

# Proces zdravstvene njege bolesnika sa stomom i edukacija bolesnika nakon otpusta

---

**Barušić, Monika**

**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:243:362084>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-23**

*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**

**Monika Barušić**

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE  
BOLESNIKA SA STOMOM I EDUKACIJA  
BOLESNIKA NAKON OTPUSTA**

**Završni rad**

**Nova Gradiška, 2022.**

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

**Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo**

**Monika Barušić**

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE  
BOLESNIKA SA STOMOM I EDUKACIJA  
BOLESNIKA NAKON OTPUSTA**

**Završni rad**

**Nova Gradiška, 2022.**

Rad ostvaren: Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.

Mentor rada: dr. sc. Stana Pačarić, mag. med. techn.

Rad ima 33 lista, 2 tablice.

**Znanstveno područje:** Biomedicina i zdravstvo

**Znanstveno polje:** Kliničke medicinske znanosti

**Znanstvena grana:** Sestrinstvo

## **Zahvala**

Zahvaljujem mentorici dr. sc. Stani Pačarić, mag. med. techn. na pruženoj podršci, susretljivosti, znanju i stručnosti tijekom izrade završnog rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji koja mi je omogućila školovanje i pružala podršku tijekom cijelog mog studiranja.

## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Anatomija i fiziologija debelog crijeva.....	1
1.2. Epidemiologija kolorektalnog karcinoma .....	2
1.3. Klinička slika.....	2
1.4. Dijagnostika i otkrivanje kolorektalnog karcinoma .....	2
1.5. Liječenje karcinoma debelog crijeva .....	3
1.6. Indikacije za postavljanje kolostome .....	3
1.7. Perioperacijska zdravstvena njega bolesnika s kolostomom.....	3
1.7.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika.....	4
1.7.2. Intraoperacijska zdravstvena njega bolesnika.....	5
1.7.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika .....	6
1.7.4. Edukacija bolesnika s kolostomom .....	6
1.7.5. Zdravstvena njega bolesnika u kući .....	7
2. CILJ.....	8
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	9
3.1. Proces zdravstvene njege bolesnika s kolostomom.....	9
3.2. Prikaz slučaja bolesnika s operacijom izvođenja kolostome .....	9
3.2.1. Sestrinska anamneza i status.....	9
3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege .....	14
3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo .....	17
3.2.4. Edukacija bolesnika nakon otpusta .....	18
4. RASPRAVA .....	20
5. ZAKLJUČAK.....	23
6. SAŽETAK.....	24
7. SUMMARY .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
8. LITERATURA .....	26
9. ŽIVOTOPIS.....	28

## 1. UVOD

Riječ *kolostoma* potječe iz grčkog jezika i sastoji se od riječi *colon* (anus) i *stoma* (otvor). Kolostoma nastaje kada se zdravo debelo crijevo izvede na površinu trbušne šupljine i učvrsti šavovima te time predstavlja novi izlaz za stolicu. Na taj se način zaobilazi anus, a sam probavni sustav nastavlja normalno funkcionirati. Najčešći su uzroci kolostomije malignitet debelog crijeva, upalna bolest crijeva, perforacije, ozljede, kongenitalne anomalije itd. (1). Operacija debelog crijeva rizičan je zahvat za koji je potrebna dobra priprema bolesnika. Opća prijeoperacijska priprema bolesnika uključuje poboljšanje općeg zdravstvenog stanja tijela. Psihološka podrška i razgovor vrlo su važni, kako za pacijente tako i za njihove obitelji. Medicinske sestre imaju zadatak educirati pacijente i pomoći im u razvoju vještina kako bi im omogućile što samostaliju njegu vlastite stome i uspješno funkcioniranje u svakodnevnom životu smanjujući njihovu ovisnost o drugima.

### 1.1. Anatomija i fiziologija debelog crijeva

Debelo crijevo nastavak je probavnog sustava. Nadovezuje se na tanko crijevo, a završava analnim otvorom. U odraslih osoba debelo crijevo dugo je od 1 metra do 1,5 metara. Podijeljeno je na četiri dijela: slijepo crijevo s crvuljkom (*caecum et appendix vermiformis*) koje se nadovezuje na tanko crijevo, obodno odnosno debelo crijevo (*colon*) koje se proteže od slijepog crijeva do anusa, a dijeli se na uzlazni (*colon ascendens*), poprečni (*colon transversum*), silazni (*colon descendens*) i sigmoidni kolon (*colon sigmoideum*) te na rektum i analni otvor (*canalis analis*) (2). U debelom crijevu odvija se miješanje i potiskivanje sadržaja. Sluznica debelog crijeva ne izlučuje probavne enzime, obiluje žlijezdama koje luče sluz, a zadaća sluzi jest zaštita crijevnih sluznica i oblikovanje fekalne mase. Apsorpcija debelog crijeva događa se u prvoj polovici debelog crijeva i ograničena je na elektrolite i vodu, a ono što preostane izbacuje se iz tijela defekacijom. U fecesu se nalaze bakterije od kojih mnoštvo ima korisnu ulogu za organizam, a to je proizvodnja tvari poput vitamina K, vitamina B12, tiamina, riboflamina itd. (3).

## **1.2. Epidemiologija kolorektalnog karcinoma**

Svake su godine incidencija i smrtnost od kolorektalnog karcinoma u porastu. Više od 9 % incidencije raka u svijetu zauzima kolorektalni karcinom, što ga čini trećim najčešćim oblikom raka u svijetu te četvrtim po učestalosti uzroka smrti. Prema tim podacima kolorektalni karcinom jedan je od vodećih zdravstvenih problema u svijetu, a i u Hrvatskoj (4). Najčešće se pojavljuje u dobi od 40 do 60 godina. Visok rizik za nastanak karcinoma debelog crijeva imaju osobe koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu na kolorektalni karcinom, osobe s polipima većim od 1 cm, osobe s kroničnim bolestima poput Chronove bolesti, ulceroznog kolitisa i sl. te naravno nepravilna prehrana bogata mastima, a siromašna vlaknima, pušenje i zračenje (5).

## **1.3. Klinička slika**

Klinička slika u oboljelih od kolorektalnog karcinoma nekarakteristična je, a ovisi o raširenosti lezije karcinoma. Najčešći su simptomi krvarenje iz debelog crijeva, promjene pri defekaciji i bol. Uobičajeno nema simptoma poremećaja peristaltike, ali moguća je pojava proljeva naizmjenice s opstipacijom. Moguće je javljanje sideropenične anemije zbog koje se javljaju vrtoglavica, bljedoća i umor. Karcinom na desnoj strani može se osjetiti prilikom palpacije dok se karcinom na lijevoj strani zbog njegova položaja ne može osjetiti palpacijom. Kod karcinoma lijevog kolona javlja se poremećaj peristaltike praćen opstipacijom, proljevom te pojavom krvave i sluzave stolice. Također, prvi simptom karcinoma debelog crijeva može biti iznenadna intestinalna opstrukcija. Takva komplikacija zahtijeva hitno kirurško liječenje, no može se prevenirati pravodobnim uočavanjem promjena u radu crijevne peristaltike i promjena na debelom crijevu (6).

## **1.4. Dijagnostika i otkrivanje kolorektalnog karcinoma**

Dijagnostika kolorektalnog karcinoma uključuje anamnestički i fizikalni pregled. Anamneza mora biti temeljito uzeta, mora sadržavati podatke o obiteljskoj, odnosno genetskoj predispoziciji, o pojavi krvi ili sluzi u stolici, bilo kakvim promjenama u stolici i bolovima u abdomenu. Fizikalni pregled uključuje digitorektalni pregled, potom dijagnostičke pretrage, od kojih je zlatni standard kolonoskopija, zatim sigmoidoskopija, irigografija. Ako se tijekom kolonoskopije pronađu polipi, obvezna je biopsija radi uzimanja patohistološkog uzorka koji ide na daljnju obradu. Najjednostavnija metoda, i ujedno ona metoda koja se koristi za rano otkrivanje u Nacionalnom programu za rano otkrivanje raka debelog crijeva, jest testiranje na



okultno krvarenje. Testiranje se provodi tri dana. Ako je test pozitivan, pacijent ide na daljnje pretrage (7).

