

Zdravstvena njega bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva

Alšić, Josip

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:650995>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Josip Alšić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
NAKON OPERACIJE KARCINOMA
DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad

Osijek, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Josip Alšić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
NAKON OPERACIJE KARCINOMA
DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad

Osijek, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te na osnovi vježbi provedenih u Kliničkome bolničkom Centru Osijek na Zavodu za abdominalnu kirurgiju.

Mentorica rada: doc. dr. sc. Ivana Barać, mag. psych.

Komentorica rada: dr. sc. Nikolina Farčić, mag. med. techn.

Rad ima 33 lista.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala

Ovim putem zahvaljujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Ivani Barać, mag. psych. i komentorici dr. sc. Nikolini Farčić, mag. med. techn. na pomoći i smjernicama u pisanju ovoga rada. Također bih htio zahvaliti svojoj obitelji na ohrabrenju i entuzijazmu tijekom studiranja.

SADRŽAJ

1.	UVOD	1
1.1.	Karcinom debeloga crijeva	1
1.1.1.	Epidemiologija.....	1
1.1.2.	Etiologija.....	1
1.1.3.	Klasifikacija karcinoma debeloga crijeva	2
1.1.4.	Klinička slika	2
1.1.5.	Dijagnoza karcinoma debeloga crijeva.....	3
1.1.6.	Liječenje karcinoma debeloga crijeva	3
1.2.	Perioperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom debelog crijeva	4
1.2.1.	Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom debeloga crijeva.....	4
1.2.2.	Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom debeloga crijeva	4
1.3.	Prevenција karcinoma debeloga crijeva	5
1.3.1.	Uloga medicinske sestre u prevenciji karcinoma debeloga crijeva	5
1.4.	Zdravstveni odgoj bolesnika s karcinomom debeloga crijeva.....	6
1.5.	Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njega bolesnika s karcinomom debeloga crijeva	6
2.	CILJ	8
3.	PRIKAZ SLUČAJA	9
3.1.	Proces zdravstvene njega bolesnika s karcinomom debeloga crijeva.....	9
3.2.	Prikaz slučaja	9
3.2.1.	Sestrinska anamneza i status.....	9
3.2.2.	Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njega	11
3.2.3.	Sestrinsko otpusno pismo	14
4.	RASPRAVA	16
5.	ZAKLJUČAK.....	18
6.	SAŽETAK	19

7.	SUMMARY	20
8.	LITERATURA	21
9.	ŽIVOTOPIS	23
10.	PRILOZI	24

POPIS KRATICA

AJCC – engl. *American Joint Committee on Cancer*

CEA – karcinoembrionalni antigen

CRC – kolorektalni karcinom

CT – kompjuterizirana tomografija

MR – magnetna rezonancija

1. UVOD

Rak debeloga crijeva (kolorektalni karcinom – CRC) prvi je rak koji se spominje kada uzmemo u obzir prevalentne maligne bolesti koje se mogu izbjeći. Treća je najčešća vrsta raka u svijetu, nakon raka pluća i dojke, a u Hrvatskoj je najraširenija maligna bolest. Postoji vrlo velika mogućnost prevencije CRC-a te su se učestalost i smrtnost smanjili u ciljanoj populaciji kao rezultat uvođenja univerzalnoga probira na CRC u razvijenim zemljama. Ali, nažalost, tijekom proteklih 25 godina mladi ljudi ispod 50 godina bilježe povećanje učestalosti i smrti od CRC-a. Prednosti kolonoskopije i probira su različite, tj. rizik od smrti različito je smanjen za rak desne i lijeve strane debeloga crijeva. Razlog bi mogli biti višestruki čimbenici i poduzimaju se različite mjere da se smanji taj nesrazmjer. Manji dio populacije ima jasne čimbenike rizika za razvoj CRC-a i mora se pridržavati posebnih protokola za probir na CRC (1,2). Kako broj oboljelih iz godine u godinu raste, sve će više ljudi trebati pomoć u upravljanju svojim životom. Pacijenti kojima je postavljena dijagnoza raka dobivaju specijaliziran medicinski tretman te se zdravstvena njega organizira prema bolesnikovim individualnim potrebama.

1.1. Karcinom debeloga crijeva

Stanje poznato kao CRC uzrokuje nekontroliran razvoj abnormalnih stanica koje počinju u debelome crijevu ili rektumu. Ove stanice imaju sposobnost stalne, ubrzane reprodukcije, što uzrokuje invaziju okolnoga tkiva ili limfnu diseminaciju u udaljene organe (metastaze) (3).

1.1.1. Epidemiologija

CRC je na drugome mjestu po smrtnosti (9,2 %) i na trećemu po učestalosti (6,1 %). Predviđa se da će smrtnost povezana s rakom rektuma i debeloga crijeva ukupno porasti za 60 %, odnosno 71,5 % do 2035. godine. U 2020. bilo je više od 1,9 milijuna potpuno novih slučajeva CRC-a. Svake godine gotovo 935 000 ljudi umre od raka debeloga crijeva (4). Najrašireniji rak u Hrvatskoj je upravo CRC. Svake godine u prosjeku oboli 3600 ljudi, a muškarci čine otprilike 60 % tih slučajeva. Iako je češći među starijim osobama, otprilike petina oboljelih mlađa je od 60 godina. Najnovija statistika Registra za rak pokazuje da je u 2019. godini 3660 osoba dobilo dijagnozu CRC-a; prosječna dob pri postavljanju dijagnoze bila je 69 godina (2).

1.1.2. Etiologija

Smatra se da su pretilost, sjedilački način života, prehrana bogata crvenim i prerađenim mesom i siromašna vlaknima, voćem, povrćem, kalcijem i prehrambenim proizvodima,

pijenje alkohola i pušenje glavni uzroci karcinoma debeloga crijeva (1). Dakle, karcinom debeloga crijeva stanje je koje pogađa industrijalizirane nacije sa zapadnjačkim načinom života. Dokazano je da ljudi imaju veću vjerojatnost da obole od CRC-a ako postoji obiteljska anamneza karcinoma, ako imaju upalnu bolest crijeva, kolecistektomiju, polipe debeloga crijeva ili dijabetes melitus. Također, crijevni mikrobiom, dob, spol i rasa te socioekonomski status utječu na rizik od CRC-a (3).

