

Zdravstvena njega pacijenta s karcinomom debelog crijeva

Čović, Anamarija

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:243:039673>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-02**

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

Anamarija Čović

**ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA S
KARCINOMOM DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad

Pregrada, 2022.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Anamarija Čović

**ZDRAVSTVENA NJEGA PACIJENTA S
KARCINOMOM DEBELOG CRIJEVA**

Završni rad

Pregrada, 2022.

Rad je ostvaren na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Dislocirani sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo Pregrada.

Mentor rada: Jadranka Plužarić, mag. med. techn.

Rad sadrži: 37 listova, 32 stranice

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Ovaj završni rad posvećujem tebi majko, koja me pratiš sa anđelima, tebi čija ljubav još uvijek živi u meni, tebi kojoj pogled još susrećem svakim korakom. Sve što sam danas je stvar koju si sanjala za mene. Iako te nema, pogledaj kako ispunjavam tvoje snove. Hvala ti majko!

Posvećujem i tebi oče, koji si mi bio vjetar u leđa i odskočna daska kada god sam bila na dnu. Ništa od ovoga ne bi bilo da nije tebe. Hvala ti tata!

Posvećujem i dragom suprugu, tebi koji si mi bio čvrsti oslonac i podrška sa bezgraničnom vjerom u mene. Hvala ti!

Hvala mojim sekama, bližnjima i prijateljima što su mi bili podrška!

Želim zahvaliti i svojoj mentorici Jadranki Plužarić, mag. med. techn. na svim savjetima i pomoći tijekom izrade završnog rada!

„Ono što nagrađuje naš rad nije ono što smo dobili, već ono što smo postali“

P. Coelho

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Karcinom debelog crijeva	1
1.1.1. Patofiziologija, histopatologija i čimbenici rizika.....	2
1.1.2. Klasifikacija	2
1.1.3. Prevencija	3
1.1.4. Dijagnoza	4
1.1.5. Liječenje	5
1.2. Zdravstvena njega pacijenta s karcinomom debelog crijeva.....	7
1.2.1. Prijeoperacijsko razdoblje	8
1.2.2. Poslijeoperacijsko razdoblje.....	9
1.2.3. Prehrana.....	10
1.2.4. Intestinalna stoma.....	10
2. CILJ.....	12
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	13
3.1. Sestrinska anamneza i status	13
3.2. Fizikalni pregled i promatranje	15
3.3. Sestrinske dijagnoze.....	16
3.2.1. Anksioznost u/s planiranim operativnim zahvatom 2° postavljanje ileostome, što se očituje tjeskobom, napetošću	17
3.2.2. Strah u/s ishodom operacijskog zahvata što se očituje izjavom pacijentice da se boji razvoja komplikacija nakon operacije.....	17
3.2.3. Visok rizik za infekciju u/s postavljenim urinarnim kateterom	18
3.2.4. Poteškoće s usnivanjem u/s novim prostorom, krevetom i upaljenim noćnim svjetlom što se očituje izjavama pacijentice da spava u zamračenoj, prozračenoj i hladnijoj prostoriji, nosi pidžamu i da voli spavati na dva jastuka.	19
3.2.5. Neupućenost u/s nedostatkom specifičnog znanja o prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileostome, što se očituje izjavom pacijentice da smatra da nema dovoljno znanja o	

prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileostome	20
4. RASPRAVA.....	21
5. ZAKLJUČAK	24
6. SAŽETAK.....	25
7. SUMMARY	26
8. LITERATURA	27
9. ŽIVOTOPIS	31

1. UVOD

Zloćudne bolesti, jedan od najvećih javnozdravstvenih problema, najčešće nastaju uslijed nekontroliranog širenja i rasta tumorskih stanica, koji se događa pod utjecajem genetskih i okolinskih čimbenika. Transformacija normalne i zdrave stanice u tumorski promijenjenu stanicu dovodi do širenja tumorskog tkiva, a samim tim do širenja maligne bolesti (1). Praćenje stope prevalencije i incidencije najpouzdaniji je pokazatelj učestalosti karcinoma, a ovisno o podacima definira se potreba za ranim probirom i mjerama prevencije usmjerenih na rizične skupine za obolijevanje od određenih vrsta karcinoma (2).

1.1. Karcinom debelog crijeva

Karcinom debelog crijeva jedan je od najčešćih karcinoma u svijetu (3), a prema globalnoj statistici raka u 2018. godini, postao je četvrti vodeći uzrok smrti povezanih s tumorom (2). Treća je najčešća dijagnoza i druga najsmrtonosnija zloćudna bolest za oba spola zajedno. Učestalost novooboljelih i stopa mortaliteta posljednjih je godina u stalnom padu kod osoba starijih od 50 godina, što se povezuje s porastom probira raka u navedenoj dobi i boljim modalitetima terapije (4). Razvoj karcinoma debelog crijeva povezan je s utjecajem okoliša i genetikom. Smatra se da otprilike 5 % svih karcinoma debelog crijeva nastaje kao posljedica dva nasljedna sindroma: obiteljske adenomatozne polipoze i Lynchova sindroma (5, 6). Prevalencija i incidencija varira diljem svijeta, a najveća je u Australiji i Novom Zelandu, a potom u Sjevernoj Americi i Europi, dok Afrika i južna središnja Azija imaju najmanju incidenciju (7). S pojavom novijih i boljih strategija probira, stopa smrtnosti povezana s karcinomom debelog crijeva smanjila se u prosjeku za oko 2,7 % između 2004. i 2013 godine, a očekuje se da će se dodatno smanjiti na oko 38 % za osobe od 50 do 74 godine i oko 45% za one starije od 75 godina do 2030. godine (8). Karcinom debelog crijeva može se pojaviti kao sporadičan (70 %), obiteljski klastering (20 %) i nasljedni sindrom (10 %). Dijagnoza se najčešće postavlja u dobi iznad 50 godina i uglavnom je povezana s čimbenicima okoline, za razliku od bolesnika s postojećim nasljednim obrascem kod kojih postoji veći rizik za obolijevanje u mlađoj dobi (4).

1.1.1. Patofiziologija, histopatologija i čimbenici rizika

Većina karcinoma debelog crijeva razvija se polipa vezanih za unutarnju površinu debelog crijeva ili rektuma, koji mogu biti ravni ili uzdignuti u odnosu na unutarnju epitelnu ovojniciu. Uzdignuti polipi pokazuju dva obrasca rasta, s ili bez peteljke (sesilni polipi) (9, 10). Promjena normalnog epitela debelog crijeva u prekanceroznu leziju i konačno u invazivni karcinom zahtijeva akumulaciju genetskih mutacija, bilo somatskih (stečenih) i/ili germinativnih (naslijeđenih) u razdoblju od otprilike 10 do 15 godina (5, 6). Rano otkrivanje i uklanjanje polipa smanjuje rizika, a samim tim i učestalost razvoja karcinoma debelog crijeva (4).

Više od 90 % karcinoma debelog crijeva su adenokarcinomi, a pojavnost denoskvamoznog, vretenastog, skvamoznog i nediferenciranog značajno je rjeđa. Adenokarcinomi su kategorizirani prema postotku formiranja žlijezda u dobro, umjereno i slabo diferencirani, ali se dalje dijele na dvije razine u odnosu na prognostički značaj: niski (dobar-umjereni) i visoki stupanj (loš) karcinoma (4). Čimbenici rizika su brojni, no uzrok se ne može precizirati. Genetske promjene epitelnih stanica sluznice debelog crijeva esencijalna su komponenta u etiologiji karcinoma, kao i međuovisnost genske konstitucije i izloženosti genetskim mutacijama. Predispozicija za mutageni učinak, žučne kiseline, povećane količine crvenog mesa u prehrani, pH stolice i fekalni mutageni, te dob iznad 40 godina života smatraju se glavnim čimbenicima rizika. Rizik za razvoj karcinoma može se smanjiti uzimanjem selena i vitamina A, C, E i D (1, 2, 6).

1.1.2. Klasifikacija

Tumori i tumorima slične lezije debelog crijeva klasificiraju se prema Morsonu i prema Dukesu. Morsonova klasifikacija dijeli tumore na epitelne, karcinoidne neepitelne, hematopoetske i limfoidne neoplazme, neklasificirane tumore, sekundarne tumore i tumorima slične lezije. Ova je klasifikacija prihvaćena od strane Svjetske zdravstvene organizacije 1976. godine. Klasifikacija prema Dukesu predstavlja patohistološku podjelu, a tumori se dijele prema stadijima od 0 do IV i recidiv. U 0 stadiju tumor zahvaća unutarnji sloj sluznice, u I više slojeva stijenke debelog crijeva, u II mišićni sloj, u III limfne čvorove, a u IV stadiju karcinom se širi na druge organe. Recidiv predstavlja stupanj koji označava ponovni razvoj bolesti nakon

prvotnog izlječenja, a osim na debelom crijevu, bolest se može razviti i na drugim organima. Određivanje stadija bolesti u nekim je slučajevima moguće nakon kirurške intervencije (11).

