje napora</i>	23
3.4.1.2.	<i>Poremećaj self imagea</i>	23
3.4.1.3.	<i>Visok rizik za pad</i>	24
3.4.2.	Sestrinsko medicinski problemi.....	25
3.4.2.1.	<i>Visok rizik za dehiscijenciju rane</i>	25
3.4.2.2.	<i>Visok rizik za anemiju</i>	25
3.5.	TREĆI POSTOPERATIVNI DAN	25
3.5.1.	Sestrinski problemi	26
3.5.1.1.	<i>Socijalna izolacija</i>	26
3.5.1.2.	<i>Poremećaj spavanja</i>	27
3.6.	ČETVRTI POSTOPERATIVNI DAN.....	27
3.6.1.	Sestrinski problemi	28
3.6.1.1.	<i>Strah</i>	28
3.6.1.2.	<i>Nisko samopoštovanje</i>	28
3.7.	POSTOPERATIVNE KOMPLIKACIJE.....	29
3.8.	ŽIVOT PACIJENTA NAKON OTPUSTA	30
4.	ZAKLJUČAK.....	32
5.	LITERATURA	33
6.	ŽIVOTOPIS.....	Error! Bookmark not defined.

1. UVOD

Najčešća maligna bolest sadašnjice, koja obuhvaća probavni sustav, zasigurno je karcinom debelog crijeva koji ima veliku učestalost te je česti uzročnik smrtnosti u razvijenim zemljama. U Sjedinjenim Američkim Državama, Zapadnoj Europi i Australiji karcinom debelog crijeva, svojom visokom učestalosti, predstavlja poprilično ozbiljan problem u zdravstvu (1). Valja naglasiti kako u Republici Hrvatskoj, kao i u ostatku svijeta, u zadnjih deset godina dolazi do porasta broja osoba koje su oboljele ili umrle od raka debelog crijeva. Do navedenih spoznaja doveo je razvoj moderne i bolje dijagnostike te bolji nadzor oboljelih pacijenata (2).

Akademija medicinskih znanosti u svom je ljetopisu, kojeg je objavila u 2018-oj godini, navela kako se karcinom obično javlja kao posljedica prvenstveno genetskog poremećaja te da se čak u 80% slučajeva razvijaju u adenomatozni polip (2). No, valja naglasiti kako i neki drugi faktori mogu utjecati na pojavu karcinoma debelog crijeva, a to su prije svega neadekvatna prehrana u kojoj se pretjeruje s unosom dimljenog i crvenog mesa te pušenje ili konzumacija alkohola. Po svojoj pojavnosti karcinom debelog crijeva nalazi se na drugom mjestu u 2014. godini. U toj godini ima čak 327 novooboljelih osoba, a na drugom mjestu se nalazi i po smrtnosti u 2015. godini i to sa brojem od 2056 umrlih osoba koje su predhodno od istog oboljele. Razlog tomu leži u spoznaji kako ljudi kasno odlaze k liječniku te nemaju adekvatno i dovoljno znanje o mogućnostima ranog otkrivanja bolesti kao niti njegove prevencije. Prema rezultatu od petogodišnjeg preživljenja oboljelih od raka debelog crijeva, Hrvatska se nalazi na petom mjestu među zemljama članicama Europske Unije, a što se tiče samog preživljavanja karcinoma debelog crijeva Hrvatska je zauzela sedmo mjesto (2).

Dostupni podaci vode do zaključka kako je nužno aktivno provoditi javne akcije u svrhu smanjivanja oboljenja od raka debelog crijeva, kao i provoditi kvalitetne programe probira.

Nacionalni program za rano otkrivanje raka debelog crijeva, koje su Republika Hrvatska i njena Vlada prihvatili 2007. godine usmjerio se na rano otkrivanje prezlodudnih tvorbi te raka debelog crijeva u ranim fazama bolesti kada je liječenje uspješnije, a sama prognoza bolesti bolja.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva obuhvaća ljudsku populaciju između 50 i 74 godine s prosječnim rizikom za razvoj karcinoma debelog crijeva. Test koji se provodi s ciljem probira ciljane populacije je test okultnog krvarenja u stolici. Svi koji dobiju pozitivan nalaz dalje se upućuju na provedbu kolonoskopije koja se u sklopu ovakvog vida probira smatra zlatnim standardom prilikom otkrivanja uzorka krvarenja te svih drugih patoloških promjena u stolici (2). Prilikom provedbe Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka na debelom crijevu u Hrvatskoj se otkrio izuzetno veliki broj pacijenata koji su imali neki vid promjene na debelom crijevu i to prvenstveno u vidu karcinoma ili polipa. Navedeni rezultati dali su za zaključiti kako Nacionalni program uvelike doprinosi preveniranju nastanka karcinoma debelog crijeva te kako upravo on ima veliki utjecaj na poboljšanje zdravlja čitave zajednice (2).

Zadnjih nekoliko desetaka godina načini liječenja karcinoma debelog crijeva uvelike su se promijenili pa se prije pedeset godina rak liječio isključivo kirurškim putem dok se danas prognoza liječenja postiže kao rezultat multidisciplinarnog pristupa koji pritom uključuje:

- moderan oblik dijagnostike,
- dobre predoperativne klasifikacije tumora,
- onkološke terapije prije operativnog zahvata, a sve prema procjenama multidisciplinarnog tima,
- predoperativne edukacije pacijenta,
- predoperativne pripreme pacijenta,
- kirurške tehnike koje su prilagođene vrsti bolesti i samom pacijentu,
- adekvatne postoperativne skrbi i njege pacijenta,
- kvalitetnu rehabilitaciju,
- onkološke terapije nakon provedbe kirurškog liječenja, a sve prema procjenama multidisciplinarnog tima (2).

Prilikom liječenja karcinoma debelog crijeva sve češće se primjenjuje laparoscopska operacija kao metoda izbora. Ukoliko postoji određena kontraindikacija primjenjuje se neki drugi kirurški oblik (3). S razvojem minimalno invazivne kirurgije stvara se mogućnost daljnjeg odabira pristupa operativnom zahvatu. Danas doktori biraju između laparoskopije i otvorenog operativnog zahvata (4).

1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA

Debelo crijevo ili kolon dugo je u približno od 135 do 150 centimetara, s promjerom širine od 7,5 centimetara, a započinje sa ileocekalnom valvulom te završava anusom. Podijeljeno je na:

- „cekum,
- kolon ascedens,
- kolon transverzum,
- kolon descedens,
- kolon sigmoideum,
- rektum. “

„Ileocekalna valvula priječi refluks sadržaja iz kolona u ileum. Cekum je mobilan, promjera je od 7 do 9 cm. Na donjoj strani medijalnog dijela cekuma se nalazi crvuljak *apendix vermiformis*.“ (4). Slijepo crijevo okreće se prema gore te dalje nastavlja svoj put uzlaznim kolonom koji ide prema gore sve do ispod jetre te preko hepatične fleksure prelazi u poprečni kolon. „Poprečni kolon je dug od 35 do 50 centimetara, proteže se preko trbuha te je mobilan. Često se spušta do zdjelice. U nastavku poprečni kolon preko lijenalne fleksure prelazi u silazno debelo crijevo koje je dugo 20 do 25 centimetara, a nakon toga prelazi u sigmoidni kolon. Sigmoidni kolon ima oblik slova S i dug je od 10 do 30 centimetara. Mobilna sigma se nastavlja u fiksirani rektum dug oko 16,5 cm.“ (4).

Nadalje ravno debelo crijevo koje se nalazi ispred križne kosti tvori oblik zavoja i završava sa proširenjem koje se naziva *ampulla recti*, a prema van se otvara crijevnim otvorom odnosno anusom (3).

Anus se sastoji od unutarnjeg i vanjskog sfinktera, dok je unutarnji građen od glatkih mišića i na njega se ne može utjecati voljno, vanjski je dio ipak pod utjecajem volje odnosno on se može voljno opuštati i stezati te se na taj način može kontrolirati nagon za defekacijom (3). „Inervacija debelog crijeva je simpatička i parasimpatička. Parasimpatikus potiče, a simpatikus inhibira peristaltiku.“ (4).