1.1.3. Klasifikacija karcinoma debeloga crijeva

Američko udruženo povjerenstvo za rak (engl. *American Joint Committee on Cancer – AJCC*) trenutno klasificira karcinome isključivo na temelju karakteristika samih tumora te se to naziva TNM klasifikacija. T-vrijednosti ocjenjuju se različito, ovisno o uključenim anatomskim strukturama. Kada je riječ o kolorektalnome karcinomu, na primjer, T1 označava invaziju u submukozu, dok T2 označava invaziju mišićnoga sloja. T3 označava invaziju subseroze, dok T4 označava širenje tumora kroz sve slojeve debeloga crijeva i invaziju na visceralni peritoneum ili obližnje strukture. T0 ukazuje na *in situ* karcinom. Kada je nemoguće procijeniti tumor, koristi se oznaka Tx.

N-vrijednost ocjenjuje zahvaćenost limfnih čvorova. N0 implicira da ne postoji regionalno širenje na limfne čvorove dok oznake od N1 do N3 pokazuju različite stupnjeve širenja na limfne čvorove, s postupnim distalnim širenjem od N1 do N3. Različite N-vrijednosti procjenjuju se ovisno o vrsti tumora i broju limfnih čvorova koji su drenirani u tome području. N1 označava zahvaćenost 1-3 regionalna čvora u kolorektalnome karcinomu. N2 može uključivati 4-6 regionalnih čvorova, dok N3 označava zahvaćenost 7+ regionalnih čvorova. Kada se limfni čvorovi ne mogu procijeniti, koristi se oznaka Nx.

Oznaka M koristi se za otkrivanje prisutnosti udaljenih metastaza primarnoga tumora. Kada se tumor pomakne izvan lokalnih limfnih čvorova, to se naziva metastazom. Ako nema znakova udaljenih metastaza, tumor se kategorizira kao M0, a ako ih ima, kategorizira se kao M1. U klasifikaciji kolorektalnoga karcinoma M1a označava širenje na jedno mjesto, M1b na dva ili više, a M1c na peritonealnu površinu. Loš prognostički pokazatelj za kolorektalni karcinom jest osobito peritonealna karcinomatosa koja ima visoku smrtnost (5).

1.1.4. Klinička slika

Činjenica da se CRC često razvija sporo i obično ne uzrokuje simptome sve dok ne naraste do veličine od nekoliko centimetara naglašava važnost probira. CRC može ometati prolaz fecesa i uzrokovati grčeve, bol ili krvarenje koje se može pojaviti kao vidljivo krvarenje pri

pražnjenju crijeva ili, rijetko, kao tamna „katranasta“ stolica. Promjene u navikama pražnjenja crijeva, hematohezija uzrokovana rektalnim krvarenjem, anemija uzrokovana nedostatkom željeza, bolovi u trbuhu, gubitak tjelesne težine i gubitak apetita uobičajeni su simptomi u vrijeme pojave CRC-a. U prosjeku 20 % ljudi s CRC-om ima metastatsku bolest kada im se prvi put dijagnosticira karcinom. Limfno, hematogeno, kontinuirano ili transperitonealno širenje četiri su načina na koje dolazi do metastaza. Regionalni limfni čvorovi, jetra, pluća i peritoneum najčešća su mjesta metastaza CRC-a. Simptomi mogu uključivati bol u trbuhu, perforaciju i apsces od izravnoga proširenja, žuticu i bol u desnome gornjem kvadrantu (jetra), supraklavikularnu limfadenopatiju, periumbilikalne čvorove i dispneju, ovisno o mjestu metastaza (pluća). Intestinalna blokada i/ili perforacija ukazuju na lošu prognozu bez obzira na stadij raka (6,7).

1.1.5. Dijagnoza karcinoma debeloga crijeva

Dijagnoza CRC-a postavlja se ili kao posljedica probira ili nakon što se kod pacijenta pojave simptomi. Simptomi imaju ograničenu sposobnost predviđanja prisutnosti CRC-a kod starijega bolesnika, ali unatoč tome zahtijevaju dodatna klinička ispitivanja. Brojni ljudi sada dobivaju pretkliničku dijagnozu CRC-a kao rezultat široko rasprostranjene upotrebe populacijskoga probira. Iako je kolonoskopija preporučena metoda ispitivanja kod simptomatskih pacijenata, alternativni endoskopski pristupi dostupni su ili se razvijaju (8). Postupak izbora za otkrivanje CRC-a i dalje je kolonoskopija. Kompjuteriziranu tomografiju (CT) prsnoga koša, abdomena i zdjelice s kontrastom potrebno je napraviti za određivanje stadija CRC-a kod pacijenta prije bilo koje vrste liječenja. Iako CRC može imati više razine tumorskih markera, poput onih karcinoembrionalnog antigena (CEA), oni nisu pouzdan pokazatelj postojanja karcinoma. Umjesto toga, razine CEA koriste se kao metoda praćenja tijekom i nakon liječenja. Povišene razine alkalne fosfataze najtipičnije su vrijednosti testa koje su abnormalne u bolesnika s metastazama u jetri. Snimanje jetre magnetnom rezonancijom (MR) s kontrastom može povećati točnost prepoznavanja jetrenih metastaza (7).

1.1.6. Liječenje karcinoma debeloga crijeva

Neke rane zloćudne bolesti mogu se liječiti samo lokalno. Zbog programa probira raka debeloga crijeva, prevalencija je ovih ranih zloćudnih bolesti debeloga crijeva porasla. Uz operaciju i radioterapiju, endoskopsko je liječenje opcija. Kamen temeljac medicinske skrbi s kurativnim ciljem jest kirurško liječenje. Operacijom kolona nastoji se ekscizirati zahvaćeni dio debeloga crijeva i ukloniti cijeli maligni tumor, što ponekad zahtijeva plasiranje kolostome (8). Bolesnici s nepovoljnim CRC-om, klasifikacije T3 koji se šire 5 mm u

mezorektum i/ili se približavaju unutar 2 mm mezorektalnoj fasciji, što se vidi na MR-u, mogu imati koristi od neoadjuvantne radioterapije (ili kemoradioterapije). Ovisno o bolesniku i značajkama tumora, T4 i rak rektuma s pozitivnim limfnim čvorovima zahtijevaju kratkotrajno frakcionirano zračenje ili kemoradioterapiju. Ovim se osobama nakon glavnoga zračenja ili kemoradioterapije savjetuje ponovno obavljanje endoskopije i MR-a. Kada se tumor dovoljno smanji, operacijsko uklanjanje može biti opcija (9).