### **1.5. Liječenje karcinoma debelog crijeva**

Kolorektalni karcinom liječi se kirurški, radikalnim odstranjenjem tumora, te primjenom kemoterapije i radioterapije. Bolesnici koji su operirani moraju voditi brigu o redovitim kontrolama kako bi se na vrijeme uočio recidiv bolesti ili udaljene metastaze. Kolonoskopija se provodi šest do dvanaest mjeseci nakon operacije. Naredne dvije godine kolonoskopija se provodi jednom godišnje, a ako su nalazi uredni provodi se svake tri godine. Ako je bolest metastazirala, u prosjeku je preživljavanje bolesnika šest mjeseci te je iz tog razloga izuzetno važno usmjeriti pažnju na primarnu i sekundarnu prevenciju karcinoma debelog crijeva (8).

### **1.6. Indikacije za postavljanje kolostome**

Najčešća indikacija za postavljanje stome jest opstrukcija crijeva, a uzrok opstrukcije može biti tumor koji zatvara put crijevnom sadržaju. Razlog izvođenja stome također mogu biti upalni procesi, uklještenje dijela debelog crijeva, maligni i benigni tumori, akutni abdomen, ozljede probavne cijevi, nemogućnost kontroliranja sfinktera za pražnjenje debelog crijeva, Chronova bolest, ulcerozni kolitis i sl. Potreba za isključivanjem dijela crijeva može biti privremena ili stalna (9).

### **1.7. Perioperacijska zdravstvena njega bolesnika s kolostomom**

Perioperacijska zdravstvena njega bolesnika specijalizirano je sestrijsko područje. Medicinska sestra član je tima zajedno s drugim kirurškim stručnjacima (kirurg, anesteziolog, anesteziološki tehničar). Nakon što se utvrdi potreba za postavljanjem kolostome, bolesnik se prima na kirurški odjel gdje ga dočekuje medicinska sestra koja u tom trenutku započinje proces zdravstvene njege. Cilj i intervencije koje provodi medicinska sestra usmjerene su zadovoljavanju bolesnikovih potreba i rješavanju problema iz zdravstvene njege. Kako bi odabrala dosljedne intervencije za rješavanje bolesnikova problema, medicinska sestra pristupa svakom bolesniku individualizirano, holistički utvrđuje potrebe za zdravstvenom njegom, planira, provodi i naposljetku evaluira zdravstvenu njegu (10). Cilj je osigurati čistu i zdravu stomu te okolinu kože kako bi se osigurali uvjeti da bolesnik na najbolji mogući način prihvati novo stanje.

### 1.7.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika

Bit pripreme bolesnika za operaciju jest osigurati najbolju moguću psihološku, fizičku, duhovnu i socijalnu spremnost na operativni zahvat. Prije operacije u bolesniku su izraženi strah, tjeskoba, zabrinutost, a medicinska će sestra na osnovi cjelovito i sustavno utvrđenih potreba izraditi individualizirani plan za otklanjanje tih tjelesnih simptoma. Također, veliku važnost u prijeoperacijskoj pripremi ima i fizička priprema probavne cijevi i prijeoperacijsko markiranje stome (11).

Psihološka priprema bolesnika počinje u trenutku postavljanja indikacije za operativni zahvat. Iako pripremu započinje kirurg koji pacijentu i obitelji za vrijeme pregleda objašnjava potrebu i važnost operativnog zahvata, bolesnici dolaze uplašeni na odjel. U tom trenutku važno je da medicinska sestra počne graditi odnos povjerenja i uključi ga u planiranje i provođenje zdravstvene njege kako bi bolesniku dala do znanja da je važan član tima i da može uvelike utjecati na uspješnost provedbe kirurškog zahvata. Medicinska sestra bolesniku mora objasniti što je kolostoma, zašto se ona izvodi, što bolesnik mora činiti i kako mora njegovati kolostomu. Važno je objasniti bolesniku da kolostoma nije zapreka u svakodnevnim aktivnostima, već da uz nju može nastaviti s uobičajenim dnevnim aktivnostima, baviti se fizičkom aktivnošću, hobijima itd. Psihički dobro pripremljen bolesnik bolje podnosi kirurški zahvat, lakše se i brže oporavlja te na taj način skraćuje boravak u bolnici i smanjuje potrebu za uzimanjem analgetika (11).

Fizička priprema bolesnika za operativni zahvat uključuje osnovnu dijagnostičku i laboratorijsku pripremu, pregled anesteziologa, adekvatnu prehranu, pripremu probavnog sustava i edukaciju. Laboratorijske pretrage uključuju kompletnu krvnu sliku, koagulaciju, biokemiju i pretrage urina. Potrebno je učiniti i transfuziološke pretrage, odrediti krvnu grupu i Rh-faktor. Potrebno je napraviti EKG, RTG srca i pluća te pregled kardiologa. Uz opće pretrage potrebno je napraviti i specijalne pretrage: UZV abdomena, kolonoskopija, irigografija. Na temelju iscrpno uzete anamneze, obavljenog fizikalnog pregleda i analize laboratorijskih nalaza anesteziolog utvrđuje vrstu anestezije i procjenjuje je li kirurški zahvat iz bilo kojeg razloga kontraindiciran. Zadaće medicinske sestre također jesu: promatrati bolesnika, izmjeriti vitalne parametre, uzeti sestrinsku anamnezu, naglasiti bolesniku da ne smije ništa piti i jesti, uspostaviti venski put, pripremiti operativno područje po pravilima aseptičnoga rada te po uputi liječnika uvesti urinarni kateter, naručiti krv, provesti ordiniranu terapiju. Prije nego što odveze bolesnika u operacijski blok,

medicinska sestra mora provjeriti ima li bolesnik naočale, zubnu protezu, nakit, ukosnice te naglasiti bolesniku da sve skine, uputiti ga da isprazni mokraćni mjehur, provjeriti identifikacijsku narukvicu, povijest bolesti, kontrolnu listu i sestrinsku dokumentaciju. Kada je sve pripremljeno, medicinska sestra odvozi bolesnika na bolničkom krevetu u operacijski blok gdje ga predaje medicinskoj sestri koja ga prima u prostoriji za pripremu u operacijskom bloku (12).

Prehrana bolesnika u prijeoperacijskom razdoblju ovisi o njegovu stanju, indikaciji, vrsti i mjestu operativnog zahvata. Liječnik propisuje dijetu koja po nutritivnom sastavu može sadržavati potpuno ili djelomično suzdržavanje od hrane. Ako je bolesnik pothranjen zbog osnovne bolesti (karcinom debelog crijeva), liječnik propisuje prehranu obogaćenu određenim sastojcima kako bi se izbjeglo dodatno iscrpljivanje bolesnika u vidu parenteralne i enteralne prehrane. Svrha takve prehrane jest održati ili povećati udio tekućine u tijelu i nadoknaditi kalorijski deficit. Uloga medicinske sestre jest educirati pacijenta o neophodnosti praćenja liječničkih uputa i suzdržavanja od unošenja tekućine i hrane na usta prije i poslije operacije. Kada je bolesnik educiran prije operacije, vidljivo bolje podnosi neuzimanje hrane te ima manje postoperativnih poteškoća (11).