1.1.3. Prevencija

Bez obzira što je karcinom debelog crijeva uzrokovan djelovanjem niza različitih čimbenika, predstavlja jednu od bolesti koja se može spriječiti. Sigurna i precizna preventivna strategija ne postoji, no mnogi su načini koji pridonose smanjenju rizika od oboljenja (12). Određeni čimbenici rizika za karcinom, poput pušenja i nezdrave prehrane, mogu se izbjeći, no nasljeđivanje određenih gena čimbenik je rizika na koji se ne može utjecati. Redovita tjelovježba i zdrava prehrana mogu biti zaštitni faktori. Izbjegavanje čimbenika rizika i povećanje zaštitnih faktora može značajno smanjiti rizik od obolijevanja (13).

Testovi probira na karcinom debelog crijeva ključni su u pravovremenom otkrivanju bolesti, stoga se smatraju učinkovitom preventivnom strategijom, obavezni su i preporučuju osobama starijim od 50 godina (14). Izrazito su učinkoviti, utječu na smanjenje incidencije bolesti i stope smrtnosti jer omogućuju otkrivanje karcinoma u ranoj fazi, što je izrazito važno zbog povećanja mogućnosti za uspješno liječenje. Probir kolonoskopijom preporučuje se svakih 10 godina, sigmoidoskopijom svakih pet godina, a test fekalne okultne krvi jednom godišnje, no kolonoskopija predstavlja standardnu metodu probira. Pacijenti s rizikom od karcinoma debelog crijeva (genetska predispozicija), trebali bi započeti probir 10 godina prije dobi u kojoj je karcinom dijagnosticiran članu obitelji u prvom koljenu (14, 15). Prema posljednjem ažuriranju smjernica za probir Američke udruge za rak, dob u kojoj treba započeti probir raka debelog crijeva smanjena je na 45 godina za osobe s prosječnim rizikom (16). Provođenje probira zahtjeva edukaciju opće populacije jer mnoge osobe se ne odazovu na poziv zbog osobnih strahova, ekonomskih problema, nedostatka preporuka liječnika, te nedostatka svijesti o simptomima, znakovima, čimbenicima rizika i ishodu bolesti (17). Povećanje svijesti opće populacije o dobrobitima probira, promjenama u načinu života (prehrana, tjelesna aktivnost, prestanak pušenja), te o ranom prepoznavanju znakova i simptoma izrazito je važno (18), jer rano postavljanje dijagnoze povećava vjerojatnost uspješnog liječenja za 90 % (16).

1.1.4. Dijagnoza

Karcinom debelog crijeva može se i ne mora manifestirati simptomima na samom početku bolesti. Najčešći simptomi su promjene u navikama pražnjenja crijeva, kao što su proljev, zatvor ili sužavanje stolice, što traje duže od nekoliko dana. Kod oboljelih se može javiti učestali nagon, koji ne prestaje nakon defekacije, rektalno krvarenje, krv u stolici, abdominalni grčevi, slabost, umor i nenamjeren gubitak tjelesne težine. Karcinom debelog crijeva često može krvariti u probavni trakt, a ponekad se krv može vidjeti u stolici. S vremenom se gubitak krvi može povećati i dovesti do anemije, što može biti razlog za postavljanje sumnje na karcinom debelog crijeva. Metastaze na jetri očituju se povećanom jetrom pri pregledu, žutilom kože ili bjeloočnica, a metastaze na plućima se očituju poteškoćama disanja (19).

U procesu postavljanja dijagnoze prikuplja se detaljna osobna i obiteljska anamneza, procjenjuju prisutni simptomi, provodi fizikalni pregled cijelog tijela i digitorektalni pregled. Laboratorijska dijagnostika uključuje kontrolu kompletne krvne slike, jetrenih enzima i tumorskih markera, koji se također koriste u praćenju stanja bolesnika kojima je postavljena dijagnoza karcinoma. Provodi se dijagnostička kolonoskopija, a u slučaju sumnje na karcinom rektuma i proktoskopija. Tijekom kolonoskopije uzima se uzorak tkiva za biopsiju koji se šalje u laboratorij s ciljem potvrđivanja ili isključivanja dijagnoze karcinoma. U slučaju postojanja metastaza, potrebno je provesti specifične genske pretrage kako bi se odredila vrsta terapije i utvrdila potencijalna učinkovitost ciljane terapije (pametni lijek). Slikovne pretrage uključuju radiološke i ultrazvučne pretrage i magnetsku rezonancu, a provode se s ciljem utvrđivanja stupnja širenja karcinoma, praćenja učinka liječenja i utvrđivanja recidiva bolesti nakon završenih terapijskih tretmana (20).

Rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva omogućuje veće mogućnosti liječenja, što povećava vjerojatnost uspješnog izlječenja. Određivanje terapijskog režima zahtjeva utvrđivanje stadija bolesti, a proces se temelji na određivanju tri ključne komponente: opseg tumora, širenje na obližnje limfne čvorove i širenje na udaljena mjesta. Opseg (veličina) tumora određuje se procjenom zahvaćenosti stijenke debelog crijeva ili rektuma, što uključuje unutarnju sluznicu, tanki mišićni sloj, fibrozno tkivo, debeli mišićni sloj i najudaljenije slojeve vezivnog tkiva koji prekrivaju veći dio debelog crijeva, ali ne i rektum (19).

1.1.5. Liječenje

Metode liječenja karcinoma debelog crijeva su lokalne i sistavne. Lokalne metode su one čijom se primjenom ne utiče na druge dijelove organizma, provode se u ranijim stadijima karcinoma i uključuju kirurške metode i lokalnu terapiju zračenjem (21). Kirurgija je često glavni način liječenja ranog stadija raka debelog crijeva. Vrsta kirurškog zahvata ovisi o stadiju raka, mjestu u debelom crijevu i cilju kirurškog zahvata. Neki rani tumori debelog crijeva (stadij 0 i neki rani stadij I tumori) i većina polipa mogu se ukloniti tijekom kolonoskopije metodom polipektomije i lokalne ekscizije. Kolektomija je operacija uklanjanja cijelog ili dijela debelog crijeva, te limfnih čvorova u blizini. Kolektomija može biti otvorena (dugi rez na abdomenu) i zatvorena ili laparoskopski potpomognuta (manji rezovi i korištenje laparoscopa). U slučaju kada karcinom blokira debelo crijevo tijekom operacijskog zahvata postavlja se stent. Ako je došlo do perforacije crijeva ili se stent ne može izvesti, postavlja se stoma (kolostoma ili ileostoma), koja može biti privremena ili trajna. Mogući rizici i nuspojave operacije ovise o nizu čimbenika, uključujući opseg operacije i opće zdravstveno stanje pacijenta prije operacije. Problemi tijekom ili kratko nakon operacije mogu uključivati krvarenje, infekciju i krvne ugruške u nogama. Nakon operacijskog zahvata pacijenti najčešće kroz nekoliko dana osjećaju bol, apetit je smanjen, a količina tekućine se ograničava. Nakon oporavka pacijenta može se izvesti operacija preokreta stome kako bi se krajevi debelog crijeva ponovno spojili ili spojili ileum na debelo crijevo, za što mora proći minimalno dva mjeseca od postavljanja stome. (22).

Lokalna terapija zračenjem može se primijeniti prije, tijekom ili nakon operacijskog zahvata s ciljem poboljšanja ishoda liječenja. Zračenje se može primijeniti s kemoterapijom kod osoba čije je zdravstveno stanje kontraindicirano za operacijski zahvat, a u svrhu ublažavanja simptoma kod crijevne blokade, krvarenja i boli i ako postoje metastaze na kostima, plućima i mozgu. Terapija zračenjem može se provesti vanjskim i unutarnjim snopom. Terapija vanjskim snopom zračenja se koristi najčešće kod karcinoma debelog crijeva i rektuma, na način da se zračenje usmjeri direktno na karcinom. Osim navedenih metoda, zračenje se može provesti tijekom postupka embolizacije. Najčešće nuspojave su lokalna iritacija kože, poteškoće sa zacjeljivanjem rana, mučnina, rektalna iritacija, inkontinencija stolice, iritacija mjehura, umor, ožiljci, fibroza, te poteškoće s erekcijom kod muškaraca i vaginalna suhoća kod žena (23). Sustavno liječenje odnosi se na primjenu terapije peroralno ili intravenskim putem, a vrsta lijeka

se određuje u odnosu na vrstu karcinoma. Može se primijeniti kemoterapija, ciljana terapija i imunoterapija (21).