Ono što je iznimno važno je vaskularizacija debelog crijeva posebice ukoliko dođe do operacije, jer naime slijepo crijevo, uzlazni kolon i proksimalni dio transferzalnog kolona opskrbljeni su od strane gornje mezenterične arterije dok je donja mezenterična arterija distalan dio od tranferzuma, splenične fleksure silaznog kolona i sigme. Najveći dio svih vena debelog crijeva skuplja se u venu portu (4).

Limfa i limfni sustav nastoje pratiti odgovarajuće arterije pa se tako glavni limfni čvorovi nalaze uzduž gornje i donje mezenteričke arterije. Ispod samog mišića nalazi se submukoza koja ima bogatu limfnu mrežu (4). Dio sluznice koji je najvažniji, s kliničkog gledišta, je lamina muskularis mucosae. Naime sluznica nema limfne mreže, stoga karcinom koji nije probio laminu muskularis nije u mogućnosti da metastazira putem limfi (4). Debelo se crijevo uvelike razlikuje od tankog po tome što je šire te je s vanjske strane naborano (5). Stijenka debelog crijeva sastoji se od više slojeva. Veći dio kolona omotan je peritonealnom ovojnicom odnosno serozom. Mišićni je sloj sastavljen od kružnih i uzdužnih mišićnih niti. Valja reći kako kružno mišićje, koje se nalazi u debelom crijevu, oblikuje daljne prstene koji dijele crijeva te uz pomoć kontrakcija pomažu pri miješanju sadržaja iz crijeva kojeg ujedno potiskuju.

Dvije osnovne vrste kretnji se odvijaju u debelom crijevu, a to su:

- kretnja miješanja,
- kretnja potiskivanja (3).

„Za debelo crijevo karakteristične su i masovne (propulzijske) kontrakcije tijekom kojih se istodobno stegne veliki dio debelog crijeva, obično 20 cm pa se cijeli sadržaj toga dijela pomakne prema rektumu.“ (6).

Nakon unosa hrane povećava se crijevna peristaltika debelog crijeva. Debelo crijevo ne može izlučiti probavne enzime, no njegova sluznica može izlučiti sluz koja dalje pruža zaštitu crijevnoj sluznici te oblikuje fekalnu masu. Debelo crijevo kao takvo mora lučiti male količine sluzi, no kod određenih patoloških promjena može doći do toga da lučenje postane ekscesivno (3).

U debelom se crijevu vrše apsorpcije elektrolita i vode te se tako stvara stolica koja je podmazana sa sluzi i koja se na taj način priprema za defekaciju. U onom trenu kada stolica doprije u ravno crijevo tada dolazi do poticanja defekacijskog refleksa (6,7).

Sinkrono djelovanje peristaltičkog vala te relaksacija analnih sfinktera omogućuje daljnje pražnjenje debelog crijeva (4). Ono što se ističe kao važna činjenica za doktore i kirurge je spoznaja kako čovjek ima mogućnost da živi bez čitavog debelog crijeva (4).

1.2. UZROK NASTANKA BOLESTI

Obično stanice slijede uredan proces rasta, diobe i smrti. Rak se može razviti kada stanice rastu i dijele se nekontrolirano i ne umiru u normalnoj točki svog životnog ciklusa. Istraživači nisu sigurni u točan uzrok raka debelog crijeva, ali određeni čimbenici mogu povećati rizik.

Rak nastaje kao rezultat promjena u deoksiribonukleinskoj kiselini (DNK) unutar stanica. Određeni geni koji se nazivaju onkogeni pomažu stanicama da ostanu na životu, rastu i dijele se. Tumorski supresorski geni pomažu u regulaciji stanične diobe i smrti stanice. Promjene u DNK mogu utjecati na onkogene gene supresore tumora, što rezultira višestrukim promjenama gena koji mogu dovesti do raka debelog crijeva. Polipi su izrasline koje nastaju s unutarnje strane debelog crijeva. Polipi su nekancerogeni, ali rak može početi s nekim vrstama polipa. Ako osoba ima vrstu ne-kancerogenog polipa koji se naziva adenomatozni polip, ima povećan rizik razvoja raka debelog crijeva. Ovi polipi nastaju na unutarnjim stijenkama debelog crijeva. Stanice raka mogu se širiti iz malignih tumora u druge dijelove tijela putem krvi i limfnog sustava. Stanice raka mogu rasti i napadati zdravo tkivo u blizini i u cijelom tijelu u procesu koji se zove metastaziranje. Posljedica je ozbiljnije stanje koje ima nižu stopu izlječenja (10).

1.3. FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK BOLESTI

Čimbenici koji mogu povećati rizik od raka debelog crijeva uključuju:

- ljudi starije životne dobi. Rak debelog crijeva može se dijagnosticirati u bilo kojoj dobi, ali većina ljudi s rakom debelog crijeva starija je od 50 godina. Stope raka debelog crijeva kod osoba mlađih od 50 godina rastu, ali liječnici nisu sigurni zašto.
- afroamerička rasa. Afroamerikanci imaju veći rizik od razvoja raka debelog crijeva nego ljudi drugih rasa.
- osobna anamneza kolorektalnog karcinoma ili polipa. Osoba koja je preboljela rak debelog crijeva ili ne-kancerozne polipe debelog crijeva, ima veći rizik od raka debelog crijeva u budućnosti.
- upalna crijevna stanja, kronične upalne bolesti debelog crijeva, kao što su ulcerozni kolitis i Crohnova bolest, mogu povećati rizik od raka debelog crijeva.
- nasljedni sindromi koji znatno povećavaju rizik od raka debelog crijeva, neke mutacije gena koje su prošle kroz generacije u obitelji mogu značajno povećati rizik od raka debelog crijeva. Samo mali postotak karcinoma debelog crijeva povezan je s nasljednim genima. Najčešći nasljedni sindromi koji povećavaju rizik od raka debelog crijeva su obiteljska adenomatozna polipoza (FAP) i Lynchov sindrom, koji je također poznat kao nasljedni nepolipozni kolorektalni karcinom (HNPCC).
- obiteljska pozitivna anamneza raka debelog crijeva. Veća je vjerojatnost da će se razviti rak debelog crijeva ukoliko postoji krvni srodnik koji je imao tu bolest. Ako više od jednog člana obitelji ima rak debelog crijeva ili rektuma, rizik je još veći.
- dijeta s malo vlakana i visokim udjelom masti. Rak debelog crijeva i rak rektuma mogu biti povezani s tipičnom zapadnjačkom prehranom, koja je siromašna vlaknima, a bogata mastima i kalorijama. Istraživanja u ovom području imala su različite rezultate.

Neka istraživanja su otkrila povećan rizik od raka debelog crijeva kod ljudi koji jedu hranu bogatu crvenim i prerađenim mesom.

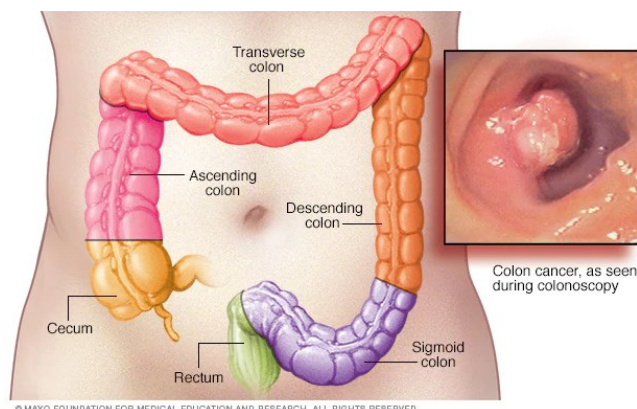
- sjedilački način života. Ljudi koji su neaktivni imaju veću vjerojatnost za razvoj raka debelog crijeva. Redovita tjelesna aktivnost može smanjiti rizik od raka debelog crijeva.
- dijabetes. Osobe s dijabetesom ili inzulinskom rezistencijom imaju povećan rizik od raka debelog crijeva.
- pretilost. Ljudi koji su pretili imaju povećan rizik od raka debelog crijeva i povećan rizik od umiranja od raka debelog crijeva u usporedbi s osobama koje se smatraju normalnom tjelesnom težinom.
- pušenje. Ljudi koji puše mogu imati povećan rizik od raka debelog crijeva.
- alkohol jer teška konzumacija alkohola povećava rizik od raka debelog crijeva.
- terapija zračenjem. Terapija zračenjem usmjerena na abdomen za liječenje prethodnih karcinoma povećava rizik od raka debelog crijeva (5).