1.2. Perioperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom debelog crijeva

Metoda izbora za liječenje CRC-a jest kirurško uklanjanje tumora. S obzirom na psihološku osjetljivost samih bolesnika, onesposobljavajuće simptome i popratne promjene načina života koje sama operacija može donijeti, medicinska sestra mora pacijentu reći što može očekivati prije, tijekom i nakon operacije. Ona pacijenta mora adekvatno pripremiti za operaciju, kako fizički, tako i psihički, uzeti u obzir sve pacijentove probleme i potencijalne probleme te ga gledati kao cjelinu, a potom prema tome praviti planove zdravstvene njege (10).

1.2.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom debeloga crijeva

Dob, fizičko stanje, perioperacijski plan upravljanja, stadij tumora, vrsta kirurškoga zahvata i osiguranje kvalitete života ključni su faktori kada se odlučuje hoće li se na pacijentu raditi kirurški zahvat. Ukupne stope preživljenja starijih osoba s CRC-om niže su od onih kod mlađih bolesnika. Kirurg započinje proces edukacije i pripreme za operaciju, a nastavlja ga medicinska sestra. Izgradnja odnosa koji omogućuje komunikaciju usmjerenu na osobu između pacijenta i medicinske sestre može započeti prijeoperacijskim konzultacijama. Komunikacijom usmjerenom na osobu poštuje pacijenta kao osobu tako što čuje njegovu perspektivu i uključuje ga u razgovor otvorenim pitanjima. To pomaže pacijentu da stekne bolje razumijevanje kirurškoga zahvata i izgrađuje svoje resurse i kapacitete za suočavanje s postupkom i oporavak. Medicinska sestra također priprema bolesnika fizički, provodi brijanje operacijskoga polja, uzima uzorke za laboratorijske pretrage, priprema bolesnika na druge pretrage i drugo (11).

1.2.2. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom debeloga crijeva

Pacijenti nakon operacije imaju fizičke, psihičke i socijalne teškoće, osobito oni s novoizvedenim stomama. Pacijenti mogu doživjeti komplikacije poput problema s kožom i stomom te neugodnim mirisom. Druge fizičke poteškoće koje pacijenti mogu doživjeti uključuju probleme s crijevima i seksualnu disfunkciju. Prijeoperacijsko planiranje je ključno jer pomaže u izbjegavanju poslijeoperacijskih problema. Sestrinstvo temeljeno na dokazima

vrsta je modela sestriinstva s glavnim ciljem korištenja najnovijih, najboljih i dobro potkrijepljenih znanstvenih teorija za pružanje skrbi pacijentima. Sestrinske intervencije mogu uspješno smanjiti poslijeoperacijske komplikacije u bolesnika s CRC-om. To zahtijeva od medicinskih sestara da provode temeljite procjene pacijenta, pružaju individualiziranu i ciljanu njegu, da pomno prate i bilježe kliničke pokazatelje tijekom procesa njege (12,13).

1.3. Prevencija karcinoma debeloga crijeva

Probir na rak debeloga crijeva mjera je uštede u mnogim zemljama zbog nagloga povećanja troškova liječenja. Postoje brojne tehnike probira koje se mogu koristiti, kako invazivne, tako i neinvazivne. Većina programa izgrađena je na jednome primarnom testu probira, s kolonoskopijom koja slijedi kod pojedinaca koji su pozitivni (9). Sve žene i muškarci u dobi od 50 do 74 godine podvrgavaju se probiru, a svake se dvije godine putem dopisa poslanih poštom pozivaju da popune kartični gvajakov test na prisutnost nevidljive krvi u stolici. Onima koji dobiju nepovoljan ishod savjetuje se napraviti probirnu kolonoskopiju. Dobni raspon programa i strategija provedbe slijede smjernice Europske komisije (14). Zbog niza varijabli, CRC je prikladniji za populacijski probir od bilo koje druge vrste malignosti. Prije svega, usprkos intenzivnim, zahtjevnim, a često i iznimno skupim terapijama, bolest ima visoku incidenciju i značajan broj oboljelih ima loše ishode. Kolorektalni adenom javlja se prije CRC-a. Prijelaz iz adenoma u karcinom događa se kod osoba sa sporadičnim (nenasljednim) oboljenjem tijekom razdoblja od najmanje 5 do 10 godina. Postoji značajan prozor mogućnosti za probir zbog dugoga pretkliničkog stadija bolesti. Adenomi i rani zloćudni tumori entiteti su koji se mogu detektirati i liječiti, za razliku od prethodnika drugih izuzetno raširenih karcinoma dojke, prostate i pluća (9).

1.3.1. Uloga medicinske sestre u prevenciji karcinoma debeloga crijeva

Prevencija raka debeloga crijeva ključna je za javno zdravlje, a medicinska sestra ima glavnu ulogu u edukaciji zajednice o mjerama prevencije. Sve veći broj istraživanja pokazuje da prestanak pušenja, hranjiva prehrana i redovita tjelovježba mogu spriječiti pojavu CRC-a. Medicinska sestra različitim akcijama sudjeluje u programima prevencije pušenja, promicanja zdrave prehrane i tjelesne aktivnosti. Hormonska nadomjesna terapija i redovita uporaba vitaminskih dodataka povezani su s nižom učestalošću CRC-a. Međutim, rezultati opservacijskih istraživanja i kasnijih nasumičnih ispitivanja bili su različiti za niz kemopreventivnih lijekova. Medicinske sestre moraju podučavati zajednicu o važnosti probira na CRC te ih motivirati na obavljanje testa. Redovite kolonoskopije kao metode praćenja savjetuju se osobama s povišenim čimbenicima rizika (kao što su oni s nasljednim ili

obiteljskim rizikom), kroničnim ulceroznim kolitisom, prethodnim adenomima ili CRC-om (8).