Kemoterapija se primjenjuje oralno ili intravenski, u različitim oblicima ovisno o stadiju karcinoma i vremenu liječenja. Primjena intravenskim putem može se provoditi kroz nekoliko minuta ili kroz dulje vremensko razdoblje u obliku infuzije. Terapija se može primijeniti i na način da se lijek ubrizga direktno u arteriju koja vodi do dijela tijela gdje se nalazi tumor, pri čemu se djelovanje usmjerava ciljano na stanice područja. Adjuvantna kemoterapija se daje nakon operacije s ciljem uništavanja stanica karcinoma koje su potencijalno ostale nakon operacijskog zahvata. Neoadjuvantna kemoterapija se daje prije operacije kako bi se karcinom smanjio, a samim tim olakšalo njegovo uklanjanje. Kod uznapredovanog karcinoma i metastaza na druge organe, kemoterapija se može koristiti za smanjenje tumora i ublažavanje poteškoća, što pomaže održanju kvalitete života oboljelih. Nuspojave uključuju umor, gubitak kose, ranice u ustima, gubitak apetita, mučninu, povraćanje, proljev, promjene na noktima i koži, uz postojanje povećanog rizik od infekcije i krvarenja (24).

Ciljana terapija obuhvaća lijekove koji specifično djeluju na promjene povezane s karcinomom, može se koristiti s kemoterapijom ili samostalno. Daje se u obliku infuzije, svaka dva do tri tjedna, najčešće u kombinaciji s kemoterapijom i pomaže u održavanju dobre kvalitete života. Nuspojave uključuju visok krvni tlak, ekstremni umor, krvarenje, povećan rizik od infekcije, ranice u ustima, gubitak apetita, proljev i glavobolje. Rijetke, ali moguće ozbiljne nuspojave uključuju krvne ugruške, ozbiljno krvarenje, perforacije debelog crijeva, probleme sa srcem i bubrezima, te sporo zacjeljivanje rana (30).

Imunoterapija je primjena lijekova koji potiču imunološki sustav da bolje prepozna i uništi maligne stanice. Važan dio imunološkog sustava je sposobnost zaštite zdravih tjelesnih stanica, pri čemu se koriste „kontrolne točke“ ili proteini na imunološkim stanicama koje je potrebno uključiti (ili isključiti) kako bi se aktivirao imunološki odgovor. Lijekovi koji se nazivaju inhibitori kontrolnih točaka koriste se kada su stanice karcinoma debelog crijeva pozitivne na specifične promjene gena ili ne postoji mogućnost uklanjanja karcinoma operacijskim zahvatom ili u slučaju recidiva i metastaza. Nuspojave uključuju umor, kašalj, mučninu, proljev, osip na koži, gubitak apetita, zatvor, bolove u zglobovima i svrbež, a rjeđe i teže nuspojave su alergijske i autoimune reakcije (25).

1.2. Zdravstvena njega pacijenta s karcinomom debelog crijeva

Sama dijagnoza, neovisno o stadiju i obliku liječenja karcinoma debelog crijeva kod pacijenata rezultira suočavanjem s fizičkim, emocionalnim, društvenim i financijskim učincima bolesti, te dovodi do niza nuspojava i komplikacija u procesu liječenja. Pacijenti nakon postavljanja dijagnoze osjećaj strah jer ishod bolesti često je nepredvidiv, što dodatno utječe na razvoj negativnih osjećaja povezanih s liječenjem. Promjene fizičkog zdravlja ovise o nekoliko čimbenika, uključujući stadij raka, duljinu i dozu liječenja te općem zdravstvenom stanju pacijenta prije postavljene dijagnoze (26).

Karcinom debelog crijeva negativno utječe na osobni i društveni život ne samo pacijenta, već i članova njegove obitelji, a posebno se ističu područja koja se odnose na razgovor o bolesti, seksualnu dobrobit, promjenu obiteljskih uloga i odgovornosti te održavanje sustava socijalne podrške pojedinca. Problemi se javljaju u trenucima kada pacijenti i članovi njegove obitelji skrivaju brige jedni od drugih i izbjegavaju razgovarati o osjetljivim temama povezanim s karcinomom i liječenjem. Preuzimanje obaveza i odgovornosti pacijenta često dovodi do fizičke i emocionalne preopterećenosti članova obitelji, a poteškoće u komunikaciji i pregovaranju o obiteljskim ulogama rezultira smanjenjem intimnosti supružnika i ima štetan učinak na bračne i obiteljske odnose (26, 27).

Oboljeli od karcinoma debelog crijeva susreću se s poteškoćama u provođenju svakodnevnih aktivnosti samozbrinjavanja, koje su nužne u održavanju života, zdravlja i dobrobiti. Cilj zdravstvene njege pacijenta s karcinomom debelog crijeva je poboljšati kvalitetu života tijekom liječenja kroz kontroliranje simptoma i pružanje pomoći i podrške. Kod pacijenata s karcinomom u proces pružanja zdravstvene skrbi uključuje se palijativna skrb, čiji su ciljevi usmjereni na smanjenje simptoma, povećanje kvalitete života i zadovoljstva pacijenta. Pružanje zdravstvene njege oboljelima od karcinoma debelog crijeva uključuje primjenu terapije, modifikacije prehrane, metode opuštanja, emocionalnu i duhovnu podršku i palijativne terapije uključujući kemoterapiju, operaciju i terapiju zračenjem. Tijekom cjelokupnog procesa skrbi s pacijentom i obitelji je potrebno otvoreno razgovarati, educirati ih o simptomima i nuspojavama, kao i odgovoriti na pitanja vezana uz postupke koji se provode. Poznavanje simptoma, tijeka razvoja bolesti i liječenja izrazito je važno jer uvelike pridonosi pravovremenom prepoznavanju simptoma, a samim tim i suzbijanju istih (28, 29).

1.2.1. Prijeoperacijsko razdoblje

Zdravstvena njega u prijeoperacijskom razdoblju usmjerena je na osiguravanje fizičke, psihičke, duhovne i socijalne spremnosti pacijenta, a temelji se na fizičkoj i psihičkoj pripremi, koja uključuje komunikaciju, edukaciju i savjetovanje. S pacijentom je važno uspostaviti odnos koji se temelji na povjerenju, što se postiže otvorenom komunikacijom kroz koju se pacijentu treba pokazati razumijevanje, strpljenje i povjerenje. U prijeoperacijskom razdoblju pacijenta se upoznaje s preporukama vezanim za promjene u načinu života i životnim navikama (prehrana, tjelesna aktivnost, nezdrave životne navike), terapiju, operacijski zahvat, moguće komplikacije i nuspojave liječenja, te proces rehabilitacije. Kod pacijenata kod kojih zdravstveno stanje zahtjeva postavljanje stome, potrebno je educirati pacijenta o pomagalima koja će mu biti potrebna i načinima na koje ih treba koristiti. Psihološka priprema od iznimne je važnosti jer utječe na uspješnost operacijskog zahvata, trajanje hospitalizacije i oporavka i primjenu analgetika. Psihološka priprema počinje odmah po postavljanju indikacija za operacijski zahvat. Osjećaji koji se javljaju kod pacijenta uključuju nemir, tjeskobu, strah, izgubljenost, bespomoćnost, a koji posebno dolaze do izražaja nakon hospitalizacije pacijenta (29, 30). Psihološki status pacijenta potrebno je kontinuirano procjenjivati kako bi se uočila pojava simptoma i znakova koji mogu ukazivati na razvoj anksioznosti i depresije, dva najčešća stanja mentalnog zdravlja koji se povezuju s dijagnozom karcinoma (31). S obzirom na težinu dijagnoze, kod pacijenta se javlja i osjećaj straha od promjena fizičkog izgleda, gubitka samostalnosti, autonomije, posla, podrške obitelji, nemogućnosti samostalnog zadovoljavanja potreba, te strah od smrti. Tijekom utvrđivanja problema zdravstvene njege, medicinska sestra treba poticati pacijenta da verbalizira osjećaje i strahove, što je nužno kako bi se intervencije zdravstvene njege usmjerile na rješavanje istih. Pristup pacijentu uvelike utječe na suzbijanje navedenih problema, a ujedno utječe na samopouzdanje pacijenta i olakšava proces prilagodbe na zdravstveno stanje i prihvaćanje promjena u načinu života (29). Procjena potreba kod pacijenta provodi se prema piramidi potreba (Maslow), utvrđuje se razina znanja pacijenta o bolesti, simptomima, operacijskom zahvatu, mogućim komplikacijama i očekivanim ishodima. Pacijenta se po dolasku na odjel upoznaje s prostorom, zdravstvenim osobljem i drugim pacijentima u bolesničkoj sobi. Također, pacijenta se upoznaje s načinom komunikacije i pozivanja medicinske sestre korištenjem sustava za poziv u pomoć u slučaju potrebe. Pacijentu je potrebno pružiti emocionalnu podršku i omogućiti posjete članova obitelji (32).