1.4. DIJAGNOZA KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA

Rak debelog crijeva je vrsta raka koja počinje u debelom crijevu, a ono predstavlja završni dio probavnog trakta. Rak debelog crijeva obično pogađa starije odrasle osobe, iako se može dogoditi u bilo kojoj dobi. Obično počinje kao mala, nekancerogena (benigna) nakupina stanica koja se naziva polip i koja se formira na unutarnjoj strani debelog crijeva. S vremenom neki od ovih polipa mogu postati karcinomi debelog crijeva.

Polipi mogu biti mali i prouzrokovati samo neke simptome. Iz tog razloga liječnici preporučuju redovite probirne testove kako bi se spriječio rak debelog crijeva identificiranjem i uklanjanjem polipa prije nego što se pretvori u rak.

Ako se rak debelog crijeva razvije, dostupni su mnogi tretmani koji pomažu u kontroli, uključujući operaciju, terapiju zračenjem i liječenje lijekovima, kao što su kemoterapija, ciljana terapija i imunoterapija. Rak debelog crijeva se ponekad naziva *kolorektalni karcinom*, što je izraz koji kombinira rak debelog crijeva i rak rektuma, odnosno karcinom koji započinje u rektumu (5).



Slika 1. Prikaz karcinoma debelog crijeva

Izvor: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/colon-cancer/symptoms-causes/syc-20353669>

1.5. SIMPTOMI BOLESTI

Znakovi i simptomi raka debelog crijeva uključuju:

- trajne promjene u navikama crijeva, uključujući proljev ili zatvor te promjenu konzistencije stolice,
- rektalno krvarenje ili krv u stolici,
- trajna nelagoda u trbuhu, kao što su grčevi, plinovi ili bol,
- osjećaj da se crijeva ne isprazne u potpunosti,
- slabost ili umor,
- neobjašnjivi gubitak težine.

Mnogi ljudi s rakom debelog crijeva nemaju simptome u ranim fazama bolesti. Kada se pojave simptomi, vjerojatno će varirati, ovisno o veličini i mjestu raka u debelom crijevu. Gubitak tjelesne težine i bolovi u trbuhu obično se javljaju u kasnijim fazama bolesti. Ako se rak proširi na novo mjesto u tijelu, kao što je jetra, može uzrokovati dodatne simptome, kao što je primjerice žutica (5).

Rak debelog crijeva često ne uzrokuje simptome u najranijim fazama, ali simptomi mogu postati uočljiviji kako bolest napreduje. Ako ljudi imaju simptome u ranim fazama, oni mogu uključivati:

- krv u stolici,
- promjene u učestalosti ili vrsti pražnjenja crijeva, kao što je proljev, zatvor ili uska stolica nalik vrpci,
- osjećaj nepražnjenja crijeva nakon pražnjenja crijeva,
- bol u trbuhu, grčevi ili nadutost,
- mučnina i povraćanje,
- anemija, zbog crijevnog krvarenja,
- gubitak apetita,
- umor i slabost,
- neobjašnjivi gubitak težine.

Prema istraživanju provedenom od strane Brigham and Women's Hospital bolnice, simptomi raka debelog crijeva isti su bez obzira na spol (5).

Osim toga, žene koje imaju menstruaciju mogu imati anemiju zbog raka debelog crijeva te nepravilne menstrualne cikluse. Postoje različiti načini dodjeljivanja stadija raka. Faze pokazuju koliko se rak proširio i koja je veličina tumora (5).

Kod raka debelog crijeva razvijaju se stadiji:

- stadij 0: Također poznat kao karcinom *in situ*, u ovom trenutku, rak je u vrlo ranoj fazi. Nije narastao dalje od unutarnjeg sloja debelog crijeva i obično će se lako lijeći.
- faza 1: Rak je izrastao u sljedeći sloj tkiva.
- faza 2: Rak je dosegao vanjske slojeve debelog crijeva, ali se nije proširio izvan debelog crijeva.
- faza 3: Rak je izrastao kroz vanjske slojeve debelog crijeva i dosegao jedan do tri limfna čvora. Nije se proširio na udaljena mjesta.
- faza 4: Rak je dosegao druga tkiva izvan zida debelog crijeva. Kako faza 4 napreduje, rak debelog crijeva doseže udaljene dijelove tijela (5).

1.6. FIZIKALNI I LABORATORIJSKI PREGLED

Fizikalnim pregledom dobiju se važni podaci koji pružaju mogućnost u lakše postavljanje dijagnoze.

Pregled kao takav mora biti potpun i pažljiv kako bi se ispravna dijagnoza mogla postaviti. Fizikalni pregled kojim se nastoji dijagnosticirati karcinom debelog crijeva uključuje:

- „promatranje (nadutost i distenzija trbuha, kaheksija, prominencija tumora, ožiljci, fistule i dr.),
- palpaciju (osjetljivost, bolnost, defans trbušne stijenke, i dr.),
- perkusiju (postojanje slobodne tekućine, tomorska muklina, meteorizam, bolnost, defans),
- auskultaciju (procjena karaktera crijevne peristaltike),
- digitorektalni pregled.“ (4).

Digitorektalni pregled predstavlja sastavni dio kliničkog oblika pregleda pacijenata koji imaju tegobe s lokalitetom u truhu.

Navedeni pregled nije ugodan, ali je nužan. Uz pomoć njega se dobiju podaci o tonusu analnog sfinktera, konzistenciji i postojanju stolice u ampuli rektuma, promjenama na stijenci rektuma te veličini i bolnosti prostate kod muškaraca i vrata maternice kod žena. Nakon provedbe pregleda na prstu rukavice se mora provjeriti izgled stolice (4). Takav oblik pregleda ima najveći značaj prilikom ranog otkrivanja rektalnih karcinoma, no isto tako ima veliki značaj kod pacijenata koji imaju karcinom debelog crijeva, kolona (4).

U dijagnostici promjena na debelom crijevu od velike je važnosti test na okultno krvarenje, koji nam daje podatke o postojanju krvarenja u crijevima i upućuje na potrebu za daljnjom dijagnostikom. Test na okultno krvarenje se preporuča osobama starijima od pedeset godina te osobama sa pozitivnom obiteljskom anamnezom nakon četrdesete. Jedan uzorak stolice daje i do 50% lažno negativnih rezultata. Pozitivni test nalazi se u 2-6% pregledanih pacijenata.“ (8). CEA odnosno karcinoembrijski antigen je tumorski marker koji se određuje kod karcinoma debelog crijeva. To je marker koji se nalazi na prvom mjestu prilikom provedbe laboratorijske dijagnostike karcinoma debelog crijeva.

Naime, navedeni marker predstavlja gliko-protein kojeg su otkrili Gold i Freddman 1965. godine. On je u čak 40% slučajeva osjetljiv i u potpunosti specifičan za karcinom debelog crijeva (4). Navedeni marker se može odrediti i preoperativno, ali i postoperativno kako bi se rezultati mogli međusobno usporediti.