### **1.7.2. Intraoperacijska zdravstvena njega bolesnika**

Intraoperacijska zdravstvena njega u bolesnika provodi se od trenutka kada je bolesnik zaprimljen u operacijskoj sali, od primanja anestezije preko izvođenja kirurškog zahvata pa sve dok se ne premjesti u prostoriju za buđenje, odnosno do poslijeoperacijskog oporavka. Operacija je uglavnom vrlo stresno iskustvo za svakog bolesnika te mu je potrebna sigurnost i povjerenje u sve članove kirurškog tima. Medicinska sestra instrumentarka „oprana“ ima zadatak pripremiti stol za instrumentiranje, provjeriti, prebrojiti i pripremiti instrumente i setove koji će biti potrebni za vrijeme operacije. Njezin zadatak za vrijeme operacije jest dezinficirati operacijsko polje, dodavati potrebne instrumente, sudjelovati u postavljanju drenova i šivanju rane. Medicinska sestra instrumentarka „slobodna“ pomaže glavnoj instrumentarki u pripremanju stola za instrumentiranje te pri odijevanju „oprane“ medicinske sestre instrumentarke, šalje uzorke tkiva, sekreta i drugih bioloških materijala na mikrobiološke, patohistološke i citološke pretrage. Medicinska sestra u operacijskoj dvorani priprema i ispituje funkcionalnost potrebnih aparata, namješta ih u odgovarajući položaj, dovozi bolesnike i smješta ih u odgovarajući položaj na

operacijskom stolu. Za vrijeme operacije brine o mikroklimatskim uvjetima, osvjetljenju i vlažnosti (12).

### **1.7.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika**

Cilj zdravstvene njege bolesnika poslije operacije jest osigurati najbolji mogući oporavak bolesnika. Najčešće intervencije usmjerene su otklanjanju mučnine, boli, povraćanja, sprječavanju poslijeoperativnih komplikacija poput krvarenja, pneumonije, tromboze, tromboembolije, infekcija te edukacija i uključivanje bolesnika u postoperativnu njegu. Sestra zajedno s bolesnikom utvrđuje probleme i prioritete te zajedno planiraju intervencije koje potom provode. Tijekom prva tri sata nakon operacije medicinska će sestra svakih 15 minuta mjeriti i evidentirati vitalne funkcije, a potom svakih 30 minuta. Potrebno je uočiti svaku promjenu i prepoznati komplikacije, mjeriti diurezu (mogućnost retencije mokraće), kontrolirati dren i ranu (količina i izgled sadržaja). Prvih 48 sati nakon operacije bolesnik je na parenteralnoj prehrani jer tada još uvijek nije uspostavljena peristaltika. Treći postoperativni dan bolesnik je još uvijek na parenteralnoj prehrani uz oprezno davanje male količine čaja ako se uspostavila peristaltika. Na kašastu dijetu bolesnik uglavnom prelazi na četvrti postoperativni dan te ju konzumira sve do četrnaestog dana, a nakon toga potrebno je konzumirati hranu koja ne sadrži celulozu i ne izaziva nadutost. U poslijeoperativnom razdoblju izuzetno su važne vježbe disanja i iskašljavanja jer je sekret koji zastane u dišnim putovima pogodan za razvoj mikroorganizama. Potrebno je educirati bolesnika da zauzme Fowlerov položaj tijekom iskašljavanja jer povišen položaj olakšava ventilaciju pluća, drenažu krvi iz rane i samo iskašljavanje. Naravno, veliku važnost treba pridodati provođenju osobne higijene i držati se uputa o prehrani. Za ublažavanje boli medicinska sestra provodi ordiniranu terapiju i prati njezin učinak (13). Za vrijeme hospitalizacije bolesnika je potrebno polako uključivati u brigu o kolostomi, o održavanju, primjeni pomagala, mogućnostima nabave pribora za stomu i uputiti u uključivanje u Stoma klub.

### **1.7.4. Edukacija bolesnika s kolostomom**

Kvaliteta života bolesnika s kolostomom u velikoj mjeri ovisi o usvojenom znanju o brizi oko stome i prihvaćanju novog načina života. U tome veliku ulogu ima edukacija bolesnika o načinu održavanja kolostome, pomagalima i mogućim komplikacijama. Edukacija počinje psihološkom potporom prije i nastavlja se poslije operacije. Nakon operacije važno je pokazati bolesniku kako

njegovati kolostomu te ga polako uključivati kako bi kod kuće mogao samostalno voditi brigu o sebi i na taj se način vratiti svakodnevnom životu u kojem stoma ne stvara prepreku u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Danas postoje brojni proizvođači kolostomnih vrećica, a pacijent sam bira koju će koristiti. Postoje razni puderi i paste koje služe za zaštitu okoline kolostome, boljem prijanjanju pločice i poravnavanju neravnina, za upijanje vlage, za održavanje kože suhom i ublažavanje nadraženosti. Stara vrećica pažljivo se skida i baca. Stoma se oprezno opere blagim sapunom i vodom te dobro posuši tapkanjem. Dok se stoma suši, prati se njezin izgled i izgled okolne kože. Podloga ne smije biti preuska kako se ne bi razvila nekroza, a ne smije imati ni prevelik otvor kako koža ne bi bila izložena vlaženju i fekalijama koje mogu uzrokovati infekciju. Kada se postavi podloga, na nju se stavlja vrećica koja može biti za jednokratnu ili višekratnu upotrebu. Vrećice su napravljene od čvrste neprozirne plastike, materijala koji ne propušta miris. Važno je uputiti na moguće komplikacije poput nekroze, krvarenja, stenoze, prolapsa, perforacije i drugih te objasniti da je potrebno hitno javljanje liječniku ako se primijeti bilo kakva promjena. Hrana bolesnika mora biti bogata mastima (izvor energije), kalorijama, proteinima, solima, vlaknima. Važno je naglasiti redovito uzimanje obroka, dobro sažvakavanje hrane kako bi se spriječilo začepljenje stome i pijenje tekućine (13).

#### **1.7.5. Zdravstvena njega bolesnika u kući**

Medicinska sestra u kućnoj posjeti nakon otpusta promatra bolesnikovo psihičko i fizičko stanje te utvrđuje potrebe za zdravstvenom njegom. Medicinska će sestra prvo izmjeriti vitalne funkcije, promotriti stomu te evidentirati ako postoje promjene na stomi, sluznici ili okolnoj koži. Na početku će eventualno zatražiti demonstraciju promjene pločice i vrećice kako bi se utvrdila ispravnost rukovanja sa stomom, a ukoliko je potrebno, utoliko će provesti ponovnu edukaciju i dati savjete. Medicinska sestra promotrit će vanjski izgled, tjelesno stanje, pokretljivost. Poželjno je upitati o bolesnikovim svakodnevnim aktivnostima kako bi se dobio uvid u kvalitetu bolesnikova života i prihvaćanje same bolesti. Izrazito je važno psihičko zdravlje, a potrebno je zatražiti i bolesnikovu prosudbu njegova zdravlja. Kao i za vrijeme hospitalizacije, u kući medicinska sestra zajedno s bolesnikom utvrđuje probleme u provođenju zdravstvene njege te u dogovoru s bolesnikom planira intervencije i provodi ih, a potom ih zajedno evaluiraju i po potrebi mijenjaju sa svrhom podizanja kvalitete bolesnikova života (14).

## **2. CILJ**

Cilj je ovog rada prikazati važnost medicinske sestre i primjene procesa zdravstvene njege u pacijenata s kolostomom; prikaz prijeoperacijske zdravstvene njege, neposredne prijeoperacijske pripreme, poslijeoperacijske zdravstvene njege te provođenje toaleta stome. Također, u radu će biti prikazana edukacija bolesnika o načinu negovanja kolostome kako bi se spriječile komplikacije i kako bi se bolesnik vratio svakodnevnim aktivnostima.