Medicinska sestra treba poticati pacijenta na suradnju i planiranje zdravstven njege, a u situacijama kada je to moguće, potrebno je u rad s pacijentom uključiti stoma terapeuta. Edukacija se provodi kroz razgovor, savjetovanje, informiranje i demonstraciju, no također je potrebno osigurati pomagala i materijale za edukaciju (slike, brošure, letci). Tijekom procesa poučavanja pacijentu je potrebno omogućiti da postavlja pitanja, te osigurati vrijeme za provjeru naučenog uz demonstraciju postupaka. Prije operacijskog zahvata medicinska sestra sudjeluje u procesu dijagnostike, prikupljanja podataka i dokumentiranja relevantnih nalaza, te provodi procjenu stanja bolesnika u skladu s kompetencijama. Pacijent nekoliko dana pred zahvat treba biti na visokokaloričnoj prehrani, a netom prije zahvata provodi se priprema crijeva koja se provodi davanjem purgativa, klizme, irigacijom crijeva, te oralnom i parenteralnom primjenom lijekova. Prije operacijskog zahvata provodi se označavanje mjesta stome, što je posebno važno kod pacijenata kod kojih se planira trajna stoma (29, 32, 33).

1.2.2. Poslijeoperacijsko razdoblje

U poslijeoperacijskom razdoblju, u prvih 48 sati provodi se kontinuirani nadzor pacijenta u Jedinici intenzivnog liječenja. Intervencije zdravstvene njege usmjerene su na suzbijanje simptoma, te praćenje promjena koje mogu ukazivati na razvoj komplikacija povezanih s krvarenjem, infekcijom i tromboembolijom. U ovom razdoblju također se provodi edukacija pacijenta, koja uključuje poučavanje pacijenta o zauzimanu adekvatnog položaja koji omogućuje lakše iskašljavanje, drenažu, ventilaciju pluća, olakšavanje boli i smanjenje napetosti trbušne stijenke. Kod pacijenta se promatra vanjski izgled, mjeri se diureza i kontrolira drenažni sadržaj, te se kontroliraju vitalne funkcije (krvni tlak, puls, disanje) kroz prva tri sata nakon operacijskog zahvata u razmaku od 15 minuta, a potom prema procjeni potreba i u odnosu na vrijednosti mjerenja. Svakodnevno se provodi njega usne šupljine i osobna higijena tijekom koje se posebna pozornost treba obratiti na promjene u stanju kože i sluznica, jer u poslijeoperacijskom razdoblju postoji visok rizik za razvoj oštećenja. Pacijenta je potrebno poticati na provođenje vježbi ekstremiteta, iskašljavanja i disanja, koje se prvenstveno demonstriraju i objasni se njihova važnost. Također, važno je voditi računa o sigurnosti pacijenta, educirati ga o postojećem riziku za pad i ozljede, te mu osigurati potrebna pomagala za kretanje i premještanje (trapez, štap, štake, hodalica) u slučaju potrebe (29, 32).

1.2.3. Prehrana

Kada se govori o prehrani nakon operacije karcinoma debelog crijeva, pacijent je do četvrtog poslijeoperacijskog dana na parenteralnoj prehrani, što je procijenjeno vrijeme potrebno za povratak peristaltike crijeva, no treći dan postupno se pacijentu daje čaj na žličicu uz nadzor. Četvrti poslijeoperacijski dan uvodi se tekuća prehrana, a do 14 dana nakon operacije pacijentu je dozvoljeno konzumiranje kašaste hrane koja ne izaziva opstipaciju ili dijareju i ne izaziva nadutost. Od 15. dana uvodi se normalna prehrana, no izbor namirnica je ograničen u skladu s preporukama i u odnosu da li je tijekom operacijskog zahvata izvedena stoma ili ne (31, 33). Što se tiče kliničkih karakteristika, ileostoma je povezana s pothranjenošću, prekomjernim gubitkom tekućine izlazom i problemima povezanim s curenjem i komplikacijama vezanim za stomu (34). Kod pacijenata kod kojih je uklonjen završni dio ileuma izloženi su većem riziku od dehidracije, poremećaja uhranjenosti, neravnoteže elektrolita, nedostatka B-12, željeza, magnezija, masti i folne kiseline (35), stoga je nužno osigurati nutritivnu potporu (oralno, enteralno ili parenteralno), vodu i elektrolite kako bi se spriječila pothranjenost i zadovoljili prehrambeni zahtjevi (31). U sklopu procjene pacijenta medicinska sestra provodi brzu procjenu nutritivnog statusa s ciljem prepoznavanja prisutnih rizika za poremećaje prehrane i kako bi se isti pravovremeno spriječili (31, 34). U poslijeoperativnom razdoblju je važno osigurati visokoenergetsku, visokoproteinsku prehranu za zacjeljivanje rana koja sadrži nizak udio netopivih vlakana (31).

1.2.4. Intestinalna stoma

Intestinalne stome igraju važnu ulogu u liječenju mnogih gastrointestinalnih bolesti, a karcinom debelog crijeva je najčešća indikacija za postavljanje kolostome ili ileostome. Edukacija o stomi i njezi stomalnog područja nužno se provodi se prije i nakon postavljanja stome. Edukacija pacijenata i psihološka podrška imaju važnu ulogu u poboljšanju dugoročnih kirurških ishoda jer je dokazano da smanjuju slabo definirane psihosocijalne komplikacije, poput anksioznosti i depresije, te promiču kvalitetu života osoba sa stomom, samostalnost i neovisnost. Prijeoperacijska priprema uključuje brijanje trbušne stijenke, umetanje Folleyevog katetera, postavljanje nazogastrične sonde i primjenu tekućine i elektrolita. Pacijenti kod kojih je indicirano postavljanje stome zahtijevaju multidisciplinarni pristup, koji je ključan u

formiranju i zbrinjavanju pacijenta (36). Izrada intestinalne stome povezana je s određenim fiziološkim promjenama, prije svega smanjenjem površine dostupne za resorpciju i gubitkom kontinencije. Kod stoma tankog i kod proksimalnih stoma debelog crijeva, smanjenje područja resorpcije može dovesti do gubitka tekućine i elektrolita (37). Stoma dramatično mijenja život pacijenta, a njega stome obuhvaća širok spektar intervencija koje se provode prije i nakon operacijskog zahvata. Najznačajnija uloga medicinske sestre je u edukaciji, pružanju stručnih savjeta, informiranju i demonstraciji postupaka vezanih za njegu stome, pacijentu i članovima obitelji. Zajedno s izravnom negom stome, medicinske sestre moraju procijeniti psihosocijalne aspekte skrbi, te procijeniti nutritivni status i educirati pacijenta i obitelj o prehrani i mogućim komplikacijama. Najveći broj pacijenata nakon operacije ima dvodijelni sustav, koji se sastoji od bazne ploče i vrećice. Baznu ploču dvokomponentnog sustava idealno bi trebalo mijenjati svaka 2 do 3 dana, dok se jednodijelni sustav mora mijenjati svakodnevno. Medicinska sestra pacijenta upoznaje s pomagalicama i opremom koju će koristiti, te s tehnikom promjene sustava. Komplikacije stome dijele se na rane i kasne događaje. Rane komplikacije, u prvih 30 dana, uključuju krvarenje, stvaranje hematoma, edem stome, iritaciju kože, ponekad s ulceracijom i nekrozu stome. Kasne komplikacije su one koje se javljaju više od 30 dana nakon operacije, a najčešće su prolaps, povlačenje, stenoza stome i parastomalna hernija. Razlozi za nastanak kasnih komplikacija mogu biti vezani uz bolesnika ili kiruršku tehniku. Pretilost i povišeni intraabdominalni tlak uvelike povećavaju rizik od prolapsa stome i parastomalne hernije. Pretjerano velik otvor je predisponirajući čimbenik za parastomalnu kilu, dok prevelika mobilizacija crijevne petlje koja se koristi za oblikovanje stome povećava sklonost prolapsu. Dehidracija (s neravnotežom elektrolita) je česta komplikacija u bolesnika s ileostomom, a može se javiti odmah ili mjesecima nakon operacijskog zahvata. Poznavanje komplikacija i njihovih manifestacija je od velike važnosti jer pravovremeno prepoznavanje omogućuje adekvatan terapijski pristup (36, 37).

2. CILJ

Cilj je ovog rada je prikazati osobitosti zdravstvene njege u slučaju pacijentice s karcinomom debelog crijeva.