Kako je navedeno, primjenjivanje navedenog testa izuzetno je bitno prilikom procesa otkrivanja bolesti, ali je isto tako važno da se prati pacijenta nakon što se karcinom debelog crijeva operira, zbog mogućnosti recidiva ili metastaza koje onda višestruko povećavaju njegovu serumsku vrijednost (4). Koncentracija CEA koja se smatra normalnom u serumu iznosi 2,5 ng/mL. Kada se navedeni test radi na zdravoj populaciji, kod pušača mogu biti rezultati čije vrijednosti ne prelaze 10 ng/mL (7). „Genetsko testiranje kao dijagnostička metoda radi se u pojedinačnim slučajevima kao što su članovi obitelji s obiteljskom adenomatoznom polipozom (FAP)“ (4).

1.7. ENDOSKOPSKA DIJAGNOSTIKA BOLESTI

Endoskopska pretraga, rektosigmoidoskopije i kolonoskopije pružaju mogućnost da se izravno prikaže postojanje tumorskog procesa na crijevima, da se jasno odredi njihova pozicija i proširenost. Endoskopija se provodi u slučaju (9):

- „svih suspektnih radioloških nalaza,
- kroničnog krvarenja prisutnog u stolici,
- promjena na spoju debelog crijeva,
- bolesnika s kroničnim kolitisom. “

Prilikom kolonoskopije uzima se biopat, uzorak za biopsiju neke promjene. Biopat uzet putem kolonoskopije se adekvatno zbrinjava i šalje na patohistološku dijagnostiku, a daljnje liječenje će ovisiti o dobivenom nalazu istoga. Ključno je saznanje da negativni nalaz ne moraj uvijek isključivati postojanje bolesti (10).

Kada ne postoji mogućnost za odstranjivanjem promjena koje su uzete prilikom kolonoskopije, tada se pacijentima preporuča elektivni operativni zahvat da bi se navedene promjene mogle odstraniti u potpunosti. Danas je tehnologija značajno napredovala pa se provodi i endoskopija video-kapsulom koja se naziva „*kapsuloskopija*“.

Upravo je navedena metoda najnovija dijagnostička metoda koja omogućuje brzo dijagnosticiranje karcinoma debelog crijeva. Kapsula za pregled debelog crijeva (*PillCam Colon*) u primjeni se nalazi od 2006. godine. Kapsuloskopija se koristi za pregled debelog crijeva bez bolova i nelagode koju pacijenti osjećaju prilikom endoskopije. Pacijent treba progutati kapsulu koja sadrži mini kameru. Mini kamera se spušta kroz probavnu cijev i snima izgled i sluznicu crijeva. Ukoliko se tijekom kapsuloskopije opaze promjene na debelom crijevu radi se klasična kolonoskopija (10). Navedena metoda i dalje nije široko dostupna jer je za nju potrebno imati savršeno očišćena crijeva, a to ponekad nisu moguća za izvesti jer pacijenti mogu imati različita klinička stanja.

1.8. LIJEČENJE KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA

Kad osoba boluje od karcinoma debelog crijeva, dolazi do poteškoća i promjena prilikom pražnjenja stolice. Naime javlja se promjena u učestalosti defekacije, konzistenciji, sastavu i poteškoćama koje se javljaju prilikom pražnjenja. Nerijetko se u stolici mogu naći primjese krvi ili sluzi. U slučajevima kada bolest uznapreduje tada se javlja bol koja može biti lokalizirana na mjestu lokalizacije tumora (4).

Dijagnoza se postavlja temeljem patohistološke potvrde bolesti:

- „na osnovi biopsije uzete kolonoskopijom,
- kirurškog zahvata.“

Prema navedenim „Smjernicama za dijagnosticiranje, liječenje i praćenje pacijenata oboljelih od raka debelog crijeva“ iz 2018. godine prvotni plan liječenja oboljelih od karcinoma debelog crijeva postavlja na čelo multidisciplinarni tim koji se sastoji od:

- „gastroenterologa,
- abdominalnog kirurga,
- radiologa,
- patologa,
- onkologa.“ (8).

Liječenje nije moguće započeti bez da se sastane multidisciplinarni tim u stanjima koja su hitna (8).

Nakon što se dobiju rezultati pretraga, pacijent i njegovo stanje prezentiraju se navedenom timu koji daje konačnu dijagnozu i odluku o daljnjem tijeku liječenja oboljelog. Pacijent se, ovisno o svom stadiju bolesti, može uputiti na kirurško liječenje ili na onkološko liječenje. Nova biološka terapija javlja se kao najnovija mogućnost liječenja.

Faktori koji imaju utjecaj na vrste liječenja karcinoma debelog crijeva su:

- „pozicija tumora i njegova lokalna proširenost,
- opće stanje pacijenta,
- dodatni komorbiditeti,
- akutne komplikacije,
- smještaj tumora,
- proširenost tumora.“

1.9. OPERATIVNO LIJEČENJE

Zadnjih nekoliko godina dogodile su se značajne promjene u pogledu uspješnosti operacija koje se provode na debelom crijevu. Uspješnost se danas mjeri sociološkim, ekonomskim i medicinskim aspektima, a navedeni kriteriji sigurno su se mijenjali u posljednjih 15 godina (9).

Zbog toga su se i mijenjali podaci o uspješnosti provedbe operacije u odnosu na to koji su se kriteriji promatrali, a mijenjali su se i stavovi, protokoli te metode postupanja sa oboljelima koji se podvrgavaju operaciji na debelom crijevu, sve u skladu s napredovanjem moderne medicine i nove tehnologije (9). Kvalitetna predoperativna priprema pacijenta od velike je važnosti dok postoperativni postupak daje završni podatak o uspješnosti liječenja. Multidisciplinarni pristup se pokazao kao najuspješniji pristup kod liječenja pacijenata (9).

Cilj samog liječenja jest da se pacijentu tijekom operacije odstrani tumor koji je otkriven te da se ostatak crijeva osposobi za obavljanje svih funkcija i to u vremenskom periodu koji će biti što kraći.

Sve do danas vrsta operacije koja se prihvaćala kao „normalnom“ je bila otvorena operacija dok se endoskopskom metodom operiralo isključivo u bolnicama koje su za to bile specijalizirane. U današnje vrijeme, laparoskopija se kao minimalno invazivna metoda operiranja primjenjuje širom svijeta, pa tako i u Hrvatskoj. Resekcije debelog crijeva izuzetno su čest način korištenja liječenja u kirurgiji, a izvode se već 150 godina i danas su jedan od rizičnijih i zahtjevnijih zahvata.

Razlog anatomske osobitosti debelog crijeva su:

- „tanja stijenka,
- nedostatak seroze na svim dijelovima,
- specifičnost vaskularizacije,
- fekalni sadržaj bogat mikrobnom florom što je opasno zbog kontaminacije peritonealne šupljine i operacijske incizije.“ (9).

Iz tog se razloga prilikom provedbe operacije na debelom crijevu pridržavaju sva stroga načela kako bi se mogle izbjeći sve ozbiljne komplikacije poput primjerice popuštanja crijevne anastomoze i intra-abdominalne infekcije (4).

1.10. ZDRAVSTVENA NJEGA

Zdravstvena njega je jedna od kompetencija medicinskih sestara/tehničara koja je definirana zakonom i posebnim pravilnicima. Ona obuhvaća specifična znanja i vještine temeljene na spoznajama u sestrinstvu, prirodnim, medicinskim i humanim znanostima. Provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite i socijalne skrbi.

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je analizirati postoperativnu zdravstvenu njegu kod pacijenata sa karcinomom debelog crijeva, te utvrditi sestrinske dijagnoze i sestrinsko medicinske probleme.

3. RASPRAVA

U posljednjih nekoliko godina objavile su se brojne studije (18) kojima se potvrđuje poboljšanje samog ishoda liječenja, a koji se povezuju sa provedenim postupcima prema pacijentima, a provode se u okvirima brzih kirurških programa. Tako je danas omogućena rana postoperativna rehabilitacija koja se može odvititi pod uvjetom da postoje angažirani multidisciplinarni timovi koji se sastoje i od obrazovanih medicinskih sestara jer su upravo one te koje dosadašnje tradicionalno sestrinstvo okreću ka cjelovitom i koordiniranom pristupu pacijenata. Sve se veća pozornost pridaje psihosocijalnim aspektima koji su do sada bili zanemareni po pitanju sestrinske skrbi, a poseban naglasak stavlja se na savjetodavnu i odgojnu funkciju.