1.4. Zdravstveni odgoj bolesnika s karcinomom debeloga crijeva

Ovisno o vrsti operacijskoga zahvata, bolesniku se može izvesti kolostoma. Komplikacije kolostome narušavaju i emocionalni i društveni život pacijenata pored njihove fizičke i fiziološke dobrobiti. Jedan od najtežih događaja u životima osoba s karcinomom debeloga crijeva jest suočavanje s kolostomom nakon operacije. Stoga, kako bi se pomoglo bolesnicima u svladavanju fizičkih, psiholoških i društvenih izazova te podiglo samopoštovanje, potrebna je integrirana i organizirana edukacija o samopomoći. Osobe sa stomama kroz čitav proces vode medicinske sestre obučene za korištenje stome, a ovo područje sestrinstva nastavlja napredovati na globalnoj razini. Medicinske sestre bolesnika podučavaju kako mijenjati stomu i kada, njegovu okolnu kožu oko stome, te ih upućuju u rad grupa za potporu. Kako bi se spriječile ili riješile poteškoće i poboljšale fiziološke i psihosocijalne prilagodbe pacijenata sa stomom, opsežna i individualizirana njega je ključna. Posljedično će to poboljšati bolesnikovu samostalnost (15). Osim edukacije o stomi, bolesnike se podučava o važnosti redovitih kontrolnih pregleda, adekvatnoj prehrani i drugim metodama prevencije.

1.5. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s karcinomom debeloga crijeva

Onkološki planovi zdravstvene njege dovoljno su složeni i preklapajući da zahtijevaju sistematiziranu dokumentaciju koja osigurava visokokvalitetnu, besprijekornu i sveobuhvatnu skrb. Prvi je korak u oblikovanju zdravstvene skrbi rješavanje potreba pacijenata kroz sestrinske dijagnoze. Kao rezultat toga, potrebno je individualizirano sastavljanje plana zdravstvene njege. Sestrinska anamneza (anamneza i fizikalni pregled), sestrinske dijagnoze i planiranje zdravstvene njege (očekivani rezultati i akcije koje treba poduzeti) prave se na temelju znanja i kritičkoga razmišljanja. Dijagnostičko zaključivanje olakšava razvoj sestrinske skrbi i planova intervencije unutar sestrinskoga procesa. Sestrinske dijagnoze usmjeravaju profilaktičke i/ili terapijske radnje, zdravstveni odgoj i smjernice za prevenciju i upravljanje znakovima i simptomima bolesti, te su povezane s fizičkim, psihosocijalnim i obiteljskim potrebama pojedinca u kliničkoj praksi sestrinstva (17).

Najčešće dijagnoze u procesu zdravstvene njege kod bolesnika oboljelih od karcinoma debeloga crijeva prema literatu su (18):

- Žalovanje u/s promjenama u tjelesnoj funkciji, promjenom načina života, percipiranom potencijalnom smrću
- Nisko samopoštovanje u/s posljedicama kemoterapije, promjenama u tjelesnom izgledu (postavljena kolostoma), prijeteće smrti, osjećaja nedostatka kontrole i sumnje u prihvaćanje drugih
- Neuravnotežena prehrana: unos manji od tjelesnih potreba u/s posljedicama kemoterapije i operacijskoga zahvata
- Visok rizik za opstipaciju u/s posljedicama kemoterapije i neadekvatne prehrane

2. CILJ

Cilj je rada na temelju slučaja bolesnika s karcinomom debeloga crijeva prikazati postavljene sestrinske dijagnoze i ciljeve te planirane i provedene intervencije tijekom provođenja zdravstvene njege bolesnika usmjerene na rješavanje problema bolesnika.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Proces zdravstvene njege bolesnika s karcinomom debeloga crijeva

Medicinske sestre moraju obavljati različite zadatke kada njeguju bolesnika s rakom. Liječenje može uzrokovati brojne komplikacije i poteškoće za bolesnika kojih medicinska sestra mora biti svjesna. Potrebna je stalna procjena zdravstvenoga stanja pacijenta kako bi se utvrdila potreba za pomoći. Pacijentu se pomaže u svladavanju boli, prati se njegova prehrana i daje mu se emocionalna potpora. Sve je to uključeno prilikom izrade planova zdravstvene njege oboljelih od raka (16).

3.2. Prikaz slučaja

U radu se prikazuje slučaj bolesnice N. N. u dobi od 75 godina koja se javila na Zavod za abdominalnu kirurgiju KBC-a Osijek radi zakazanoga operacijskog zahvata na debelome crijevu, redovnim prijemom.

Rad je odobrilo Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i medicinskih tehničara za zdravstvenu njegu KBC-a Osijek.

Bolesnica je bila obaviještena o cilju završnoga rada, dobila je na uvid pisanu obavijest sa svrhom i važnošću izrade završnoga rada te izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenoga bolesnika / obaviještene bolesnice za sudjelovanje. Bolesnici je objašnjeno da je sudjelovanje anonimno te da u radu neće biti otkrivene informacije koje mogu otkriti njezin identitet (ime i prezime, inicijali, bolnička zaporka). Bolesnica je dobrovoljno pristala sudjelovati u izradi završnoga rada što je potvrdila svojim potpisom u informiranome pristanku.

U daljnjemu tekstu prikazan je proces sestrinske skrbi za bolesnicu koji obuhvaća sestrinsku anamnezu i status, definirane dijagnoze u procesu zdravstvene njege, ciljeve sestrinske skrbi, planirane i provedene intervencije te evaluaciju.

3.2.1. Sestrinska anamneza i status

Pacijentica N. N. u dobi od 75 godina zaprimljena je na Zavod za abdominalnu kirurgiju KBC-a Osijek zbog zakazanoga operacijskog zahvata na debelome crijevu. Tijekom zadnjih 10 godina boluje od hipertenzije. Obavlja redovite liječničke kontrole, svakodnevno kontrolira krvni tlak i redovito uzima ordiniranu terapiju. Otac joj je bolovao od hipertenzije, a ujak joj je imao karcinom debeloga crijeva. Bolesnica je osjećala umor, stezajuće bolove u gornjem dijelu abdomena uz pojačanje bolova nakon obroka i žalila se na gubitak od 4 kg

unazad mjesec dana zbog čega se bila obratila liječniku obiteljske medicine. Učinjen joj je RTG abdomena, pregled stolice na okultno krvarenje i kolonoskopija te joj je utvrđena medicinska dijagnoza karcinoma debeloga crijeva. Bolesnica ne pije alkohol, ne puši te negira alergije na hranu i lijekove. Za vrijeme boravka u bolnici bolesnica je upoznata s medicinskom dijagnozom i postupcima.

Bolesnica je kod kuće imala 3 obroka dnevno. Za doručak je najčešće jela pecivo uz jogurt i kavu. Za ručak je samostalno pripremala kuhane obroke, a za večeru je jela, kako navodi, „što ostane od ručka“. Izbjegavala je masnu i slanu hranu. Unosila je 1,5-2 L vode dnevno. Bolesnica je nakon operacije bila na parenteralnoj prehrani. Treći dan od operacije uz parenteralnu prehranu postepeno započinje s tekućom dijetom. Četiri dana nakon operacije propisana joj je tekuća i pasirana dijeta. Zadovoljna je bolničkom prehranom. Unosi oko 1,5 L vode dnevno.