3. PRIKAZ SLUČAJA

U nastavku će biti prikazan slučaj pacijentice oboljele od karcinoma debelog crijeva koja je liječena u KBC Osijek. Korištenje i analiza podataka biti će prikazani uz poštivanje načela anonimnosti i u skladu s etičkim standardima.

3.1. Sestrinska anamneza i status

Pacijentica N. Č. iz Nuštra, rođena 1963. godine, živi u obiteljskoj kući sa suprugom i djecom, po zanimanju radni terapeut. Pacijentica je nakon obrade u OŽB Vinkovci i u onkološkoj ambulanti KBC Osijek hospitalizirana na Zavodu za abdominalnu (digestivnu) kirurgiju Klinike za kirurgiju KBC Osijek, zbog planirane anastomoze silaznog kolona i rektuma transanalno cirkularnim staplerom i postavljanja protektivne ileostome desno.

Medicinska dijagnoza: C20 – Zloćudna novotvorina završnog debelog crijeva (rektuma).

Percepcija i održavanje zdravlja

Otac pacijentice preminuo u 65. godini života posljedično tumoru mozga, majka preminula, bila je srčani bolesnik. U osobnoj anamnezi nema poznatih bolesti. U siječnju 2022. učinjena kolonoskopija, prema PHD nalazu – adenokarcinom. Pacijentica se zaprima u kolovozu 2022. godine na odjel nakon postavljene dijagnoze karcinoma debelog crijeva. U posljednjih šest mjeseci izgubila je 12 kg na tjelesnoj težini, dobrog je općeg stanja, nema utvrđenih sekundarizama. Nema poznatih alergija u anamnezi. Pacijentica ne pije i ne puši.

Prehrana i metabolizam

Pacijentica je prije hospitalizacije konzumirala tri obroka, uz međuobroke (voće najčešće), no navodi da u posljednjih šest mjeseci jede količinski manje obroke. Unos tekućine prije hospitalizacije bio je između 1,5 do 2 litre vode. Ne navodi gubitak apetita, niti poteškoće s gutanjem i žvakanjem. Navodi da jede sve namirnice, ali u posljednje vrijeme manje jede meso jer joj ne odgovara, no nije bila sigurna u razlog. Kod kuće sama kuha za sebe i cijelu obitelj. Tijekom hospitalizacije pacijentica unosi oko 2 litre tekućine. Pacijentica je motivirana i želi naučiti o novoj prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileostome.

Eliminacija

Pacijentica se žali na nadutost i probleme s defekacijom u obliku veće učestalosti tijekom dana i bolnost pri defekaciji. Dnevno ima do tri stolice, uredne konzistencije, nije uočila primjese u stolici, niti promjene u mirisu i boji stolice. Mokrenje uredno, pacijentica navodi da mokri do pet puta tijekom dana, mokrenje noću negira. Navodi da boja, miris i količina urina nemaju specifičnosti. Tijekom hospitalizacije uveden je urinarni kateter, mokrenje je uredno, u skladu s unosom tekućine, stolica normalne konzistencije, do dva puta dnevno. Trenutno navodi da nema izraženih bolova pri defekaciji, u stolici nema primjesa krvi.

Aktivnosti

Pacijentica samostalno provodi aktivnosti samozbrinjavanja, svakodnevno se tušira za vrijeme hospitalizacije, koristi vlastiti pribor za higijenu. Prije hospitalizacije pacijentica navodi da je svakodnevno sat vremena šetala, opuštala se u popodnevnim i večernjim satima čitanjem knjige i gledanjem serije na televiziji koju svakodnevno prati.

Odmor i spavanje

Pacijentica navodi da odlazi spavati oko 23 sata, a budi se oko 7 sati ujutro. Spava u zamračenoj i hladnijoj prostoriji, nosi pidžamu i voli spavati na dva jastuka. Prije i nakon spavanja prozračí prostoriju jer voli svježí zrak i ne podnosi zagušljive prostore. Za vrijeme hospitalizacije pacijentica ima poteškoće s usnivanjem, što povezuje s novim prostorom i krevetom, ali i sa strahom od operacijskog zahvata. Također, pacijentica navodi da joj smeta noćno svijetlo jer voli zamračen prostor, no da shvaća da mora biti upaljeno zbog drugih pacijenata.

Kognitivno perceptivne funkcije

Pacijentica je komunikativna, orijentirana je u vremenu i prostoru. Navodi da vodi ugodan obiteljski život i ima veliki krug prijatelja. Nema problema s pamćenjem, vidom i sluhom.

Samopercepcija

Pacijentica ima općenito pozitivno razmišljanje o životu, smatra se karakterno jakom i dobrom osobom koja je uvijek spremna pomoći drugima. Nada se da će dobro prihvatiti ileostomu, te da novonastala situacija neće utjecati na njezine stavove i mišljenje o sebi. Navodi da se osjeća dobro, no da osjeća strah kada razmišlja o bolesti, operacijskom zahvatu i postavljanju ileostome, jer se boji komplikacija nakon operacije i smatra da nema dovoljno znanja vezanog za prehranu, te za provođenje njege stome i stomalnog područja.

Uloge i odnosi

Pacijentica živi sa suprugom i djecom, navodi da vodi ugodan obiteljski život i ima veliki krug prijatelja. Društvena je osoba, općenito pozitivno razmišlja o životu, no tijekom hospitalizacije izražava strah za svoje zdravlje i boji se da će postavljanje ileostome utjecati negativno na njezin društveni život. Također, navodi da ne želi opterećivati druge sa svojim zdravstvenim problemima, ali da je svjesna da ima potpunu podršku obitelji i da su u svakom trenutku prisutni uz nju, stoga ih ne želi dodatno opterećivati. Navodi svoju obitelj kao najveću motivaciju jer ju svakodnevno zovu i posjećuju tijekom hospitalizacije. U komunikaciji sa zdravstvenim djelatnicima pacijentica je otvorena, postavlja pitanja bez nelagode i navodi da je svjesna da može potražiti pomoć u svakoj situaciji u kojoj smatra da joj je potrebna.

Seksualna aktivnost i reprodukcija

Prva menstruacija sa 14 godina, tri poroda iz tri uredno vođene trudnoće.

Stres i suočavanje

Pacijentica navodi da prije postavljene dijagnoze karcinoma nije doživjela veće stresne situacije, te da pokušava prihvatiti bolest na pozitivan način i nada se uspješnom izlječenju. Kod pacijentice se uočavaju znakovi anksioznosti, poput tjeskobe, nemira i nervoze.

Vrijednosti i vjerovanja

Pacijentica je katoličke ispovijesti, nedjeljom ide u crkvu.

3.2. Fizikalni pregled i promatranje

Pacijentica je visoka 163 cm, na dan hospitalizacije ima 56 kg (prije šest mjeseci imala 72 kg), indeks tjelesne mase prema izračunu je 21,1. Pacijentica je tijekom hospitalizacije afebrilna, vrijednosti tjelesne temperature mjerene aksilarno kreću se od 36.4°C do 36.7°C. Prije hospitalizacije pacijentica nije imala poteškoće s krvnim tlakom, navodi da su vrijednosti pri kontrolama bile oko 120/80 mmHg. Tijekom hospitalizacije krvni tlak se kontrolira dva do tri puta tijekom 24 sata, a vrijednosti se kreću od 115/70 mmHg do 130/80 mmHg. Fizikalnim pregledom uočava se da je prsni koš obostrano respiratorno gibljiv, simetričan, auskultatorno fiziološki šum disanja, srčana akcija ritmična, bez šumova. Mjerenja pokazuju vrijednosti pulsa od 68' do 80', frekvencija disanja u prosjeku 13', zasićenost kisikom kreće se od 97 % do 99 %. Pacijentica je u mirovanju eupnoična, samostalno pokretna, slabije osteomuskularne građe. Koža i vidljive sluznice uredno prokrvljene i hidrirane, bez cijanoze i znakova hemoragijske dijateze. Glava i vrat izvana bez osobitosti, pri palpaciji limfni čvorovi i štitnjača uredni. Abdomen mekan, palpatorno bezbolan, crijevna peristaltika čujna. Ekstremiteti bez edema, obostrano simetrični. Pacijentica ne navodi prisutnost boli. Pacijentici je postavljen urinarni kateter i provodi se praćenje diureze (1600 ml do 2500 ml, ovisno o dnevnom unosu tekućine). Od lijekova pacijentica povremeno uzima analgetike (Brufen 600mg, Lupocet 100mg).

3.3. Sestrinske dijagnoze

Promatranjem i procjenom, te prikupljanjem i analizom podataka definirane su sestrinske dijagnoze u opisanom prikaz slučaja, te su na temelju istih definirani ciljevi i intervencije medicinske sestre.