3.1. POSTOPERATIVNI PERIOD

Od velike je važnosti za postoperativni period adekvatno isplanirati proces zdravstvene njege, individualno prema potrebama operiranog pacijenta. Ciljevi i intervencije u zdravstvenoj njezi tijekom boravka pacijenta u sobi za intenzivno liječenje usmjereni su na:

- praćenje vrijednosti vitalnih funkcija,
- prepoznavanje ranih simptoma postoperativnih komplikacija,
- postupno vraćanje senzomotoričkih funkcija,
- praćenje bilanca (4).

ERAS protokol (*Enhanced Recovery After Surgery*) predstavlja ubrzan oporavak bolesnika nakon provođenja operacije. Navedeni se protokol danas sve češće koristi u svim granama kirurgije te je prepoznat kao protokol koji donosi veliki broj benefita pacijentu, a i samom zdravstvenom sustavu. Velik broj ERAS publikacija o postupcima za ubrzan oporavak nakon operacija objavljen je diljem svijeta u mnogim medicinskim člancima.

Provedenim istraživanjima dokazalo se da upotrebom ERAS protokola u liječenju pacijenta se uvelike smanjuje stopa postoperativnih komplikacija te je broj dana boravka u bolnici je za 30% manji (11).

Prema smjernicama koje navodi Hrvatsko društvo za ubrzani oporavak (10), a koje se oslanja na smjernice iz ERAS protokola nakon kirurškog zahvata, glavne smjernice postoperativnog zahvata uključuju:

Program za ubrzani oporavak pacijenata koji podrazumijeva:

- „predoperativnu edukaciju i pripremu bolesnika za operativni zahvat,
- primjenu postupaka i protokola anestezije i analgezije te kirurških zahvata kojima se smanjuje stresni odgovor, bol, mučnina i povraćanje te druge neugodne nuspojave nakon kirurškog zahvata,
- ranu strukturiranu postoperativnu rehabilitaciju.“ (17).

Ciljevi navedenog programa su:

- „smanjenje stresa, bolova i komplikacija nakon kirurškog zahvata,
- ubrzani oporavak pacijenta potičući njegovu samostalnost i aktivno sudjelovanje u liječenju,
- smanjivanje troškova liječenja.“

Treba naglasiti kako postoje brojne poteškoće koje se mogu pronaći prilikom praktičnog provođenja navedenih smjernica i preporuka pa se njihovo uvođenje u svakidašnju praksu klinike ipak uzima s velikom dozom opreza jer ona predstavlja veliki izazov, kako za medicinsko osoblje tako i za samog pacijenta (17).

3.2. POSTOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA KARCINOMOM DEBELOG CRIJEVA

Glavni cilj postoperativne skrbi je potaknuti pacijente na oporavak. Kada je proces oporavka dobar, smanjuje se i stopa komplikacija, a to zauzvrat smanjuje stope ponovnog prijema u bolnice kao i relevantne troškove prijema (11).

Bitno je da pružatelji skrbi razumiju sve aspekte iskustava pacijenata nakon operacije karcinoma debelog crijeva i da analiziraju njihove potrebe povezane s tim iskustvima. Na taj će način pružatelji zdravstvenih usluga moći jasno razumjeti pacijentovo iskustvo i pružiti ispravnu holističku skrb (11).

Kratkotrajan boravak u bolnici zahtijeva organiziran i planiran proces zdravstvene skrbi da bi se pacijenta u značajno kratkom vremenu osamostalilo i pripremio za samostalno funkcioniranje po otpustu iz bolnice.

Važnu ulogu u postoperativnoj zdravstvenoj njezi ima enterostomalni terapeut. Enterostomalni terapeut je visokoobrazovana medicinska sestra/ tehničar koja je uključena u multidisciplinarni tim te svojim znanjem iz područja zdravstvene njege, sociologije, rehabilitacije te psihologije vrši edukaciju pacijenata sa stoma pomagalom. Cilj edukacije je pacijentov život učiniti kvalitetnijim. Njegova uloga važna je u savjetovanju o fizičkoj aktivnosti, primjeni adekvatne odjeće, seksualnim odnosima, pravilnom upotrebom stoma pomagala, rekreaciji, prehrani, putovanjima te povratku u radnu sredinu. Osim edukacije o životu, terapeut pruža i psihičku podršku kako bi se pacijentu smanjila anksioznost te poboljšala kvalitetu života. Također u edukaciju je potrebno uključiti obitelj. Prije odlaska iz bolnice, pacijentu se daju pisane upute o pravilnoj prehrani i adekvatnoj njezi stome i peristomalne kože.

3.3. PRVI POSTOPERATIVNI DAN

Poslije operacije pacijent ide na Odjel kirurške intenzivne njege, OKINJ. Pri prijemu pacijenta se monitorira radi praćenja vitalnih funkcija (krvni tlak, puls, temperatura, saturacija).

Medicinska sestra prati i evidentira vitalne znakove na listu te ukoliko dođe do odstupanja od normalog, dužna je obavijestiti dežurnog liječnika. Također prati izgled i količinu izdreniranog sadržaja, izgled kože oko abdominalnog drena, pojavu krvarenja u području gdje dren izlazi na površinu kože, te prohodnost drena (u slučaju hemoragičnog sadržaja može se lako zaustaviti prohodnost drenaže) .

Dren mora biti postavljen ispod grudnog koša da bi se spriječilo vraćanje sadržaja i zraka u pleuralni prostor. Posebnu pozornost treba obratiti na operacijsku ranu. Medicinska sestra prati izgled rane i okolnog tkiva, vanjske šavove te ukoliko se pojave simptomi infekcije, dužna je prijaviti liječniku. U jedinici intenzivne njege primjenjuje se epiduralni kateter i/ ili trajna analgezija (Tramal/Analgin) u svrhu analgezije.

Ukoliko je pacijentu postavljena stoma, medicinska sestra mora pratiti stanje i funkcionalnost anus preter naturalisa. U OKINJ-u je postavljena prozirna stoma vrećica da bi se lakše dobio uvid u izgled stome. Nakon operacijskog zahvata od velikog je značaja pratiti šavove, pojavu krvi na stomu, položaj postavljenog „jahača“, boju i vlažnost sluznice stome, razinu stome u odnosu na trbušnu stijenkku, miris i vrstu sadržaja te eventualne primjese. Prilikom njege i toaleta stome potrebno je dokumentirati pojavu stolice, izgled i konzistenciju te prepoznati moguće komplikacije. Svaki dan tijekom hospitalizacije, medicinska sestra prati izgled stome i pojavu sadržaja na stoma vrećicu te vrši evidenciju.

Također treba voditi računa o adekvatnoj veličini stoma vrećice koja će odgovarati stoma podlozi te na taj način spriječiti curenje sadržaja ispod pomagala.

Nužno je obratiti pozornost na rez kod operacije kako bi se mogle uočiti potencijalne promjene u vidu krvarenja i slično. Operacijski rez treba previjati u strogo aseptičnim uvetima svaki dan u tijeku hospitalizacije.

Pacijent provodi određene vježbe koje uključuju vježbe disanja i iskašljavanja. Kada se provodi skrb nad pacijentom na odjel se poziva fizikalna terapija u svrhu sprječavanja komplikacija dugotrajnog ležanja te respiratornih infekcija. Tako se poboljšava ventiliranje pluća te se preveniraju moguće respiratorne poteškoće ili tromboemolije. Osam do deset sati nakon operativnog zahvata pacijent može konzumirati enteralne pripravke prema pisanoj odredbi liječnika (Ensure, Prosure, Diben...) koji su sugerirani ERAS protokolom.