## 3. PRIKAZ SLUČAJA

### 3.1. Proces zdravstvene njege bolesnika s kolostomom

Danas je proces zdravstvene njege prihvaćen u svijetu kao znanstvena metoda po kojoj se vode postupci zdravstvene njege. Definiran je kao sustavan, racionalan i dinamičan postupak u rješavanju utvrđenih problema u održavanju osnovnih ljudskih potreba. Provodi se kroz pet faza: procjena, definiranje sestrinske dijagnoze, planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njege (15).

Sestrinska procjena prvi je korak u procesu zdravstvene njege. Medicinska sestra u ovoj fazi prikuplja podatke o fiziološkim, psihološkim, socijalnim i duhovnim potrebama bolesnika. Podatke prikuplja fizikalnim pregledom, promatranjem, razgovorom s bolesnikom, njegovom obitelji i uvidom u medicinsku dokumentaciju. Nakon dobro uzete anamneze medicinska sestra uočava probleme te postavlja dijagnoze u procesu zdravstvene njege (16).

Nakon postavljanja sestrinske dijagnoze medicinska sestra izrađuje plan zdravstvene njege. Plan se sastoji od sestrinske dijagnoze, ciljeva, intervencija i, po završetku, evaluacije zdravstvene njege. Tijekom provođenja zdravstvene njege medicinska sestra prati plan zdravstvene njege. Prema tome plan mora biti individualiziran za svakog bolesnika i usmjeren ostvarivim ishodima. Po završetku provođenja svih intervencija, medicinska sestra mora obaviti procjenu stanja bolesnika i evaluirati provedenu zdravstvenu njegu (17).

### 3.2. Prikaz slučaja bolesnika s operacijom izvođenja kolostome

U ovom radu prikazuje se slučaj bolesnika A. B. u dobi od 68 godina koji je hospitaliziran na Zavodu za abdominalnu kirurgiju u Kliničkom bolničkom centru Osijek s dijagnozom *Ca. colonis*. Bolesnik je upoznat s ciljem završnog rada, dobio je pisanu obavijest sa svrhom izrade rada te mu je objašnjeno kako je sudjelovanje u potpunosti anonimno i da se neće otkriti bolesnikov identitet. Bolesnik je pristao sudjelovati u izradi završnog rada te je potpisao informirani pristanak. U daljnjem tekstu prikazan je proces zdravstvene njege za bolesnika, a obuhvaća sestrinsku anamnezu, status bolesnika, dijagnoze u procesu zdravstvene njege, ciljeve, intervencije i evaluaciju.

#### 3.2.1. Sestrinska anamneza i status

Bolesnik A. B., rođen 1. 1. 1954. godine, s adresom u Županji. Po zanimanju je keramičar, trenutačno je umirovljenik. Unazad šest mjeseci ima simptome hemoroida koje je liječio

kremama za hemoroide prema uputi obiteljskog liječnika. Bolesnik navodi krvarenje i sekret prilikom defekacije. Na CT-u definirana dinamika, veličina i debljina malignog procesa. Obavljena je kontrola na kolonoskopiji gdje je utvrđena dijagnoza karcinoma debelog crijeva. Bolesnik je zaprimljen na Zavod za abdominalnu kirurgiju zbog dogovorenog operativnog zahvata bipolarne stome. Pri prijemu potpisan je informativni pristanak za hospitalizaciju i operaciju te za anesteziju i transfuziju. Obavljene su sljedeće pretrage: RTG srca i pluća, pregled kardiologa i anesteziologa. Primijenjen je Moviprep, otopina za čišćenje probavnog sustava, prema uputi liječnika, trombopofilaksa večer prije operacije, ujutro neposredno prije operacije kupanje i brijanje operativnog polja, uvođenje urinarnog katetera, postavljanje elastičnih zavoja, uspostavljen je venski put i primijenjen antibiotik prema uputi liječnika.

Bolesnik je prvi put hospitaliziran u Klinici za kirurgiju. Negira alergije na lijekove. Navodi da ima dijabetes, trenutačno je na peroralnim hipoglikemicima (Daltex 50/1000 mg), GUK varira od 5,6 do 11 mmol/L. Boluje i od tahikardije (pije Byolcor 2,5 mg tablete) i hipertenzije (pije Moxaviv 0,2 mg tablete). Ne konzumira alkohol i cigarete. Pridržava se uputa liječnika i medicinskih sestara. Navodi da je zadovoljan osobljem i njegovom u bolnici. Nakon operacije navodi: „Nisam baš razumio kako se mijenja podloga i vrećica za stomu.“

Kod kuće je konzumirao tri glavna obroka i dva međuobroka. Navodi kako jede raznovrsnu hranu, najviše voli jesti meso, tjesteninu, voće i povrće. Pio je oko 2,5 litre tekućine dnevno, uglavnom vode. Nije imao poteškoće sa žvakanjem i gutanjem. Dan prije hospitalizacije bio je na tekućoj prehrani, po prijemu propisana je karencija, drugi dan nakon operacije bio je na parenteralnoj prehrani, treći dan uvedena je tekuća dijeta, zatim pasirana. U bolnici navodi da nema problema s promijenjenom prehranom.

Stolicu je kod kuće imao jednom dnevno, uglavnom u jutarnjim satima. Unazad šest mjeseci navodi prisutnost krvi i sekreta u stolici, u početku liječeno pod dijagnozom hemoroida po uputi obiteljskog liječnika, zbog pogoršanja stanja učinjeni CT i kolonoskopija. Mokrio je 6 do 7 puta dnevno, nije imao problema sa znojenjem. Tijekom hospitalizacije uredan sadržaj u vrećici, ima urinarni kateter, uredan bistar sadržaj optimalne količine.

Bolesnik je kod kuće svakodnevno samostalno obavljao kućanske poslove bez napora. Kreće se bez pomagala te je sve aktivnosti samozbrinjavanja obavljao bez poteškoća. Tuširao se uvečer prije spavanja mlakom vodom, koristi Nivea gel za tuširanje, nosi širu, udobnu odjeću. U bolnici



navodi: „... ne mogu sam oprati i posušiti leđa i noge.“, „... ne mogu sam obući donji dio pidžame i čarape.“

Prije hospitalizacije spavao je 8 sati u kontinuitetu, bez poteškoća u usnivanju, uglavnom je išao spavati oko 22 sata, a budio se oko 6 sati odmoran. Prije spavanja volio se istuširati i pogledati dnevnik. Navodi kako u bolnici nema problema s usnivanjem, odgovaraju mu madrac, jastuk i temperatura u sobi.

Bolesnik nosi naočale, dobro čuje na oba uha. Navodi kako nema poteškoća s pamćenjem. Kod kuće uzimao Brufen 500 mg po potrebi. Za vrijeme hospitalizacije navodi svakodnevnu bol koju na skali od 1 do 5 ocjenjuje s 3. U bolnici liječnik propisao Analgin 2,5 g/5 ml, i. v., 3x dnevno.

Sebe opisuje kao društvenu, veselu, komunikativnu, emotivnu, kreativnu osobu. Uvijek je optimističan. Nakon operacije, vidno mirnijeg raspoloženja, navodi: „Ne mogu samog sebe gledati ovakvog.“

Živi sam u kući. U dobrim je odnosima s obitelji i prijateljima, oni su mu ujedno i najveća podrška. Zbog propisanih epidemioloških mjera pandemije bolesti COVID-19 nitko mu ne dolazi u posjete, no nema problem s tim, svakodnevno se više puta čuje s obitelji i prijateljima.