Bolesnica je kod kuće svakodnevno imala stolicu. Nije primijetila promjene u boji, mirisu, konzistenciji, niti prisutnost primjesa. Urin je bio svijetložute boje, bez primjesa i mirisa. Bolesnica je u bolnici stolicu imala 3. poslijeoperacijskoga dana. Stolica je smeđa, mekše konzistencije te bez primjesa. Nakon toga stolicu ima svakodnevno. Prije operacije postavljen joj je urinarni kateter zbog mogućnosti retencije urina te je izvađen 3. poslijeoperacijskoga dana. Urin je bistar te je bez primjesa i mirisa. Izlučena količina urina odgovara unesenoj količini tekućine. Prilikom operacije postavljen joj je abdominalni dren koji je izvađen 6. poslijeoperacijskoga dana.

Bolesnica je kod kuće sve aktivnosti samozbrinjavanja i kućanske poslove obavljala samostalno. Slobodno vrijeme provodila je u igri i šetnji s unucima. Nakon operacijskoga zahvata, u bolnici je postepeno ustajala uz pomoć medicinske sestre. Sada sve aktivnosti samozbrinjavanja obavlja samostalno.

Bolesnica je kod kuće odlazila spavati oko 23 h te se budila u 7 h. Spavala je u kontinuitetu, a ujutro se osjećala odmorno. Prije spavanja gledala je TV. Obično je spavala u tanjoj pidžami dugih rukava, u prozračnoj i hladnijoj sobi. Nije uzimala nikakvu terapiju za spavanje. Bolesnica u bolnici zaspe oko 21 h te se budi oko 7 h. Izjavljuje kako nema teškoća sa spavanjem. Budi se odmorna.

Bolesnica nema problema s pamćenjem i koncentracijom. Dobro čuje. Nosi naočale prilikom čitanja. Zadnju kontrolu kod oftalmologa obavila je prije 6 mjeseci. Nakon operacije navodi

da osjeća blagu bol. Na skali od 0 do 10 bol ocjenjuje s 4. U slučaju prisutnih bolova, kod kuće je uzimala Brufen 400 mg. Ima intravensku kanilu na desnoj ruci. Na području abdomena 3 incizije od laparoskopske operacije. Rane zacjeljuju primarno.

Bolesnica se opisuje vedrom osobom. Zadovoljna je svojim životom i vlastitim postignućima. Izjavljuje: „Otkad sam saznala za bolest brinem se što je još zahvaćeno i hoću li morati na zračenje.“ Živi sama već 11 godina, u stanu pokraj sinovljeva stana i njegove obitelji. Bolesnica je sa svima u dobrim odnosima, a sinovljeva obitelj i unuci najveća su joj podrška i poticaj.

Bolesnica je prvu mjesečnicu dobila s 14 godina, a posljednju je imala s 53 godine. Imala je 2 uredno kontrolirane trudnoće i 2 porođaja prirodnim putem.

Bolesnica navodi kako unazad nekoliko godina nije doživjela značajne stresne situacije. Izjavljuje: „Ono što ne mogu promijeniti, trudim se prihvatiti.“

Bolesnica je rimokatoličke vjeroispovijesti. Ne smatra se religioznom osobom. Najvećom vrijednošću u životu smatra obitelj.

FIZIKALNI PREGLED

Bolesnica je visoka 168 cm, a težina joj iznosi 76 kg. Temperatura joj je 36,5. Puls iznosi 75 otkucaja u minuti. Ritmičan je, dobre punjenosti. Krvni tlak je 120/80, disanje 15 udaha/izdaha u minuti, normalne dubine. Boja kože i turgor su normalni. Nema koštanih izbočenja, edema ni lezija. Usna šupljina je uredna. Bolesnica ima vlastite zube. Hod i ravnoteža su uravnoteženi. Procjena za nastanak dekubitusa na Braden skali iznosi 20 bodova.

3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege

Tijekom hospitalizacije utvrđene su sestrinske dijagnoze i napravljeni planovi zdravstvene njege. Planirane intervencije provođene su kako bi se zadovoljile sve utvrđene potrebe bolesnice i kako bi joj se pomoglo da se što prije osamostali, uz pridržavanje načela zdravstvene njege i individualiziranoga pristupa.

Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: Bol u/s operacijskim zahvatom što se očituje izjavom bolesnice: „Boli me...“ i procjenom boli ocjenom 7 na skali za bol 0-10

Cilj: Bolesnica će tijekom hospitalizacije verbalizirati smanjenu razinu boli i procijenit će bol ocjenom 2 na skali za bol 0-10.

3. PRIKAZ SLUČAJA

Planirane intervencije:

Medicinska sestra / medicinski tehničar će:

- Zajedno s bolesnicom procjenjivati bol najmanje tri puta dnevno pomoću skale za bol 0-10
- Mjeriti vitalne funkcije
- Promatrati bolesnicu te prepoznati prisutnost znakova boli
- Poticati bolesnicu na verbalizaciju osjećaja boli
- Obavijestiti liječnika o boli
- Podučiti bolesnicu mjerama distrakcije od boli
- Podučiti bolesnicu da zauzme položaj u kojemu je bol najmanja
- Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- Ponovno procjenjivati bol
- Dokumentirati procjene boli bolesnice na skali boli 0-10

Evaluacija: Bolesnica je tijekom hospitalizacije verbalizirala smanjenu razinu boli i procijenila je bol ocjenom 2 na skali za bol 0-10. Cilj postignut!

Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: Zabrinutost u/s nedostatkom specifičnoga znanja što se očituje izjavom bolesnice: „Brine me...“

Cilj: Bolesnica će tijekom hospitalizacije i nakon provedene edukacije verbalizirati smanjenje osjećaja zabrinutosti.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra / medicinski tehničar će:

- Potaknuti bolesnicu na verbaliziranje osjećaja zabrinutosti
- Poticati bolesnicu da pita što ju zanima i brine te odgovoriti joj
- Podučiti bolesnicu o samoj bolesti i metodama liječenja te mogućim komplikacijama
- Koristiti razumljiv jezik prilikom podučavanja
- Dati bolesnici pisane upute o bolesti
- Obavijestiti liječnika o pitanjima bolesnice vezano za njezinu bolest i ishode liječenja
- Dogovoriti s bolesnicom i liječnikom vrijeme razgovora
- Ponovno procjenjivati razinu zabrinutosti bolesnice

Evaluacija: Bolesnica je tijekom hospitalizacije i nakon provedene edukacije verbalizirala smanjenje osjećaja zabrinutosti. Cilj postignut!

Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: Visok rizik za infekciju u/s operacijskom ranom

Cilj: Bolesnica tijekom hospitalizacije neće razviti simptome i znakove infekcije.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra / medicinski tehničar će:

- Mjeriti vitalne znakove
- Pratiti promjene vitalnih funkcija i izvijestiti liječnika o odstupanjima
- Objasniti bolesnici čimbenike za nastanak infekcije
- Previjati ranu
- Pratiti izgled operacijske rane i okolne kože
- Podučiti bolesnicu o važnosti održavanja osobne higijene
- Provjeriti usvojenost znanja
- Poticati bolesnicu na redovito obavljanje osobne higijene
- Pohvaliti bolesnicu

Evaluacija: Bolesnica tijekom hospitalizacije nije razvila simptome i znakove infekcije. Cilj postignut!

3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo

Bolesnica N. N. u dobi od 75 godina živi u Osijeku, u mirovini. Udovica je i majka dvoje djece. Bolesnica je redovnim prijemom primljena na Zavod za abdominalnu kirurgiju radi planiranoga operacijskog zahvata na debelome crijevu.

Medicinska dijagnoza: *Ca* debeloga crijeva

Popis problema iz područja zdravstvene njege otkrivenih tijekom hospitalizacije:

1. Bol u/s operacijskim zahvatom što se očituje izjavom bolesnice: „Boli me...“ i procjenom boli ocjenom 7 na skali za bol 0-10
2. Zabrinutost u/s nedostatkom specifičnoga znanja što se očituje izjavom bolesnice: „Brine me...“
3. Visok rizik za infekciju u/s operacijskom ranom

Ad 1.) Tijekom hospitalizacije, kod bolesnice se pojavila bol zbog operacijske rane. Medicinski tehničar zajedno je s bolesnicom procjenjivao bol najmanje tri puta dnevno pomoću skale za bol 0-10. Mjerene su i bilježene vitalne funkcije, izgled bolesnice je promatran redovito i procjenjivani su znakovi prisutstva boli te je bolesnica poticana na verbalizaciju osjećaja boli. Liječnik je obaviješten o postojanju boli, bolesnica je podučena o mjerama distrakcije od boli i da zauzme položaj u kojemu je bol najmanja. Primjenjivala je farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika te su dokumentirane procjene boli bolesnice na skali boli 0-10. Bolesnica je nakon intervencija medicinskoga tehničara procijenila bol ocjenom 2. Cilj je postignut. Preporuča se uzimanje prepisanih analgetika kod kuće po potrebi.

Ad 2.) Kod bolesnice se tijekom hospitalizacije pojavila zabrinutost zbog nedostatka specifičnih znanja. Medicinski je tehničar potaknuo bolesnicu na verbaliziranje osjećaja zabrinutosti. Bolesnicu se poticalo da pita što ju zanima i brine te joj je odgovoreno na postavljena pitanja. Bolesnica je podučena o samoj bolesti, metodama liječenja i mogućim komplikacijama te je korišten razumljiv jezik prilikom podučavanja. Bolesnica je dobila pisane upute o bolesti. Liječnik je obaviješten o pitanjima bolesnice vezano za njezinu bolest i ishode liječenja te je dogovoreno vrijeme razgovora s liječnikom i bolesnicom. Nakon provedene edukacije medicinski je tehničar je ponovno procijenio razinu zabrinutosti bolesnice. Bolesnica je nakon provedene edukacije verbalizirala smanjenje osjećaja zabrinutosti. Cilj je postignut. Bolesnici se savjetuje da se u slučaju bilo kakvih nejasnoća povezanih s bolešću i liječenjem nakon otpusta iz bolnice javi liječniku obiteljske medicine.

Ad 3.) Zbog operacijske rane kod bolesnice je došlo do visokoga rizika za infekciju. Medicinski je tehničar mjerio i bilježio vitalne funkcije. Praćene su promjene vitalnih funkcija i liječnika se izvještavalo o svim odstupanjima. Rana je previjana prema svim načelima asepsa. Bolesnici su objašnjeni čimbenici za nastanak infekcije i podučena je o važnosti održavanja osobne higijene. Provjerena je usvojenost znanja bolesnice i poticana je na redovito obavljanje osobne higijene te je pohvaljena. Bolesnica tijekom hospitalizacije nije razvila infekciju uz aseptično previjanje rane koje je radio medicinski tehničar te je znala objasniti čimbenike za nastanak infekcije. Cilj je postignut. Preporuča se kod kuće provoditi isti postupak s ranom prema preporukama liječnika obiteljske medicine.

4. RASPRAVA

Učestalost je raka CRC-a u porastu te je to drugi najčešći rak dijagnosticiran u svijetu. Dok se kod nekih identificira tek u uznapredovalome stadiju, kod mnogih ljudi bolest još uvijek napreduje unatoč otkrićima u kirurgiji i liječenju. Međutim, učinkovita kemoterapija s više lijekova u kombinaciji s ciljanom terapijom i resekcijom metastaza značajno produljuje život bolesnika. Osiguravanje najviše kvalitete života bolesnika jedan je od primarnih ciljeva suvremene skrbi za rak. Liječnici, medicinske sestre, psiholozi, rehabilitatori, fizioterapeuti i drugi medicinski stručnjaci čine medicinski tim koji brine o pacijentima oboljelima od CRC-a. Ono što je važno, medicinske sestre su te koje provode najviše vremena s pacijentima dok su na kemoterapiji i na bolničkome odjelu. Kako bi pružile najveću moguću skrb, moraju surađivati s ostalim članovima interdisciplinarnoga tima (19).