Sestrinske dijagnoze:

- Anksioznost u/s planiranim operativnim zahvatom 2° postavljanje ileostome, što se očituje tjeskobom, napetošću
- Strah u/s ishodom operacijskog zahvata što se očituje izjavom pacijentice da se boji razvoja komplikacija nakon operacije
- Visok rizik za infekciju u/s postavljenim urinarnim kateterom
- Poteškoće s usnivanjem u/s novim prostorom, krevetom i upaljenim noćnim svjetlom što se očituje izjavom pacijentice da navečer otežano zaspi

- Neupućenost u/s nedostatkom specifičnog znanja što se očituje izjavom pacijentice da nema dovoljno znanja za prehranu, te za provođenje njege stome i stomalnog područja

3.2.1. Anksioznost u/s planiranim operativnim zahvatom 2° postavljanje ileostome, što se očituje tjeskobom, napetošću

Cilj: Pacijentica će se nakon razgovora s medicinskom sestrom i pruženom podrškom od strane članova obitelji pozitivno suočiti s anksioznosti tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

- uspostaviti komunikaciju i profesionalan odnos temeljen na povjerenju
- promatrati i pravovremeno uočavati znakove anksioznosti
- osigurati vrijeme za razgovor, pružiti podršku pacijentici
- educirati pacijenticu o pozitivnim učincima provođenja vježbi relaksacije (vježbe disanja)
- poticati pacijenticu na provođenje aktivnosti koje je opuštaju (čitanje, gledanje televizije)
- poticati pacijenticu na verbaliziranje osjećaja
- uključiti članove obitelji i stoma terapeuta u rad s pacijenticom
- pokazati stručnost i znanje u educiranju i informiranju pacijentice o njezi stome i stomalnog područja

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentica se nakon razgovora s medicinskom sestrom i pruženom podrškom od strane obitelji pozitivno suočava s anksioznosti tijekom hospitalizacije.

3.2.2. Strah u/s ishodom operacijskog zahvata što se očituje izjavom pacijentice da se boji razvoja komplikacija nakon operacije

Cilj: Pacijentica će se nakon razgovora o operacijskom zahvatu uspješno suočiti sa strahom prije operacije.

Sestrinske intervencije:

- stvoriti profesionalan odnos
- ostvariti povjerenje
- upoznati pacijenticu s okolinom
- objasniti pacijentici postupke koji se provode, njihovu svrhu i važnosti
- informirati pacijenticu o operacijskom zahvatu
- upoznati pacijenticu s mogućim komplikacijama, kako ih prepoznati i spriječiti
- omogućiti pacijentici da identificira čimbenike koji utječu na pojavu straha
- educirati pacijenticu o važnosti operacijskog zahvata, postupcima, mogućim komplikacijama, te kako ih pravovremeno prepoznati i spriječiti
- osigurati vrijeme za razgovor i pružiti psihološku podršku pacijentici
- poticati pacijenticu na verbalizaciju osjećaja
- poticati pacijenticu na pozitivno razmišljanje
- podučiti pacijenticu metodama distrakcije (čitanje knjige, gledanje televizije, razgovor s članovima obitelji)
- osigurati podršku psihologa ako je potrebno

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentica nakon razgovora o operacijskom zahvatu ne osjeća strah prije operacije.

3.2.3. Visok rizik za infekciju u/s postavljenim urinarnim kateterom

Cilj: Tijekom hospitalizacije, uz pridržavanje pravila asepsa, pacijentica neće pokazivati znakove i simptome infekcije povezane s urinarnim kateterom.

Sestrinske intervencije:

- kontrolirati vitalne funkcije
- pratiti vrijednosti tjelesne temperature
- pratiti izgled urina
- pratiti promjene laboratorijskih nalaza
- uzorak urina iz urinarnog katetera poslati na bakteriološku analizu

- održavati osobnu higijenu i higijenu perianalnog područja
- educirati pacijenticu o važnosti provođenja osobne higijene
- provoditi njegu urinarnog katetera u skladu s pravilima aseptičnog rada
- primijeniti antibiotsku profilaksu prema odredbi liječnika
- educirati pacijenticu o simptomima i znakovima infekcije i kako ih prepoznati

Evaluacija: Cilj je postignut. Uz pridržavanje pravila asepse, tijekom hospitalizacije kod pacijentice nije došlo do pojave znakova i simptoma infekcije povezane s urinarnim kateterom.

3.2.4. Poteškoće s usnivanjem u/s novim prostorom, krevetom i upaljenim noćnim svijetlom što se očituje izjavama pacijentice da navečer otežano zaspe

Cilj: Tijekom hospitalizacije pacijentica nakon prozračivanja bolesničke sobe neće imati poteškoća s usnivanjem.

Sestrinske intervencije:

- upoznati pacijenticu s novom okolinom
- osigurati udobnost (jastuci, mir, prozračen prostor)
- omogućiti pacijentici da obitelj ili prijatelji donesu vlastiti jastuk kako bi se osjećala ugodnije
- prozračiti prostoriju prije odlaska na spavanje
- objasniti pacijentici važnost noćnog svijetla
- educirati pacijenticu o važnosti opuštanja prije spavanja (čitanje knjige)
- primijeniti terapiju za spavanje prema odredbi liječnika
- razgovarati s pacijenticom

Evaluacija: Cilj je postignut. Tijekom hospitalizacije pacijentica nema poteškoća s usnivanjem nakon prozračivanja bolesničke sobe.

3.2.5. Neupućenost u/s nedostatkom specifičnog znanja o prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileostome što se očituje izjavom pacijentice da smatra da nema dovoljno znanja o prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileostome

Cilj: Tijekom hospitalizacije pacijentica će pokazati dobru razinu specifičnog znanja nakon edukacije o prehrani pacijenta s karcinomom debelog crijeva i ileostome.

Sestrinske intervencije:

- izraditi plan prehrane u skladu s potrebama i preporukama za prehranu kod karcinoma debelog crijeva i ileostome
- osigurati namirnice u skladu s planom prehrane uzimajući u obzir preferencije pacijentice u izboru namirnica koje su dozvoljene za konzumaciju kod karcinoma debelog crijeva i ileostome
- uključiti nutricionistu u rad s pacijenticom
- upoznati pacijenticu s novim dijetalnim režimom i educirati pacijenticu o važnosti konzumiranja preporučenih namirnica nakon postavljanja ileostome
- omogućiti pacijentici da postavi pitanje ukoliko nešto nije shvatili ili ju zanima
- provjeriti naučeno te je li pacijentica sve shvatila o prehrani pacijenta s karcinomom debelog crijeva i ileostome
- dati pacijentici usmene i pisane upute o pravilnoj prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileostome
- poticati pacijenticu u izradi jelovnika
- pratiti tjelesnu težinu pacijentice i upozoriti pacijenticu na važnost praćenja tjelesne težine nakon operacijskog zahvata i otpusta iz bolnice
- pratiti izgled i konzistenciju stolice

Evalvacija: Cilj je postignut. Pacijentica pokazuje dobru razinu specifičnog znanja nakon edukacije o prehrani pacijenta s karcinomom debelog crijeva i ileostomom.

4. RASPRAVA

Pacijentica N. Č. iz Nuštra, rođena 1963. godine, javlja se u onkološku ambulantu KBC Osijek nakon učinjene kolonoskopije i obrade u OŽB Vinkovci sa dijagnozom karcinoma debelog crijeva. Simptomi karcinoma u slučaju pacijentice N. Č. manifestirali su se u obliku gubitka tjelesne težine, nadutosti i problema sa defekacijom. Pacijentica navodi učestali nagon, više puta tijekom dana, koji ne prolazi nakon defekacije. Navedeni simptomi su karakteristični simptomi za karcinom debelog crijeva (23), na temelju kojih je postavljena sumnja, a ista je potom potvrđena dijagnostičkom obradom. Osnova u postavljanju dijagnoze karcinoma debelog crijeva je kolonoskopija, koja je kod pacijentice provedena zbog postojećih indikacija (simptomi koji upućuju na karcinom debelog crijeva) (32).

Prema definiranim smjernicama provodi se detaljna dijagnostička obrada, koja uključuje kontrolu laboratorijskih nalaza, endoskopske i radiološke pretrage (20), te se u odnosu na rezultate nalaza dogovara hospitalizacija i daljnje liječenje koje uključuje kiruršku obradu. Pacijentica se naručuje na terapiju zračenjem u kombinaciji s kemoterapijom, što je preporučeno s obzirom na stadij, vrstu i položaj karcinoma (34). Odluka o primjeni lokalne terapije zračenjem prije operacijskog zahvata donesena je s ciljem smanjenja nisko smještenog karcinoma rektuma, koji se prema literaturi provode s ciljem povećanja uspješnosti operacijskog zahvata, dok se kemoterapija provodi u svrhu smanjenja kontinuirane boli kod pacijentice (34).