Najveći mu stres u posljednje vrijeme predstavlja njegovo zdravstveno stanje. U stresnim situacijama voli popričati s prijateljima ili otići u šetnju. Navodi kako nikada ne ulazi u konflikte s drugim ljudima, smatra da se svaki problem može riješiti razgovorom. Prije operacije navodi: „Jako me strah kako će proći operacija i sve to nakon operacije.“

Vjernik je, prije hospitalizacije svake je nedjelje odlazio na misu. Tijekom hospitalizacije navodi kako se pomoli svaku večer prije spavanja i ujutro kada se probudi, to mu daje snagu i motivaciju. Nema problem s tim što ne može otići na misu.

#### **Fizikalni pregled bolesnika**

Bolesnik je visok 173 cm, tjelesne mase 75 kg. Tlak izmjeren u ležećem položaju na desnoj ruci 130/70 mm/Hg. Frekvencija pulsa izmjerena na radijalnoj arteriji iznosi 85 otkucaja u minuti, punjen, ujednačen. Temperatura mjerena tubarno iznosi 36,2 °C. Disanje uredno, bez poteškoća, 16 udisaja u minuti. Boja kože blijeda, topla na dodir, turgor uredan. Bez koštanih izbočenja, svrbeži, lezija i edema. Usna šupljina uredna, bez rana i naslaga, nosi zubnu protezu koja se skida. Orijentiran u vremenu i prostoru, samostalan pri kretanju. Na Morseovoj skali za procjenu

rizika od pada procijenjen s 35 bodova (Tablica 1). Rizik za nastanak dekubitusa procijenjen Knoll skalom iznosi 5 bodova (Tablica 2).

### Skale za procjenu boli, rizika za pad i dekubitusa

Za temeljitost u prikupljanju podataka korištena je ljestvica za procjenu rizika za pad i skala za procjenu rizika za nastanak dekubitusa.

Tijekom prikupljanja podataka za procjenu stanja bolesnika korištena je Moresova skala za procjenu rizika za pad u rasponu od 0 do 125. Bodovi od 0 do 24 označavaju nizak rizik za pad, od 25 do 44 boda označava umjeren rizik za pad, a više od 45 bodova označava visok rizik za pad. Bolesnik na ovoj ljestvici ima 35 bodova, što označava umjeren rizik za pad (Tablica 1).

Tablica 1. Morseova skala za procjenu rizika za pad

ČIMBENIK RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	DA	25
	NE	<b>0</b>
Druge medicinske dijagnoze	DA	<b>15</b>
	NE	0
Pomagala pri kretanju	Namještaj	30
	Štake, štap, hodalica	15
	Ne koristi pomagala, mirovanje u krevetu, kretanje uz pomoć medicinske sestre, invalidska kolica	<b>0</b>
Infuzija	DA	<b>20</b>
	NE	0
Stajanje,	Nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela	20
	Slab	10

### 3. PRIKAZ SLUČAJA

<b>premještanje</b>	Normalan, miruje u krevetu, nepokretan	<b>0</b>
<b>Mentalni status</b>	Zaboravlja ograničenja	15
	Orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	<b>0</b>
<b>UKUPNO</b>		<b>35</b>

Tijekom prikupljanja podataka korištena je Knoll skala za procjenu sklonosti dekubitusu. Raspon bodova je od 0 do 33 boda, a veći broj bodova označava veću vjerojatnost od nastanka dekubitusa. Kritično je iznad 12 bodova. Bolesnik na Knoll skali ima 5 bodova, što znači da nema rizika od nastanka dekubitusa (Tablica 2).

Tablica 2. Knoll skala za procjenu sklonosti dekubitusu

ČINITELJ	SKALA				BODOVI
	0	1	2	3	
<b>OPĆE STANJE</b>	dobro	osrednje	loše	jako loše	<b>1</b>
<b>MENTALNO STANJE</b>	pri svijesti	stupor	predkoma	koma	0
	boduj dvostruko				
<b>AKTIVNOST</b>	aktivan	treba pomoć	sjedi	leži	<b>4</b>
<b>POKRETLJIVOST</b>	pokretan	ograničena	jako ogranič.	nepokretan	<b>1</b>
<b>INKONTINENCIJA</b>	ne	povremeno	urina	urina i stolice	0
<b>PERORALNA PREHRANA</b>	dobra	osrednja	slaba	ništa	0
<b>PERORALNA TEKUĆINA</b>	dobro	osrednje	slabo	ništa	0
<b>PREDISPONIRAJUĆE BOLESTI (ŠEĆERNA</b>	ne	blaga	osrednja	ozbiljna	1

<b>BOLEST, ANEMIJA)</b>					
1+0+4+1+0+0+0+1 = 7– nije prisutan rizik za dekubitus					<b>Ukupno:</b>
					<b>7</b>

### 3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege

Tijekom hospitalizacije, nakon prikupljanja i analize podataka, utvrđene su sestrinske dijagnoze, napravljeni planovi zdravstvene njege i provedene planirane intervencije s ciljem zadovoljavanja svih potreba bolesnika i postizanje njegove samostalnosti nakon operativnog zahvata uz uvažavanje svih načela sestrinske skrbi te individualni i holistički pristup.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege prije operacije: strah u vezi s ishodom operativnog zahvata, što se očituje izjavom bolesnika: „... strah me...“

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije nakon provedenih intervencija verbalizirati osjećaj smanjene razine straha.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. poticati bolesnika na verbalizaciju strahova
2. poticati bolesnika na postavljanje pitanja vezanih za operaciju
3. podučiti bolesnika o načinima relaksacije
4. dogovoriti razgovor s liječnikom (18).

Evaluacija: bolesnik je tijekom hospitalizacije nakon provedenih intervencija izrazio smanjenu razinu straha.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege nakon operacije: bol u vezi s operativnom ranom, što se očituje procjenom na skali od 1 do 5 s 3.

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije nakon provedenih intervencija izraziti manju razinu boli.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. educirati bolesnika o načinima relaksacije (duboko disanje, Fowlerov položaj, odvrćanje pozornosti)

2. mjeriti vitalne znakove
3. primijeniti propisanu analgetsku terapiju
4. procijeniti bol korištenjem skale za procjenu boli (18).

Evaluacija: bolesnik je nakon provedenih intervencija izrazio smanjenu razinu boli.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: visok rizik za infekciju u vezi s operativnom ranom i postavljenim drenom.

Cilj: bolesnikova operativna rana uredno će cijeliti bez simptoma i znakova infekcije.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. previjati operativnu ranu prema svim pravilima aseptičnog rada
2. promatrati ranu, uočavati promjene i prepoznati komplikacije
3. promatrati izgled i količinu drenažnog sadržaja
4. mjeriti vitalne znakove
5. primijeniti propisanu antibiotsku terapiju (19).

Evaluacija: bolesnikova operativna rana zacijelila je uredno, bez simptoma i znakova infekcije.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: smanjena mogućnost obavljanja osobne higijene u vezi sa smanjenom pokretljivošću 2° operativnog zahvata, što se očituje izjavom bolesnika: „... ne mogu sam oprati i posušiti leđa i noge.“

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije samostalno oprati i osušiti lice, ruke, prsa, trbuh i spolovilo, a uz pomoć medicinske sestre oprat će i posušiti leđa i noge.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. dogovoriti s bolesnikom vrijeme tuširanja
2. pripremiti pribor za osobnu higijenu
3. pripremiti kupaonicu, temperaturu prostorije i vode
4. osigurati privatnost za vrijeme tuširanja

5. poticati bolesnika da samostalno opere i osuši lice, ruke, prsa, trbuh i spolovilo
6. pomoći bolesniku oprati i posušiti leđa i noge
7. pohvaliti bolesnika za učinjeno (18).