3.3.1. Sestrinski problemi

3.3.1.1. Akutna bol

Cilj: Pacijent će na skali boli procijeniti nižu razinu u određenom vremenskom periodu, npr. 45 min.

Intervencije:

- prepoznati znakove boli,
- izmjeriti vitalne funkcije,
- pomoći pacijentu da zauzme ugodan i odgovarajući položaj,
- obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli,
- primijeniti farmakološku terapiju prema liječničkoj odredbi,
- dokumentirati pacijentove promjene boli,
- ponovo procijeniti bol za 45 min (20).

3.3.1.2. Visok rizik za infekciju

Cilj: pacijent neće pokazati znakove i simptome infekcije tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- mjeriti vitalne znakove svako dva sata,
- pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvjestiti o njima,
- održavati higijenu ruku prema standardu,
- održavati higijenu prostora,
- pridržavati se aseptičnih uvjeta prilikom previjanja rane,
- podučiti pacijenta važnosti održavanja higijene ruku,
- pratiti pojavu znakova i simptoma infekcije operativne rane i okolnog tkiva,
- prikupiti i poslati podatke za analizu prema pisanoj odredbi liječnika (brisevi rane) te evidentirati i izvjestiti o nalazu (19).

3.3.1.3. Smanjena mogućnost brige o sebi

Cilj: Pacijent će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- napraviti plan izvođenja aktivnosti,
- pomoći pacijentu pri zadovoljavanju osnovnih potreba,
- osigurati mu dovoljno vremena,
- osigurati privatnost,
- biti uz pacijenta/icu (19).

3.3.2. Sestrinsko medicinski problemi

3.3.2.1 Visok rizik za krvarenje

Intervencije:

- 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).

3.3.2.2. Visok rizik za nastanak hipovolemijskog šoka

Izvijestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma, a to su:

- povećanje frekvencije pulsa iznad normalnih vrijednosti ili pojava fliformnog pulsa,
- pad saturacije ispod 95%,
- hiperventilacija,
- hipotenzija,
- hladna koža,
- eliminacija urina ispod 30 ml/h,
- dezorijentiranost i agitiranost (21).

3.4. DRUGI POSTOPERATIVNI DAN

Nakon što pacijent postane orijentiran u vremenu i prostoru, stabilnih vitalnih funkcija, zadovoljavajućih laboratorijskih nalaza, zadovoljavajuće diureze i bez znakova ranih postoperativnih komplikacija, premješta se na kirurški odjel gdje se nastavlja daljnje liječenje i oporavak. Prije premještaja na odjel, pacijentu se vadi urinski kateter. Potrebno je prenijeti sve bitne informacije o stanju pacijenta tijekom boravka u jedinici intenzivnog liječenja kako bi daljnja skrb i intervencije bile adekvatno usmjerene. Drugi postoperativni dan najčešće se vadi epiduralni kateter. Pacijent se hrani prema ERAS protokolu.

Već drugi postoperativni dan potiče se pacijenta na ustajanje iz kreveta kako bi se prevenirale komplikacije dugotrajnog ležanja. Ustajanje iz kreveta se vrši na način da se pacijent okrene na lijevi bok pridržavajući rukom operativnu ranu, polako oslanjajući se na lakat, podigne u sjedeći položaj. Od velike je važnosti pridržavati se pravilne tehnike ustajanja da bi se spriječila dehiscencija rane. Potrebno je poticati pacijenta na aktivnosti izvan kreveta 2 sata dnevno, a kasnije bi je poželjno da boravi izvan kreveta najmanje 6 sati.

Mobilizacija utječe na život, što ima vrlo pozitivan fiziološki i psihološki učinak. Međutim, ranu mobilizaciju moguće je postići samo upotrebom analgezije u postoperativnoj fazi.

3.4.1. Sestrinski problemi

3.4.1.1. Smanjeno podnošenje napora

Cilj: Pacijent će racionalno trošiti energiju prilikom provođenja svakodnevnih aktivnosti tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- izraditi plan dnevnih aktivnosti s pacijentom,
- prepoznati uzroke umora kod pacijenta,
- savjetovati izbjegavanje bespotrebnog umora,
- omogućiti dovoljno vremena za provođenje dnevnih aktivnosti,
- izmjeriti puls, krvni tlak i disanje prije tjelesne aktivnosti, tijekom i 5 minuta nakon,
- prilagoditi prostor pacijentu, omogućiti rukohvate,
- mijenjati dnevni plan aktivnosti sukladno toleranciji napora,
- educirati pacijenta o važnosti kretanja i vježbanja disanja,
- evidentirati učinak (20).

3.4.1.2. Poremećaj self imagea

Cilj: pacijent će verbalizirati prihvaćanje novonastalih promjena o izgledu tijekom hospitalizacije

Intervencije:

- stvoriti odnos povjerenja medicinska sestra- pacijent,
- ohrabriti pacijenta da verbalizira osjećaje,

- aktivno slušati pacijenta i poticati postavljanje pitanja,
- poticati pozitivne misli i stavove,
- objasniti pacijentu načine prilagodbe na novonastalo stanje (prilagoditi odjeću, koristiti trbušni pojas pri aktivnosti) ,
- informirati pacijenta o postojanju suportivne udruge za samopomoć ILCO (ileostoma/ colostoma) ,
- uključiti psihologa ukoliko to pacijent želi,
- zajedno s pacijentom odabrati člana obitelji koji će biti uključen u stomalnu skrb pacijenta,
- educirati pacijenta i obitelj o pravilnoj njezi kolostome (demonstrirati redovno mijenjanje pločice, pražnjenje vrećice i uklanjanje neugodnih mirisa) ,
- provjeriti jesu li pacijent i obitelj shvatili upute,
- evidentirati učinjeno (22) .

3.4.1.3. Visok rizik za pad

Cilj: Pacijent neće pasti tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- procijeniti rizik za pad na Morseovoj ljestvici,
- postaviti pacijentu sve potrebne stvari na dohvat ruke,
- upoznati pacijenta s novom/nepoznatom okolinom (smjestiti u sobu bliže toaletu) ,
- objasniti pacijentu korištenje sustava za pozivanje pomoći (zvono, zvučni signal) ,
- pomoći pacijentu pri kretanju,
- podučiti pacijenta da pri ustajanju nekoliko minuta sjedi uz rub kreveta, zatim se ustane pridržavajući se,
- provjeriti jeli pacijent shvatio upute (20).

3.4.2. Sestrinsko medicinski problemi

3.4.2.1. Visok rizik za dehiscijenciju rane

Intervencija:

- pratiti izgled i strukturu operativne rane,
- izvjestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma dehiscijencije (21).

3.4.2.2. Visok rizik za anemiju

Intervencije:

- Izvjestiti liječnika o pojavi znakova ili simptoma anemije (snižena vrijednost krvne slike, hipotenzija, tahikardija, hladna, vlažna i blijeda koža, umor, vrtoglavica, zujanje u ušima, grčevi u mišićima ekstremiteta i hladni ekstremiteti) (21).

3.5. TREĆI POSTOPERATIVNI DAN

Treći postoperativni dan pacijentu se najčešće vadi abdominalni dren te se ukida trajna analgezija. U proces skrbi za pacijenta uključuje se enterostomalni terapeut. Ključna je pravilna edukacija pacijenta o njezi stome i peristomalnog područja kako bi se prevenirale komplikacije.