Kod pacijentice je prije operacijskog zahvata provedena psihološka i fizička prijeoperativna priprema s ciljem utjecaja na smanjenje postoperativnih komplikacija. Medicinska sestra je provela procjenu metaboličkog statusa, omogućila prilagodbu prehrane i tekućine prema preporukama, te je primijenjena ordinirana terapija, što su temeljni postupci koji se provode u prijeoperativnoj pripremi pacijenta s karcinomom debelog crijeva (35). Edukacija pacijenta i psihološka podrška imaju važnu ulogu u poboljšanju dugoročnih kirurških ishoda jer prema istraživanjima dokazano smanjuju slabo definirane psihosocijalne komplikacije poput anksioznosti, straha i depresije, te ima pozitivan utjecaj na kvalitetu života i neovisnost osobe s ileostomom (36). Pacijentici je objašnjena važnost odabira i označavanja odgovarajućeg mjesta za izradu ileostome, što je također od ključne važnosti jer sprječava komplikacije povezane sa stomom. Prema istraživanjima, vrh infraumbilikalnog masnog nabora se smatra idealnim mjestom jer omogućuje lak pristup i vizualizaciju stome (37). Kod pacijentice su, u

sklopu pripreme, provedeni specifični postupci, koji su uključivali brižanje trbušne stijenke, postavljanje urinarnog katetera, te pripremu i primjenu tekućine i elektrolita u skladu s procijenjenim potrebama, pri čemu je stavljen naglasak na razgovor i informiranje pacijentice o postupcima koji se provode (34). Kod pacijentice se provodio kontinuirani nadzor vitalnih funkcija, uz mjerenje tjelesne temperature s ciljem pravovremenog uočavanja promjena koje mogu ukazivati na razvoj infekcije povezane s urinarnim kateterom. Medicinska sestra prati diurezu, boju urina i prisutnost primjesa u urinu, te vrijednosti i promjene u laboratorijskim nalazima, što su prvi znakovi i simptomi koji ukazuju na razvoj infekcije (38). Pacijentica je informirana o postupcima koji se provode, njihovom svrhom i značenjem, te je upoznata s postojećim rizikom od infekcije, znakovima i simptomima, te kako iste prepoznati.

Prema literaturi, pacijenti s karcinomom debelog crijeva suočavaju se s pogoršanjem kvalitete života povezane sa zdravljem, što uključuje psihološki šok uslijed postavljene dijagnoze i liječenja koje ograničava svakodnevne aktivnosti zbog boli i osjećaja socijalne izolacije što se povezuje sa stomom (39). Procjenom stanja, kod pacijentice je uočena pojava anksioznosti i straha, što zahtjeva usmjeravanje intervencija na smanjenje navedenih manifestacija. Medicinska sestra je s pacijenticom uspostavila profesionalnu komunikaciju, pri čemu je ostvareno povjerenje, što je značajno pridonijelo smanjenju anksioznosti i straha koji su bili prisutni u prijeoperacijskom razdoblju. Pacijentica je izrazila zabrinutost povezanu s njegom ileostome, jer smatra da istu neće provoditi pravilno i na adekvatan način. Prema literaturi, nedostatak specifičnih znanja jedan je od najčešćih sestrijskih problema kod pacijenata sa karcinomom debelog crijeva u prijeoperacijskom razdoblju, što zahtjeva uključivanje stoma terapeuta u proces edukacije (40, 41). Pacijentici je omogućena edukacija od strane stoma terapeuta i medicinske sestre koja je educirana za rad s pacijentima sa stomom. Prilikom edukacije medicinska sestra osigurava potrebna pomagala za promjenu stoma pločice i vrećice, te demonstrira postupak uz istovremeno objašnjavanje svakog koraka. Tijekom edukacije pacijentica postavlja pitanja i verbalizira osjećaje (strah, tjeskoba, nesigurnost), no pokazuje motivaciju za stjecanjem samostalnosti u provođenju njege stomalnog područja. Medicinska sestra osigurava privatnost i dovoljno vremena, te omogućuje pacijentici demonstraciju postupka uz provjeru usvojenih znanja i vještina. Također, pacijentica je upoznata s ranim i kasnim komplikacijama stome, načinima sprječavanja i liječenja istih. Navedeni postupci pokazali su pozitivan utjecaj na smanjenje anksioznosti i straha kod pacijentice, što je u skladu s istraživanjima u literaturi, gdje se edukacija također navodi kao ključni element u prijeoperacijskoj pripremi pacijenata s karcinomom debelog crijeva (34, 40, 41). Prema

istraživanjima oko 70 % pacijenata mora promijeniti način prehrane nakon postavljene ileostome, što značajno utječe na njihovu percepciju kvalitete života (40), iz čega se uočava potreba za provođenjem edukacije o prehrani, odabiru namirnica i načinu pripreme istih. Medicinska sestra, u suradnji s nutricionistom, prije operacije i postavljanja ileostome provodi edukaciju pacijentice o prehrani i načinu izrade plana prehrane. Pri odabiru namirnica uvažavaju se želje pacijentice, a prehrana se planira u skladu s preporučenim režimom, što je od velike važnosti kod pacijenata sa ileostomom. U procesu prilagodbe, pacijentici je potrebno pružiti psihološku podršku kako bi što lakše prihvatila novi način života. Također, u skrb se uključuje psiholog, kako bi se spriječio razvoj psihosocijalnih komplikacija, što je u skladu s preporukama istraživanja koje pokazuje da je korist psihosocijalne intervencije visoka kada se govori o povećanju kvalitete života oboljelih od karcinoma debelog crijeva (42).

5. ZAKLJUČAK

Zdravstvena njega pacijentice s karcinomom debelog crijeva sveobuhvatna je i kontinuirana, a postupci koji se provode ciljani su i usmjereni na rješavanje definiranih problema. Pacijentica pokazuje povećane zahtjeve za zdravstvenom njegom, uz naglasak na potrebu za psihološkom podrškom i edukacijom. Najčešći problemi sestrinske njege su anksioznost, strah, neupućenost, nedostatak znanja, visok rizik za infekciju, pad i poremećaji prehrane. U razdoblju prije operacije pozornost je usmjerena na psihološku pripremu, edukaciju i informiranje o mogućim komplikacijama, kako ih prepoznati i pravovremeno spriječiti. Provodi se sustavna i kontinuirana kontrola vitalnih funkcija, posebno tjelesne temperature, jer poremećaji u vrijednostima mogu ukazivati na pojavu infekcije koja može biti povezana s urinarnim kateterom i postoperativnom ranom. Zdravstvena njega se planira individualno, na temelju prikupljenih podataka koji se koriste kao osnova za definiranje problema i ciljanih intervencija. Edukacija pacijentice o njezi stome i stomalnog područja najvažnija je komponenta zdravstvene njege, a provodi se demonstracijom zbrinjavanja stome korištenjem pomagala i objašnjavanjem svakog koraka postupka. Nakon edukacije provodi se provjera stečenih znanja i vještina pacijentice. Postupci zdravstvene njege se dokumentiraju, te se provodi evaluacije učinjenog. Dobra edukacija i profesionalan pristup smanjuju broj dana hospitalizacije, te povećavaju dobrobit, zadovoljstvo i kvalitetu života pacijentice. Multidisciplinarni pristup od velikog je značaja u zdravstvenoj njezi pacijentice s karcinomom debelog crijeva, jer se kroz rad različitih profila stručnjaka osigurava bolja učinkovitost i kvaliteta pružene zdravstvene njege. Zdravstvena njega oboljelih od karcinoma debelog crijeva kompleksna je, dinamična i sveobuhvatna, zahtjeva profesionalan i empatičan pristup, te stvaranje odnosa temeljenog na povjerenju. Poticanje na promjenu načina života i životnih navika, uključivanje članova obitelji u skrb, te edukacija o važnosti pridržavanja preporuka je osnova u postizanju uspješnosti liječenja i dobre kvalitete života.

6. SAŽETAK

Ciljevi: Cilj je ovog rada je prikazati osobitosti zdravstvene njege u slučaju pacijentice s karcinomom debelog crijeva.

Opis slučaja: Pacijentica N. Č. (1963.) boluje od karcinoma debelog crijeva, hospitalizirana je radi dogovorene operacije postavljanja ileostome. Pacijentica tijekom hospitalizacije pokazuje znakove i simptome anksioznosti, strah i poteškoće s usnivanjem u večernjim satima. Procjenom stanja pacijentice i kroz procjenu rizika, kod pacijentice je uočen povećan rizik od infekcije povezane s postavljenim urinarnim kateterom, te visok rizik za razvoj poremećaja u prehrani, odnosno nedostatak znanja o prehrani kod karcinoma debelog crijeva i ileusa. Intervencije medicinske sestre usmjeren su na rješavanje definiranih problema, pri čemu je naglasak stavljen na edukaciju i informiranje pacijentice s karcinomom debelog crijeva o važnosti prihvatanja i vođenja novog načina života, te o bolesti, operacijskom zahvatu, komplikacijama i načinu sprječavanja istih.