Evaluacija: bolesnik je tijekom hospitalizacije samostalno oprao i posušio lice, ruke, prsa, trbuh i spolovilo, a uz pomoć medicinske sestre oprao je i posušio leđa i noge.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: smanjena mogućnost odijevanja u vezi sa smanjenom pokretljivošću 2° operativnim zahvatom, što se očituje izjavom bolesnika: „... ne mogu sam obući donji dio pidžame i čarape.“

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije samostalno obući gornji dio pidžame, a uz pomoć medicinske sestre obući će donji dio pidžame i čarape.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. odabrati prikladnu odjeću
2. osigurati optimalnu mikroklimu
3. osigurati privatnost
4. osigurati dovoljno vremena za oblačenje
5. svu potrebnu odjeću staviti bolesniku na dohvat ruke
6. poticati bolesnika na samostalnost
7. obući bolesniku donji dio pidžame i čarape.

Evaluacija: bolesnik je tijekom hospitalizacije samostalno obukao gornji dio pidžame, a uz pomoć medicinske sestre obukao je donji dio pidžame i čarape.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: neprihvatanje vlastitog izgleda u vezi s promijenjenim tjelesnim izgledom 2° kolostomom, što se očituje izjavom bolesnika: „Ne mogu samog sebe gledati ovakvog.“

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije izraziti prihvaćanje vlastitog izgleda.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. aktivno slušati bolesnika

2. poticati bolesnika na postavljanje pitanja
3. poticati bolesnika na sudjelovanje u planiranju i provođenju zdravstvene njege
4. omogućiti bolesniku razgovor s liječnikom
5. omogućiti bolesniku razmjenu iskustva s osobama koje su u sličnoj ili istoj situaciji.

Evaluacija: bolesnik je tijekom hospitalizacije izrazio prihvaćanje vlastitog izgleda.

#### 3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo

Bolesnik A. B., rođen 1. 1. 1954., živi u Županji. Po zanimanju keramičar, umirovljenik. Bolesnik je zaprimljen na Zavod za abdominalnu kirurgiju zbog dogovorenog operativnog zahvata izvođenja kolostome te je operiran u općoj anesteziji.

Tijekom hospitalizacije, nakon analize prikupljenih podataka, utvrđene su sljedeće dijagnoze u procesu zdravstvene njege:

1. Strah u vezi s ishodom operativnog zahvata, što se očituje izjavom bolesnika: „... strah me...“
2. Bol u vezi s operativnom ranom, što se očituje procjenom na skali od 1 do 5 s 3.
3. Visok rizik za infekciju u vezi s operativnom ranom i postavljenim drenom.
4. Smanjena mogućnost obavljanja osobne higijene u vezi sa smanjenom pokretljivošću 2° operativnog zahvata, što se očituje izjavom bolesnika: „... ne mogu sam oprati i posušiti leđa i noge.“
5. Smanjena mogućnost odijevanja u vezi sa smanjenom pokretljivošću 2° operativnim zahvatom, što se očituje izjavom bolesnika: „... ne mogu sam obući donji dio pidžame i čarape.“
6. Neprihvaćanje vlastitog izgleda u vezi s promijenjenim tjelesnim izgledom 2° kolostomom što se očituje izjavom bolesnika: „Ne mogu samog sebe gledati ovakvog.“

Ad 1. Tijekom prijeoperacijske pripreme bolesnik je izrazio osjećaj straha zbog neizvjesnosti operativnog zahvata. Bolesnik je potican na verbaliziranje straha, postavljanje pitanja, obavljani su razgovori s liječnikom, pruženi su odgovori na sva postavljena pitanja. Pružena je pomoć, potpora, educiran je o postupcima relaksacije. Nakon provedenih intervencija bolesnik je izrazio smanjenu razinu straha.

Ad 2. Bolesnik je nakon operativnog zahvata izrazio prisutnost boli, na skali od 1 do 5 ocijenio je bol s 3. Provedena je edukacija o nefarmakološkim načinima otklanjanja boli, postavljen je u Fowlerov položaj, savjetovano je duboko disanje i odvratanje pozornosti. Primijenjena je propisana analgetska terapija tri puta dnevno. Potrebno je po potrebi i dalje uzimati propisanu analgetsku terapiju.

Ad 3. Zbog operativne rane prisutan je rizik za razvoj infekcije. Previjanje rane provođeno je po svim pravilima aseptičnog rada. Redovito su provjeravani i mjereni vitalni znakovi, promatrana je rana, izgled i količina drenažnog sadržaja. Potrebno je i dalje aseptično postupanje s ranom.

Ad 4. Za vrijeme hospitalizacije uočena je smanjena mogućnost obavljanja osobne higijene zbog smanjene pokretljivosti. Bolesnik nije samostalno mogao oprati leđa i noge. Pružena je pomoć pri obavljanju osobne higijene. Osigurana je kupaonica prikladne temperature i potreban pribor za obavljanje osobne higijene. Bolesnik je tijekom hospitalizacije samostalno oprao lice, ruke, prsa, trbuh i spolovilo, a uz pomoć medicinske sestre oprao je leđa i noge. Na zadnji dan hospitalizacije bolesnik je samostalno obavio osobnu higijenu.

Ad 5. Uslijed smanjene pokretljivosti bolesnik nakon operacije nije mogao samostalno obući donji dio pidžame i čarape. Tijekom hospitalizacije bolesniku je osigurana prikladna odjeća, optimalna mikroklima, privatnost i dovoljno vremena. Sva potrebna odjeća postavljena je nadohvat ruke, bolesnik je potican na samostalnost te je samostalno obukao gornji dio pidžame, a uz pomoć medicinske sestre obukao je donji dio pidžame i čarape. Zbog otežanog saginjanja i dalje je potrebna pomoć pri oblačenju donjeg dijela pidžame i čarapa.

Ad 6. Tijekom hospitalizacije bolesnik je izrazio neprihvatanje vlastitog izgleda zbog izvedene stome. Medicinska sestra pozorno je slušala bolesnika dok je verbalizirao poteškoće vezane za izgled, dana mu je podrška, potican je na postavljanje pitanja i sudjelovanje u izradi plana zdravstvene njege. Bolesniku je savjetovana razmjena iskustva s osobama koje su u sličnoj ili istoj situaciji. Bolesnik je naposljetku izjavio prihvaćanje vlastitog izgleda te optimistično gleda na trenutačno stanje.

#### **3.2.4. Edukacija bolesnika nakon otpusta**

Izuzetnu važnost u ozdravljenju i održavanju zdravlja uslijed kolorektalnog karcinoma i postavljene kolostome ima edukacija o njezi stome, okolne kože i načinu promjene podloge i vrećice za stomu. Kako bi bili sigurni da se bolesnik pridržava danih pravila i uputa po otpustu,



liječnik obiteljske medicine izdaje nalog patronažnoj medicinskoj sestri da napravi uvid u usvojeno znanje u kućnoj posjeti. Provjerom je patronažna medicinska sestra utvrdila da bolesnik nije u potpunosti usvojio potrebno znanje, što je bolesnik i verbalno izrazio. Medicinska sestra ponovno je provela edukaciju o njezi stome, o njezinoj važnosti, mogućim komplikacijama, savjetovala koju prehranu konzumirati i demonstrirala način njege stome. Također, medicinska sestra osigurala je pisane materijale s uputama o njezi i pravilnoj prehrani. Uz edukaciju, medicinska sestra pružala je i psihološku podršku bolesniku u novonastalom stanju. Bolesnik je potican na samostalnost i pohvaljen za pravilno demonstriranje njege kolostome. Na kraju, medicinska sestra savjetovala je učlanjenje u Stoma klub radi razmjene savjeta i iskustva s drugim osobama s kolostomom.

- Dijagnoza u procesu zdravstvene njege: neupućenost u njegu kolostome u vezi s nedostatkom specifičnog znanja, što se očituje izjavom bolesnika: „Nisam baš razumio kako se mijenja podloga i vrećica za stomu.“

Cilj: bolesnik će tijekom kućne posjete, nakon provedene edukacije demonstrirati pravilnu promjenu podloge i vrećice za stomu te njegu stome i okolne kože.

Intervencije – medicinska će sestra:

1. stvoriti profesionalno-empatijski odnos povjerenja
2. educirati bolesnika o važnosti pravilne njege stome i okolne kože te mogućim komplikacijama
3. educirati bolesnika o izgledu zdrave stome i okolne kože
4. demonstrirati bolesniku pravilan način promjene podloge i vrećice za kolostomu
5. kontrolirati bolesnika prilikom izvođenja njege stome
6. provjeriti bolesnikovo usvojeno znanje
7. savjetovati pripremu hrane koja ne izaziva nadutost
8. dati bolesniku brošuru s napisanim poželjnim/nepoželjnim namirnicama
9. osigurati pisane materijale o njezi stome.

### 3. PRIKAZ SLUČAJA

Evaluacija: cilj je postignut. Bolesnik je tijekom kućne posjete nakon provedene edukacije pravilno demonstrirao njegu stome, zamjenu pločice i vrećice.

#### 4. RASPRAVA

Proces zdravstvene njege sastoji se od pet faza. Prva faza, faza prikupljanja podataka smatra se čak najvažnijom jer temeljito prikupljeni podatci ukazuju na stvarne probleme kod bolesnika i diktiraju svaku iduću fazu u procesu zdravstvene njege i u konačnici kvalitetnu skrb za bolesnika. Sestrinsku anamnezu uzima medicinska sestra pri prijemu bolesnika na odjel. U prijeoperacijskom i poslijeoperacijskom razdoblju medicinska sestra prati vitalne znakove, procjenjuje bol, disanje, unos i izlučivanje tekućine, stanje svijesti, drenažu, krvarenje i ostale intervencije usmjerene uočavanju nastanka komplikacija. Tijekom procjene, osim stvarnih, trenutačnih problema, treba voditi računa i o potencijalnim visokorizičnim problemima. Kako bi medicinska sestra pružila bolesniku najkvalitetniju zdravstvenu skrb, uvijek mora imati zadan cilj koji mora biti prilagođen svakom bolesniku osobno. Nakon temeljito prikupljenih podataka o navikama prije hospitalizacije po obrascima slijedi analiza prikupljenih podataka (20).

U drugoj fazi postupka zdravstvene njege postavlja se sestrinska dijagnoza. Svaki problem u obavljanju osnovnih ljudskih potreba ima uzrok, shodno tome svaka sestrinska dijagnoza postavlja se prema pravilu PES-sustava (problem, etiologija, simptom). U ovom radu prikazan je problem straha zbog neizvjesnosti ishoda operativnog zahvata. Medicinska sestra u takvoj situaciji mora biti podrška i edukator jer bolesnici koji se prvi put nalaze u ovoj situaciji imaju manjak specifičnog znanja i iz toga proizlazi strah. U radu autorice Hinkle i suradnika navedeno je kako strah može uvelike produljiti vrijeme oporavka i njegovu kvalitetu (21). Zatim nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene i oblačenja zbog smanjene pokretljivosti nakon operativnog zahvata, što je prisutno u gotovo svakog bolesnika nakon operativnog zahvata na abdomenu. Medicinska sestra mora bolesnika poticati na samostalnost kako bi u bolesniku probudila osjećaj vrijednosti i sposobnosti (22). Kako bi se odredile ključne intervencije koje će dosljedno voditi prema ostvarivanju postavljenog cilja, prilikom prikupljanja podataka potrebno je prikupiti podatke o navikama prije hospitalizacije. Uslijed operativnog zahvata kod svakog bolesnika prisutan je problem boli i visok rizik za infekciju. Zadaća je medicinske sestre redovito procjenjivati prisutnost boli i pokazatelja razvoja infekcije. Također, uočen je problem smanjenog samopoštovanja vezanog za promijenjen fizički izgled. Važno je naglasiti da se medicinska sestra tijekom postavljanja sestrinskih dijagnoza koristi holističkim pristupom pružajući emocionalnu potporu bolesniku i njegovoj obitelji.

Nakon postavljanja dijagnoza u procesu zdravstvene njege slijedi planiranje ciljeva i intervencija zdravstvene njege (23). Plan zdravstvene njege koriste svi članovi multidisciplinarnog tima i od izuzetne je važnosti napraviti svrsishodan plan za kontinuitet zdravstvene skrbi bolesnika. Tijekom planiranja poželjno je postavljati intervencije u suradnji s bolesnikom. Na taj način osigurava se najviši stupanj kvalitete zdravstvene njege jer se zadovoljavaju potrebe bolesnika prema njegovoj i sestrinskoj procjeni.

Idući korak u procesu zdravstvene njege jest provođenje, odnosno realiziranje plana. Medicinska sestra provodi sestrinske intervencije zbog postizanja postavljenih ciljeva specifičnih za svakog bolesnika individualno (24). Posao medicinske sestre uvijek se obavlja u timu, a odgovornost medicinske sestre jest delegirati zadatke svim članovima tima vodeći računa o tome da su sve aktivnosti usmjerene ostvarenju cilja ostvarene. Kako bi svaki član tima razumio razlog svake intervencije, nuspojave, komplikacije i sl., potrebna je kontinuirana edukacija. Prilikom provođenja procesa zdravstvene njege važno je poštovati svakog bolesnika, njegove vrijednosti, mogućnosti i želje. Po učinjenim sestrinskim intervencijama, koje nekad traju sat, dan, tjedan ili mjesec, medicinska sestra provodi procjenu trenutačnog stanja bolesnika, evaluaciju zdravstvene njege kojom utvrđuje jesu li postavljeni ciljevi postignuti ili ne (23).

Evaluacija kao zadnji korak u procesu zdravstvene njege služi za provjeru učinkovitosti plana i postignutih ciljeva. Iako se označava kao posljednji korak u procesu zdravstvene njege, evaluacija je zapravo kontinuirani proces jer se tijekom cijelog postupka zdravstvene njege promatra učinkovitost svakog provedenog postupka. Sve faze procesa međusobno su povezane i međuovisne. Svaka dijagnoza, cilj, plan i evaluacija moraju biti dokumentirani.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u Hrvatskoj se provodi od 2007. godine na način da se svake druge godine osobama od 50. do 75. godine šalje poziv na test za okultno fekalno krvarenje. Ako dođe do pojave krvi u stolici, pacijent se šalje na daljnju obradu, odnosno kolonoskopiju gdje se postavlja točna dijagnoza. Karcinom debelog crijeva izlječiv je ako se rano otkrije, a liječi se kirurškim putem. U trenutku kada se postavi indikacija za izvođenje stome, od izuzetne je važnosti pratiti i fizičko, ali i psihičko zdravlje. Javlja se manjak samopouzdanja, povlačenje, nezadovoljstvo, strah, depresija. Medicinska sestra ima veliku ulogu u životu bolesnika, ona edukacijom i potporom može uvelike olakšati teške trenutke u bolesnikovu životu.

## 5. ZAKLJUČAK

Karcinom debelog crijeva najčešći je zloćudni karcinom probavnog sustava. Simptomi uglavnom nisu izraženi, zato je potrebna edukacija stanovništva o važnosti odaziva na poziv Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka debelog crijeva.