3.5.1. Sestrinski problemi

3.5.1.1. *Socijalna izolacija*

Cilj: pacijent neće biti socijalno izoliran tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- stvoriti odnos povjerenja medicinska sestra- pacijent,
- ohrabriti pacijenta da verbalizira osjećaje,
- aktivno slušati pacijenta i poticati postavljanje pitanja,
- poticati pozitivne misli i stavove,
- objasniti pacijentu načine prilagodbe na novonastalo stanje (prilagoditi odjeću, koristiti trbušni pojas pri aktivnosti) ,
- informirati pacijenta o postojanju suportivne udruge za samopomoć ILCO (ileostoma/ colostoma) ,
- uključiti svećenika, psihologa i/ili obitelj ako pacijent to želi,
- zajedno s pacijentom odabrati člana obitelji koji će biti uključen u stomalnu skrb,
- educirati pacijenta i obitelj o pravilnoj njezi kolostome (demonstrirati redovno mijenjanje pločice, pražnjenje vrećice i uklanjanje neugodnih mirisa) ,
- educirati pacijenta o prehrani (objasniti da jaja, češnjak, sir i kupus uzrokuju neugodne mirise, a mlijeko, sir, brokula, začini i gazirani sokovi uzrokuju nadutost i vjetrove) ,
- provjeriti jesu li shvaćene upute,
- evidentirati učinjeno (20) .

3.5.1.2.Poremećaj spavanja

Cilj: pacijent će spavati najmanje 6 sati noću tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- napraviti plan dnevnih aktivnosti s pacijentom,
- osigurati mikroklimatske uvjete,
- ukloniti čimbenike iz okoline koje otežavaju spavanje,
- ukoliko ove intervencije ne pomognu potrebno je obavijestiti liječnika i dati ordiniranu terapiju (22).

3.6. ČETVRTI POSTOPERATIVNI DAN

Pacijent može sam odlaziti do toaleta i obavljati većinu dnevnih aktivnosti sam. Četvrti postoperativni dan se pacijenta priprema za odlazak kući. Medicinska sestra obavlja informativni intervju i daje pacijentu potrebne informacije o načinima njege stome i prehrani. Prehranu treba prilagoditi funkciji probavnog sustava te toleranciji pacijenta. Osnovna preporuka za prehranu nakon operacije crijeva je unos lako probavljivih namirnica i jela koje neće opteretiti probavni sustav.

Pacijenta treba educirati da izbjegava hranu koja nadima kao što su grah i mahunarke kako nebi došlo do distenzije crijeva koje onda izazivaju jake bolove. Osim preporučenog unosa namirnica usmenim putem, pacijentu se daje uputa za prehranu u pisanom obliku.

3.6.1. Sestrinski problemi

3.6.1.1. Strah

Cilj: pacijent će verbalizirati strahove i smanjiti razinu straha tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos,
- poticati pacijenta da verbalizira strah,
- primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje,
- koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijenta,
- govoriti polako i umirujuće,
- osigurati mirnu i tihu okolinu,
- poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje i postavi pitanja ukoliko mu je nešto nejasno rečeno,
- osigurati dovoljno vremena za razgovor,
- usmjeravati pacijenta prema pozitivnom razmišljanju (20).

3.6.1.2. Nisko samopoštovanje

Cilj: pacijent izražava osjećaje i razmišlja o sebi pozitivno.

Intervencije:

- omogućiti pacijentu izražavanje emocija,
- osigurati privatnost i adekvatan prostor za razgovor,
- slušati pacijenta i pokazati razumijevanje te interes za njegov problem,
- uočiti promjene u mentalnom statusu,
- poticati pacijenta na socijalne kontakte s drugima,
- ukoliko pacijent to želi uključiti psihologa,
- savjetovati pacijentu uključenje u suportivnu udrugu za samopomoć (22).

3.7. POSTOPERATIVNE KOMPLIKACIJE

Svaka operacija nosi određene rizike i mogućnost nastanka postoperativnih komplikacija.

Zdravstvena njega pacijenta nakon operacije debelog crijeva usmjerena je na uklanjanje postojećih tjelesnih simptoma koji se mogu javiti nakon operacije, a to su mučnina, povraćanje, migrena, štućavica, bol i žeđ. Jako je važno pravovremeno spriječiti i uočiti pojavu komplikacija.

Postoperativne komplikacije nakon operacije debelog crijeva mogu biti: opće komplikacije (mogu se pojaviti u svim operativnim zahvatima) i specifične (vezane uz operaciju crijeva) (4).

Najučestalije opće komplikacije koje se mogu javiti postoperativno su:

- tromboembolija, tromboflebitis, duboka venska tromboza (DVT) ,
- hemoragični šok – krvarenje,
- infekcija operativne rane,
- respiratorne komplikacije (pneumonija, atelektaza) ,
- urinarne infekcije,
- dekubitus.

Najučestalije specifične komplikacije koje se mogu javiti postoperativno su:

- krvarenje unutar ili izvan crijeva,
- opstrukcija crijeva,
- ileus,
- dehiscencija anastomoze.

Komplikacije koje se mogu javiti kod bolesnika sa stomom su:

- krvarenje stome
- ishemija ili nekroza stome
- retrakcija stome
- peristomalne iritacije kože (14).

3.8. ŽIVOT PACIJENTA NAKON OTPUSTA

Provedena studija prikazuje reakcije pacijenata nakon operacije kolorektalnog karcinoma. Studija je izvijestila da su nakon operacije pacijenti osjećaju velike promjene koje su se dogodile od prve faze same spoznaje da boluje od karcinoma debelog crijeva do izlaska iz bolnice.

Neki ljudi su imali negativne nuspojave od anestezije, poput osjećaja trnaca i utrnulosti u obje noge. Zbog takvih smetnji pacijent nije mogao kontrolirati svoju ravnotežu, što je dovelo do poteškoća u hodu.

Dok se liječio u bolnici nakon operacije, pacijent se u ranim fazama osjećao slabo, iscrpljeno i nesposoban za samostalno obavljanje aktivnosti (18).

Studija je izvijestila da je prepreka koja je spriječila pacijente da se previše kreću bio strah od puknuća šavova rane te neugodan osjećaj uzrokovan drenažnom. Nakon vađenja drenova, pacijent se osjećao neovisnijim i mogao se lakše kretati. Jedan do dva dana nakon operacije pacijenti nisu bili u stanju brinuti se za svoje zdravlje jer su bili slabi i iscrpljeni. Oslanjali su se na druge da upravljaju svojim svakodnevnim aktivnostima. Čak i kada su pacijenti napustili bolnicu, umor je bio ponavljajući simptom, a pacijenti su nisu mogli obavljati uobičajene zadatke kao što su kućanski poslovi ili čak njihove dnevne rutine (18).

S druge strane, određen broj ispitanika, pacijenata je mogao samostalno obavljati svakodnevne aktivnosti. Međutim, nekim pacijentima sa stomom bilo je teško vježbati ili obavljati određene aktivnosti. Na primjer, u nekim aktivnostima koje su zahtijevale savijanje ili stajanje dulje vrijeme, neki pacijenti nisu bili voljni pridružiti se takvim aktivnostima iz straha da će stoma vrećica puknuti te ih osramotiti u javnosti (18).

Osim toga, studija o pacijentima, koji su se suočili s problemima stome, su pokazala da su oni bili zabrinuti zbog intimnih odnosa jer su se bojali boli koja bi se pritom javljala. Muški pacijenti često su gubili samopouzdanje ili ponos i bili su zabrinuti da će to uzrokovati probleme s njihovim partnerima. Osjećali su gađenje kada su vidjeli sadržaj koji im izlazi iz stome i bojali su se boli u slučaju pomicanja stome.

U početku su pacijenti morali značajno prilagoditi način života, pa su tako neki prijavili poteškoće sa spavanjem zbog bojazni da će stolica nekontrolirano isteći tokom sna, a takve brige i nesreće neminovno su utjecale na normalan život i bračne odnose (18).

Neki pacijenti su vjerovali da im je prije stome život bio mnogo bolji i kvalitetniji. Zbog stome su izgubili samopouzdanje i osjećali se neugodno. Međutim, neki pacijenti su to mogli prihvatiti (11).