Zaključak: Zdravstvena njega oboljelih od karcinoma debelog crijeva kompleksna je, dinamična i sveobuhvatna, zahtjeva profesionalan i empatičan pristup, te stvaranje odnosa temeljenog na povjerenju. Poticanje na promjenu načina života i životnih navika, uključivanje članova obitelji u skrb, te edukacija o važnosti pridržavanja preporuka je osnova u postizanju uspješnosti liječenja i dobre kvalitete života.

Ključne riječi: ileostoma; karcinom debelog crijeva; zdravstvena njega.

7. SUMMARY

Providing health care to a patient with colon cancer

Aims: The aim of this final paper is to present the peculiarities of providing health care in the case of a patient suffering from colon cancer.

Case description: Patient N. Č. (1963) is suffering from colon cancer, she was hospitalized for an agreed ileostomy. During hospitalization, the patient showed signs and symptoms of anxiety, fear and had difficulty falling asleep in the evening. Evaluation of the patient's condition and risk assessment showed that the patient was at an increased risk of infection associated with the urinary catheter, as well as at a high risk of developing eating disorders, i.e. that the patient lacks the knowledge regarding the proper diet for patients suffering from colon cancer and ileus. The nurse's interventions were aimed at solving the identified problems, whereby the emphasis was placed on educating and informing the colon cancer patient about the importance of embracing and leading a new lifestyle, as well as about the disease, surgical procedure, complications and how to prevent them.

Conclusion: Health care provided to patients with colon cancer is complex, dynamic and comprehensive, it requires a professional and empathetic approach as well as establishing a relationship that is based on trust. Encouraging a change in lifestyle and habits, involving family members in the provision of care, and educating patients about the importance of following recommendations is the basis for achieving successful treatment and a decent quality of life.

Key words: ileostomy; colon cancer; health care.

8. LITERATURA

1. Incidencija raka u Hrvatskoj 2017. Bilten br.42. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
2. Bray F, Ferlay , Soerjomataram I, Sigel RI, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistic 2018. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
3. Li Z, Zhu Z, Wang Y, Wang Y, Li W, Wang Z, i sur. hsa-miR-15a-5p inhibits colon cell carcinoma via targeting CCND1. *Mol Med Rep.* 2021;24(4):735.
4. Lotfollahzadeh S, Recio-Boiles A, Cagir B. *Colon Cancer.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
5. Xiao JB, Leng AM, Zhang YQ, Wen Z, He J, Ye GN. CUEDC2: multifunctional roles in carcinogenesis. *Front Biosci (Landmark Ed).* 2019;24(5):935-46.
6. Gajendran M, Loganathan P, Jimenez G, Catinella AP, Ng N, Umapathy N, i sur. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Dis Mon.* 2019;65(12):100851.
7. Kumar R, Lewis CR. *Colon Cancer Screening.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
8. Issa IA, Nouredine M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. *World J Gastroenterol.* 2017;23(28):5086-96.
9. Doubeni CA, Corley DA, Quinn VP, Jensen CD, Zauber AG, Goodman M, i sur. Effectiveness of screening colonoscopy in reducing the risk of death from right and left colon cancer: a large community-based study. *Gut.* 2018;67(2):291-8.
10. Yurgelun MB, Kulke MH, Fuchs CS, Allen BA, Uno H, Hornick JL, i sur. Cancer Susceptibility Gene Mutations in Individuals With Colorectal Cancer. *J Clin Oncol.* 2017;35(10):1086-95.
11. Dukes' staging system. *Cancer Research UK;* 2022. Dostupno na: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/bowel-cancer/stages-types-and-grades/dukes-staging> (Datum pristupa: 31.8.2022.)
12. Can Colorectal Cancer Be Prevented? *American Cancer Society;* 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html> (Datum pristupa: 31.8.2022.)

13. Colorectal Cancer Screening (PDQ®)—Patient Version. NIH; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq> (Datum pristupa: 31.8.2022.)
14. Colorectal (Colon) Cancer. CDC; 2022. Dostupno na: https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/ (Datum pristupa: 2.9.2022.)
15. Alzahrani KM, Fallatah SM, Almehmadi RA, Algamdi JS, Alsulaimani AI, Alkaldi LM, i sur. Colorectal Cancer and Its Screening Among Public in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus*. 2022;14(7):e27404.
16. Key Statistics for Colorectal Cancer. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistics.html> (Datum pristupa: 2.9.2022.)
17. Galal YS, Amin TT, Alrfaj AK, Almulhim AA, Aljughaiman AA, Almulla AK, i sur. Colon Cancer among Older Saudis: Awareness of Risk Factors and Early Signs, and Perceived Barriers to Screening. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(4):1837-46.
18. Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(12):713-32.
19. Colorectal Cancer Stages. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html> (Datum pristupa: 2.9.2022.)
20. Tests to Diagnose and Stage Colorectal Cancer. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/how-diagnosed.html> (Datum pristupa: 2.9.2022.)
21. Treating Colorectal Cancer. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating.html> (Datum pristupa: 3.9.2022.)
22. Surgery for Colon Cancer. Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/colon-surgery.html> (Datum pristupa: 3.9.2022.)
23. Radiation Therapy for Colorectal Cancer. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/radiation-therapy.html> (Datum pristupa: 3.9.2022.)
24. Chemotherapy for Colorectal Cancer. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html> (Datum pristupa: 3.9.2022.)

25. Immunotherapy for Colorectal Cancer. American Cancer Society; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/immunotherapy.html> (Datum pristupa: 3.9.2022.)
26. Cancer.Net Editorial Bord. Colorectal Cancer: Coping with Treatment. Cancer.Net; 2022. Dostupno na: <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/coping-with-treatment> (Datum pristupa: 16.9.2022.)
27. Wang S, Tian H, Xue R. Using psychological interventions in the nursing care of rectal cancer patients. *Am J Transl Res.* 2021;13(6):7282-87.
28. Shi Y, Yu H, Miao J, Wang L. Application of the Nursing Model Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Improving Mental Health and Quality of Life after Colorectal Cancer Drug Chemotherapy. *J Oncol.* 2021;2021:8142155.
29. Čančar Crljenković M. Sestrinska skrb za bolesnika nakon operacije karcinoma debelog crijeva. [Završni rad] Bjelovar (Hrvatska): Veleučilište u Bjelovaru; 2017.
30. Golubić I. Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma debelog crijeva. [Završni rad] Varaždin (Hrvatska): Sveučilište Sjever; 2016.
31. Vasilopoulos G, Makrigianni P, Polikandrioti M, Tsiampouris I, Karayiannis D, Margari N, i sur. Pre- and Post-Operative Nutrition Assessment in Patients with Colon Cancer Undergoing Ileostomy. *Int J Environ res Public Health.* 2020;17(17):6124.
32. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2000.
33. Mišković S. Planiranje zdravstvene njege nakon operacije karcinoma debelog crijeva. [Završni rad] Split (Hrvatska): Sveučilište u Splitu; 2021.
34. Lee YJ, Kweon M, Park M. Nutritional Management of a Patient with a High-Output Stoma after Extensive Small Bowel Resection to Treat Crohn's Disease. *Clin Nutr Res.* 2019;8(3):247-53.
35. Moraes JT, Melo AFF, Araujo C, Faria RGS, Ferreira NR, Belo VS. Anthropometric and dietetic evaluation of people with ileostomies. *Arq Gastroenterol.* 2019;56(1):34-40.
36. Mulita F, Lotfollahzadeh S. Intestinal Stoma. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
37. Ambe PC, Kurz NR, Nitscke C, Odeh SF, Moslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(11):182-7.
38. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Aldan DA, Babić D, i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
39. Sheikh-Wu SF, Anglade D, Gattamorta K, Xiao C, Downs CA. Positive psychology mediates the relationship between symptom frequency and quality of life among

- colorectal cancer survivors during acute cancer survivorship. *Eur J Oncol Nurs.* 2022;58:102136.
40. Zewude WC, derese T, Suga Y, Teklewold B. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiop J Health Sci.* 2021;31(5):993-1000.
41. Las Nieves CB, Diaz CC, Celdran-Manas M, Morales-Asencio JM, Hernandez-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Ostomy patients' perception of the health care received. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2961.
42. Pugliese P, Perrone M, Nisi E, Garufi C, Giannarelli D, Bottomnley A, i sur. An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:9.