U ovom radu prikazan je slučaj bolesnika kojem je zbog dijagnosticiranog kolorektalnog karcinoma izvedena kolostoma. Od samog prijema korišten je holistički i individualizirani pristup. Prikupljeni su podaci o problemima i dosadašnjim navikama, uočeni su problemi u zdravstvenoj njezi, postavljene su dijagnoze, izrađen je plan kojeg su se svi članovi tima pridržavali. Provedena je prijeoperacijska priprema i poslijeoperativna zdravstvena njega. Prije otpusta bolesniku je održana edukacija o njezi stome i okolne kože, o načinu promjene pločice i vrećice za stomu, o načinu prehrane koju je poželjno konzumirati ili izbjegavati. Nakon otpusta liječnik obiteljske medicine izdao je nalog patronažnoj medicinskoj sestri da napravi uvid u bolesnikovo stanje i provjeri njegovo znanje i vještine u njezi kolostome.

Prilikom uvida patronažne medicinske sestre utvrđeno je da bolesnik ipak nije siguran u sebe i da nema potrebno specifično znanje te mu je održana ponovna edukacija nakon koje je bolesnik usvojio potrebno znanje. Život s kolostomom uvelike mijenja način života, ali nikako nije prepreka za obavljanje svakodnevnih životnih funkcija.

## 6. SAŽETAK

**Cilj rada:** Prikazati proces zdravstvene njege bolesnika s kolostomom i edukacija nakon otpusta te utvrđene sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege. Planirane i provedene intervencije u prijeoperacijskoj i poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi usmjerene su rješavanju utvrđenih bolesnikovih problema.

**Opis slučaja:** Tijekom hospitalizacije utvrđene su sljedeće dijagnoze u procesu zdravstvene njege: strah u vezi s ishodom operativnog zahvata, bol u vezi s operativnom ranom, visok rizik za infekciju u vezi s operativnom ranom i postavljenim drenom, smanjena mogućnost obavljanja osobne higijene u vezi sa smanjenom pokretljivošću 2<sup>o</sup> operativnog zahvata, smanjena mogućnost odijevanja u vezi sa smanjenom pokretljivošću 2<sup>o</sup> operativnim zahvatom, neprihvatanje vlastitog izgleda u vezi s promijenjenim tjelesnim izgledom 2<sup>o</sup> kolostomom, neupućenost u njegu kolostome u vezi s nedostatkom specifičnog znanja. Bolesnik je tijekom hospitalizacije nakon provedenih intervencija izrazio smanjenu razinu straha, smanjenu razinu boli, nije došlo do razvoja infekcije, na zadnji dan hospitalizacije samostalno je obavio osobnu higijenu i odjenio se, izrazio je veće samopoštovanje te nakon edukacije patronažne medicinske sestre usvojio potrebna specifična znanja o njezi kolostome.

**Zaključak:** Za osiguranje kvalitetne perioperacijske zdravstvene njege i kvalitete života bolesnika s kolostomom izuzetno je važan holistički, individualni pristup bolesniku, pružajući fizičku, psihološku i socijalnu pomoć uz trajno educiranje.

**Ključne riječi:** kolorektalni karcinom, perioperacijska zdravstvena njega, sestrinska procjena, stoma

## 7. SUMMARY

### **Process of health care of patients with stoma and education of patients after discharge**

**Objective:** To present the process of health care of patients with colostomy and education after discharge, as well as to present the established nursing diagnosis in the process of health care. Planned and implemented interventions in preoperative and postoperative health care are aimed at solving the patient's identified problems.

**Case description:** During hospitalization, the following diagnoses were made in the health care process: fear about the outcome of the surgical procedure, pain of the surgical incision, high risk of infection associated with surgical incision and drain placement, reduced ability to perform personal hygiene in / with reduced mobility due to the secondary surgery, reduced ability to dress due to reduced mobility following secondary surgery, non-acceptance of one's own appearance in connection with altered physical appearance following secondary colostomy, and ignorance of colostomy care due to the lack of specific knowledge. The patient expressed a reduced level of fear during hospitalization after the performed interventions, as well as reduced levels of pain. What is more, there was no infection, and on the last day of hospitalization, he performed personal hygiene and dressed himself. The patient also expressed greater self-esteem. Following a lesson that was given to him by the community nurse, the patient acquired the necessary specific knowledge about colostomy care.

**Conclusion:** In order to ensure a high-quality perioperative care and a high-quality life of patient with colostomy, it is extremely important to ensure a holistic, individual approach to the patient, and at the same time provide physical, psychological and social assistance with ongoing education.

**Keywords:** colorectal cancer, perioperative cancer, nursing assessment, stoma

**8. LITERATURA**

1. Hrvatska liga protiv raka: Rak debelog crijeva.
2. Bajek, S., Bobinac, D., Jerković, R., Malnar, D., Marić, I. Sustavna anatomija čovjeka. Digital point tiskara d. o. o., Rijeka, 2007.
3. Guyton, A. C., Hall, J. E. Medicinska fiziologija. (12. izdanje), Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
4. Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. -A., Liles, L. L. M. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs.* 2007; 60(6), 627–635.
5. Prpić, I., Bolčić-Wickerhouser, J., Jeličić, I., Nanković, V. Kirurgija. Udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. Zagreb: Školska knjiga, 1998.
6. Včev, A. Bolesti debelog crijeva. Osijek: Grafika, 2002.
7. Štimac, D., Katičić, M., Kujundžić, M., Ljubičić, N., Poropat, G., Bokun, T. Značaj ranog otkrivanja raka debelog crijeva. *Medicina* 2008; 44(1): 7-15.
8. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
9. Štulhofer, M. Kirurgija probavnog sustava. Zagreb; Medicinska naklada, 1999.
10. Prpić, I. Kirurgija za više medicinske škole, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
11. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1996.
12. Prlić, N. Zdravstvena njega kirurških bolesnika – opća, Školska knjiga, Zagreb 2014.
13. Broz-Budisavljević-Franković, S. Zdravstvena njega 3, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
14. Prlić, N., Rogina, B., Muk, B. Zdravstvena njega kirurških bolesnika u Zdravstvena njega IV. Zagreb: Školska knjiga, 2001.
15. Mojsović, Z. i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2006.
16. Hagos, F., Alemseged, F., Balcha, F., Berhe, S., Aregay, A. Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in Mekelle Zone Hospitals, northern Ethiopia. *Nurs Res Pract.* 2014; 2014(5); 9.
17. American Nurses Association. The Nursing Process. Dostupno na adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/thenursing-process/>. Datum pristupa: 17.6.2022.
18. Ead, H. Application of the nursing process in a complex health care environment. Dostupno na adresi:



- <https://www.canadiannurse.com/en/articles/issues/2019/september2019/application-of-the-nursing-process-in-a-complex-health-care-environment>. Datum pristupa: 17.6.2022.
19. Gulanick, M., Myers, J. L. Nursing care plans: Diagnoses, interventions, outcomes. St. Louis, MO: Elsevier; 2017.
  20. Canero Ramos, T., de Carvalho, R., Galdeano, L. E. Nursing diagnoses for the immediate postoperative period of patients submitted to liver transplantation. *Einstein*. 2004; 2(2): 100-104.
  21. Ead, H. Application of the nursing process in a complex health care environment. Dostupno na adresi: <https://www.canadiannurse.com/en/articles/issues/2019/september-2019/application-of-the-nursing-process-in-a-complex-health-care-environment>. Datum pristupa: 20.6.2022.
  22. Hinkle, J. L., Cheever, K. H. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
  23. Carpenito, J. L. Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 14 izd. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 2013.
  24. Wilkinson, M. J. Nursing Process and Critical Thinking. 4. izd. Johnson Community College: Pearson; 2007.
  25. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. Fundamentals of Nursing Concepts, process and practice. 7. izd. Harlow: Pearson; 2004.