Nakon operacije, pacijenti su se osjećali iscrpljenima, nedostajala im je energija te su zahtijevali više njege medicinskih sestara i fizioterapijskih timova kako bi im se olakšala kretanja, poput hodanja ili sjedenja, te ih je trebalo poticati da se često kreću. Pacijenti su smatrali da je bolnica sigurno mjesto. Nisu bili sigurni u povratak kući gdje će se morati brinuti o sebi. Osim toga, nisu znali kako se nositi s problemima kada su se pojavili simptomi. Pri povratku kući često su bili ohrabreni od strane obitelji i prijatelja koji su im pružali primarnu pomoć i skrb. S vremenom su pacijenti mogli sami sebi pomoći (18).

Studija izvijestila je da je medicinsko osoblje koristilo medicinsku terminologiju, ometajući tako pacijentovo razumijevanje potrebnih informacija. Pogrešno shvaćene informacije često su dovele do sukoba između pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga; i posljedično, dovele su do toga da pacijenti izgube povjerenje u zdravstveni tim.

Stoga je podatke trebalo jasno potvrditi u pisanom obliku zajedno s usmenom komunikacijom kako bi se osiguralo da se upute ispravno poštuju prilikom otpuštanja pacijenata iz bolnice. Osim toga, utvrđeno je da je isporuka informacija vrsta jednosmjerne komunikacije te da ponekad nije bilo prilike za postavljanje pitanja. Umjesto toga, odlučili su razgovarati s prijateljima koji su imali istu vrstu operacije i tražili su znanje s interneta. To ukazuje da su skrb i davanje informacija od ključne važnosti za pacijente, a pružatelji zdravstvenih usluga toga bi trebali biti svjesni (18).

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da pacijenti s karcinomom debelog crijeva doživljavaju širok raspon postoperativnih učinaka oporavka, dobrih i negativnih. Iskustva i potrebe usredotočenih pacijenata različita su. Iz tog razloga, zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni ovih posebnih problema i formulirati strategije za bolje rješavanje specifičnih potreba pacijenata.

4. ZAKLJUČAK

Karcinom debelog crijeva predstavlja veliki javnozdravstveni problem, a njegovo liječenje uključuje i operativni zahvat na debelom crijevu. Kada se razvila minimalno-invazivna tehnika operacije, ubrzan je postoperativan oporavak samih pacijenata. Zbog manje traume samog tkiva intenzitet boli je bio znatno manji, a mobilizacija pacijenata poprilično brža te se smanjio i broj postoperativnih komplikacija koje su se vezale uz dugo ležanje. Ubrzani oporavak nakon operacije (ERAS) karakterizira multimodalni pristup skrbi opacijentima, a koji se provodi u cijelome svijetu. Oni predstavljaju bitnu promjenu u praksi za sve sudionike kirurške skrbi i njege bolesnika. Prema rezultatima integrativnih pregleda, utvrđeno je da su se pacijenti s kolorektalnim karcinomom nakon operacije morali suočiti s različitim iskustvima tijekom postoperativnog oporavka, uključujući patnju, smanjenu aktivnost, ambivalentne osjećaje i potrebu za njegom.

Dobar oporavak glavni je cilj skrbi nakon operacije. Stoga zdravstveni tim treba obratiti pozornost na sve čimbenike koji se odnose na oporavak, a posebno na iskustva stečena iz osobne perspektive koja su neophodna za izradu planova skrbi. Stoga, medicinske sestre koje su uvijek najbliže pacijentima trebale bi imati razvijene izvrsne komunikacijske vještine, ali i uspjeti procijeniti individualna iskustva svakog pacijenta kako bi razvile poboljšani holistički sustav skrbi. U konačnici, cilj je unaprijediti postupke tijekom razdoblja oporavka kako bi se pacijenti mogli prije vratiti u normalu s dostojanstvenom kvalitetom života. Uloga sestriinstva je držati se smjernica unutar svojih kompetencija i tako pridonijeti oporavku bolesnika.

Edukacija medicinske sestre prije otpusta pacijenta predstavlja glavnu poveznicu između bolničkog liječenja i kućne njege kroz edukaciju bolesnika. Glavni cilj je stvaranje osjećaja sigurnosti pacijenta tijekom boravka u bolnici te kontinuitet zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice. Sestra kao koordinator mora biti upućena u sve procese liječenja i postupanja prema pacijentu, ali unutar svojih kompetencija.

5. LITERATURA

1. Mršić – Krmpotić Z, Roth A. Internistička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada. 2004.
2. Šoša T, Sutlić Ž, Stanec Z, Tonković I. Kirurgija. Zagreb: Naklada Ljevak. 2007.
3. Ivanišević B. Kirurgija probavnog i endokrinog sustava. Zagreb: Školska knjiga. 1982.
4. Andreis I, Jalšovec D. Anatomija i fiziologija. Zagreb: Školska knjiga. 2007.
5. Vucelić B. Gastroenterologija i hepatologija. Zagreb: Medicinska naklada. 2002.
6. Štulhofer M. Kirurgija probavnog sustava. 2. djelomično izmijenjeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada. 1999.
7. Vrdoljak E, Pleština S, Omrčen T, Juretić A, Belac Lovasić I, Krznarić Ž. Smjernice za dijagnosticiranje, liječenje i praćenje bolesnika oboljelih od raka debelog crijeva. Liječnički vjesnik [Internet]. 2018 [pristupljeno 19.05.2022.].140(9-10). Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/209098>
8. Ringressi M. N, Boni L, Freschi G, Scaringi S, Indennitate G, Bartolini I, Bechi P, Taddei A. Comparing laparoscopic surgery with open surgery for longterm outcomes in patients with stage I to III colon cancer. Surg Oncol [Internet]. 2018 [pristupljeno 11.05.2022.]. 27(2), 115–122. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29937160/>
9. Bergman Marković B. Prevencija i rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva. Acta medica Croatica [Internet]. 2015 [pristupljeno 26.05.2022.].69(4), 365-371. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/154167>
10. Konjevoda V, Smrekar M, Mihulj LJ. Markiranjem i adekvatnim pozicioniranjem do boljeg ishoda zdravstvene skrbi bolesnika sa stomom. Acta chirurgica Croatica [Internet]. 2008 [pristupljeno 27.05.2022.].12(1),97-97. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/850200>
11. Silva JD. Complications after surgery in patients with colorectal cancer. The evidence for nursing care [Internet]. 2011 [pristupljeno 10.06.2022.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3239617/>

12. Sacharian K. Nursing Considerations for Colorectal Cancer Survivorship Care. [Internet]. 2021. [pristupljeno 10.06.2022.]. Dostupno na mrežnoj stranici: <https://voice.ons.org/news-and-views/nursing-considerations-for-colorectal-cancer-survivorship-care>.
13. Changay K. The experiences of colorectal cancer patients in postoperative recovery. Integrative review. Journal of Health Research [Internet]. 2020 [pristupljeno 01.06.2022.].34(3). Dostupno na: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-experiences-of-colorectal-cancer-patients-in-Changyai-Kongvattananon/b56fda34da977696f2a8363ecdf131b70611169a>
14. Abelson JS, Chait A, Shen MJ, Charlson M, Dickerman A, Yeo, HL. Sources of distress among patients undergoing surgery for colorectal cancer: a qualitative study. J Surg Res [Internet]. 2018 [pristupljeno 10.06.2022.]. 226: 140-9. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29661279/>
15. Ceylan H, Vural F. Living with stoma – a phenomenological study. Journal of Nurses. Research Practice [Internet]. 2017 [pristupljeno 11.06.2022.].1(1): 6-12. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/326414943_Living_with_stoma_-_A_phenomenological_study
16. Jonsson CA, Stenberg A, Frisman GH. The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery. Eur J Cancer Care [Internet]. 2011 [pristupljeno 10.06.2022.].20(2): 248-56. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20345455/>
17. Worster B, Holmes S. A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2009 [pristupljeno 03.06.2022.].13(5): 315-22. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19482512/>
18. Russell S. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. Br J Nurs [Internet]. 2017 [pristupljeno 10.06.2022.].26(5): 20-26. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28328269/>
19. Šepec S, Kurtović B, Munko, T, Vico, M, Abou Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze I. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2011.
20. Kadović A, Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2013.

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. Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. 2015.