Tijekom hospitalizacije, kod bolesnice se pojavila bol zbog operacijske rane. Ljudi imaju potrebu za upravljanjem i smanjenjem boli. Bol je gotovo univerzalna među kirurškim pacijentima. Operacijska bol koja se ne kontrolira negativno utječe na fiziološke i psihičke procese, odgađajući poslijeoperacijsko cijeljenje i otpust iz bolnice. Objašnjavanje pacijentima uzroka i prirode boli, važnosti kontrole boli, ranoga ustajanja iz kreveta, važnosti izražavanja osjećaja i zabrinutosti te tehnika smanjenja boli samo su neke od strategija njege koje medicinske sestre koriste za ublažavanje boli. Ostale tehnike uključuju metode procjene boli i postavljanje ciljeva kontrole boli. Rak je više od obične bolesti koja uzrokuje bol i agoniju. Ima utjecaja na bolesnikovu obitelj, posao i financijsku situaciju. Utječe na pokretljivost i način života, a to se može radikalno promijeniti trenutno ili trajno. Kao rezultat toga, medicinska sestra ima značajnu odgovornost kada je u pitanju organiziranje sestrinske pomoći u onkologiji, posebice u pogledu donošenja odluka i poduzimanja aktivnosti usmjerenih na rješavanje problema otkrivenih tijekom dijagnostičke faze procesa (20).

Kod bolesnice se tijekom hospitalizacije pojavila zabrinutost zbog nedostatka specifičnih znanja. Bolesnici oboljeli od karcinoma, osim medicinske skrbi, imaju i niz zdravstvenih zahtjeva i briga. Često se kod njih može pojaviti zabrinutost zbog manjka informiranosti o samoj bolesti i principima liječenja, stoga je vrlo važno s bolesnikom provjeriti postojeća znanja i podučiti ga o samoj bolesti. Osim informiranosti, važna je redovita i poticajna komunikacija s bolesnikom, kao i ublažavanje zabrinutosti bolesnika od ponovnoga pojavljivanja ili širenja bolesti (21). Podučavanje bolesnika i njihovih njegovatelja o temi kao što je proces bolesti priprema ih za rješavanje problema povezanih s bolešću. Pronalaženje i rješavanje potreba cilj je intervencije procjene potreba. Informacije o pružanju medicinske i

osobne njege dio su praktične pomoći. Važno je da bolesnik osjeća podršku, kako medicinske sestre, tako i obitelji i njegovih bližnjih kako bi se osjećaj zabrinutosti umanjio (22).

Zbog operacijske rane kod bolesnice u prikazu slučaja došlo je do visokoga rizika za infekciju. Mikroorganizmi se mogu naći posvuda, uključujući tlo i vodu te kožu, crijeva i druge dijelove tijela koji su izloženi okolišu, kao i usta, gornje dišne puteve, vaginu i donji mokraćni sustav. Brojni su mikroorganizmi korisni za ljudsko zdravlje, dok su drugi opasni ili čak smrtonosni. Kao rezultat toga, medicinske sestre su te koje su zadužene za stvaranje fiziološki sigurne atmosfere. Medicinska sestra ispituje bolesnikovu povijest bolesti, obavlja fizički pregled i prikuplja laboratorijske rezultate. Kako bi zaustavila širenje potencijalno zaraznih bakterija, medicinske sestre potiču korištenje medicinske i kirurške asepse prilikom previjanja rana i obavljanja medicinsko-tehničkih postupaka i čistoću ruku (23).

5. ZAKLJUČAK

Prikazan je slučaj bolesnice s operacijom debeloga crijeva zbog medicinske dijagnoze *Ca* debeloga crijeva. Zbog posebnih problema u području zdravstvene njege bio je potreban cjelovit i prilagođen individualizirani pristup.

Utvrđeni su sljedeći problemi iz područja zdravstvene njege, otkriveni tijekom hospitalizacije: bol u/s operacijskim zahvatom, zabrinutost u/s nedostatkom specifičnoga znanja, visok rizik za infekciju u/s operacijskom ranom. Utvrđeni su problemi riješeni kroz plan zdravstvene njege i provođenjem individualiziranih i prilagođenih intervencija.

Kod pružanja zdravstvene njege bolesnicima oboljelima od karcinoma debeloga crijeva vrlo je važan multidisciplinarni pristup u liječenju. Medicinske sestre zdravstvenu njegu provode kontinuiranim procjenama stanja bolesnika, pružanjem podrške, kroz kontrolu boli, promičući adekvatnu prehranu i pružajući emocionalnu podršku.

6. SAŽETAK

Cilj rada: Na temelju slučaja bolesnika s karcinomom debeloga crijeva prikazati postavljene dijagnoze i ciljeve, planirane i provedene intervencije tijekom provođenja zdravstvene njege bolesnika usmjerene na rješavanje problema bolesnika.

Opis slučaja: Tijekom hospitalizacije kod bolesnice su utvrđene sljedeće dijagnoze u procesu zdravstvene njege: bol u/s operacijskim zahvatom; zabrinutost u/s nedostatkom specifičnih znanja i visok rizik za infekciju u/s operacijskom ranom. Utvrđeni su problemi riješeni kroz plan zdravstvene njege i provođenjem individualiziranih i prilagođenih intervencija.

Zaključak: Kod pružanja zdravstvene njege bolesnicima oboljelima od karcinoma debeloga crijeva vrlo je važan multidisciplinarni pristup u liječenju. Medicinske sestre zdravstvenu njegu provode kontinuiranim procjenama stanja bolesnika, pružanjem podrške, kroz kontrolu boli, promičući adekvatnu prehranu i pružajući emocionalnu podršku.

Ključne riječi: karcinom debeloga crijeva; perioperacijska skrb; zdravstvena njega

7. SUMMARY

Nursing care of patients after colon cancer surgery

Objectives: Present the diagnosis and objectives of the healthcare process, planned and implemented actions during the delivery of the patient's healthcare, and problem-solving strategies based on the case of a patient with colon cancer.

Case: During the patient's hospitalization, the following diagnoses were made: pain related to surgery, anxiety related to lack of specific knowledge, and a high risk of infection related to the surgical wound. The identified problems were addressed through the health care plan and the implementation of personalized interventions.

Conclusion: A multidisciplinary approach to treatment is critical when providing health care to patients with colon cancer. Nurses provide health care by continuously assessing the patients condition, offering support, managing pain, promoting proper nutrition, and offering emotional support.

Key words: colon cancer; health care; perioperative care

8. LITERATURA

1. Ahmed M. Colon cancer: A clinician's perspective in 2019. *Gastroenterol Res.* 2020;13(1):1-10.
2. Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti. Epidemiologija raka debelog crijeva u Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/epidemiologija-raka-debelog-crijeva-u-hrvatskoj/>. Datum pristupa: 4. 9. 2022.
3. Mármol I, Sánchez-de-Diego C, Pradilla Dieste A, Cerrada E, Rodriguez Yoldi MJ. Colorectal carcinoma: A general overview and future perspectives in colorectal cancer. *Int J Mol Sci.* 2017;18(1):197.
4. Sawicki T, Ruszkowska M, Danielewicz A, Niedźwiedzka E, Arłukowicz T, Przybyłowicz KE. A review of colorectal cancer in terms of epidemiology, risk factors, development, symptoms and diagnosis. *Cancers.* 2021;13(9):2025.
5. Rosen RD, Sapra A. TNM Classification. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553187/>. Datum pristupa: 5. 9. 2022.
6. Simon K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging.* 2016;11:967-76.
7. Thanikachalam K, Khan G. Colorectal cancer and nutrition. *Nutrients.* 2019;11(1):164.
8. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet.* 2019;394(10207):1467-80.
9. Kuipers EJ, Grady WM, Lieberman D, Seufferlein T, Sung JJ, Boelens PG, van de Velde CJ, Watanabe T. Colorectal cancer. *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15065.
10. Wan SW, Chong CS, Toh EL, Lim SH, Loi CT, Lew YFH, i sur. A Theory-based, multidisciplinary approach to cocreate a patient-centric digital solution to enhance perioperative health outcomes among colorectal cancer patients and their family caregivers: Development and evaluation study. *J Med Internet Res.* 2021;23(12):e31917.
11. Pettersson ME, Öhlén J, Friberg F, Hydén LC, Wallengren C, Sarenmalm E, i sur. Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *J Clin Nurs.* 2018;27(13- 14):2904–16.

12. Guo M, Luo CL, Zheng X. Evidence based nursing intervention reduces incidence of postoperative complications and improves quality of life of patients with colorectal cancer. *Int J Clin Exp Med*. 2020;13(1):182-90.
13. Hoon LS, Sally CWC, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):883- 91.
14. Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti. Program probira raka debelog crijeva. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/program-probira-raka-debelog-crijeva/>. Datum pristupa: 6. 9. 2022.
15. El-Rahman A, Ali W, Mekkawy MM, Ayoub MT. Effect of nursing instructions on self care for colostomy patients. *Ass Sci Nurs J*. 2020;8(23):96-105.
16. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. 2. izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
17. Mateus LM. de A, Barbosa JAG, Donosco MTV, Lima de Aguiar BR, Reis PED, Simino G. Nursing diagnoses related to the potential adverse effects of antineoplastic chemotherapy. *Enferm Glob*. 2021;20(4):61-107.
18. Othman EH, Alost MR, Alshraideh JA, Al Muhaisen S. Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records. *Ecancermedicalsecience*. 2021;15:1315.
19. Sierko E, Werpachowska MT, Sokol M, Wojtukiewicz M. Quality of nursing care of colorectal cancer patients undergoing first line palliative chemotherapy — a questionnaire study in a single institution in Poland. *Adv Palliat Med*. 2011;10(2):65-71.
20. Jomar RT, de Souza Bispo VR. The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalised with cancer: Integrative review. *Ecancermedicalsecience*. 2014;8:462.
21. Tuominen L, Stolt M, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *J Clin Nurs*. 2018;28(13-14):2401-19.
22. Becqué YN, Rietjens JAC, van Driel AG, van der Heide A, Witkamp E. Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *Int J Nurs Stud*. 2019;97:28–39
23. Carrico RM, Garrett H, Balcom D, Glowicz JB. Infection prevention and control core practices: A roadmap for nursing practice. *Nursing*. 2018;48(8):28-9.

10. PRILOZI

Prilog 1. Odobrenje Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničar

Prilog 1. Odobrenje Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara



Klinički bolnički centar Osijek
Povjerenstvo za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara
za zdravstvenu njegu

Broj: R1-9858-4/2022.
Osijek, 12.09.2022.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 19./3 sjednici održanoj 12.09.2022. godine pod točkom 4 dnevnog reda donijelo je slijedeći:

ZAKLJUČAK

Temeljem uvida u zamolbu s priloženom dokumentacijom koju je ovom Povjerenstvu predao Josip Alšić, student sveučilišnog preddiplomskog studija Sestrinstvo Osijek, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, a u svrhu provođenja prikaza slučaja vezanog uz izradu završnog rada pod nazivom: „Zdravstvena njega bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva”, mentor doc. dr. sc. Ivana Barać, mag. psych./ komentor dr. sc. Nikolina Farčić, mag. med. techn. Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara KBC Osijek izražava mišljenje, na svojoj 19./3 sjednici održanoj dana 12.09.2022. godine zaključilo je:

- ✓ Da student Josip Alšić kao istraživač, posjeduje odgovarajuće stručne i znanstvene kompetencije za korektnu i uspješnu realizaciju predloženog istraživanja;
- ✓ Da predloženi prikaz slučaja može rezultirati novim znanstvenim/stručnim spoznajama u tome području;
- ✓ Da su plan rada i metode istraživanja u skladu s etičkim i znanstvenim standardima;
- ✓ Da su plan rada i metode prikaza slučaja, odabir, obaviještenost i suglasnost ispitanika/zakonskih zastupnika, u skladu s etičkim i znanstvenim standardima;
- ✓ Da su predvidivi rizici i opasnosti u odnosu prema pretpostavljenoj znanstvenoj koristi, osmišljeni uz najmanje moguće izlaganje riziku i/ili opasnosti po zdravlje istraživača, suradnika u istraživanju i opće populacije, u skladu s temeljnim etičkim principima i ljudskim pravima u biomedicinskim istraživanjima u području medicine i zdravstva, uključujući standarde korištenja i postupka s humanim biološkim materijalom u znanstvenim i stručnim biomedicinskim istraživanjima.

Temeljem gore navedenog, Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara izražava mišljenje:



Klinički bolnički centar Osijek
Povjerenstvo za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara
za zdravstvenu njegu

Da su tema i predloženi prikaz slučaja za koje je zamolbu predao pristupnik Josip Alšić u svrhu provođenja prikaza slučaja vezanog uz završni rad, multidisciplinarno etički prihvatljivi, s napomenom da za svako eventualno odstupanje od najavljenog istraživanja „Zdravstvena njega bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva” kao istraživač mora promptno obavijestiti i ponovno zatražiti mišljenje i suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Predsjednica Povjerenstva za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu:
Nikolina Farčić, mag. med. techn.

O tome obavijest:

1. Predlagatelj Josip Alšić putem elektroničke pošte
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara