

Intervencije medicinske sestre u perioperacijskoj skrbi pacijenta s kolostomom

Ćalušić, Lidija

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:672701>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Lidija Čalušić

**Intervencije medicinske sestre u
perioperacijskoj skrbi pacijenta s kolostomom**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Lidija Čalušić

**Intervencije medicinske sestre u
perioperacijskoj skrbi pacijenta s kolostomom**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu na katedri za kirurgiju pod vodstvom Doc. Dr. Sc. Hrvoja Silovskog, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021. / 2022.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA	3
3. KARCINOM DEBELOG CRIJEVA	4
4. KOLOSTOMA	6
4. 1. Stoma pomagala	6
4. 2. Njega kolostome i održavanje stoma sustava	7
4. 3. Komplikacije kolostome	8
4. 3. 1. Kožni problemi oko stome	9
4. 3. 2. Komplikacije vezane uz izgled stome	9
5. INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE U PERIOPERACIJSKOJ SKBI PACIJENTA S KOLOSTOMOM	11
5. 1. Prijeoperacijska priprema	11
5. 1. 1. Psihička priprema bolesnika	11
5. 1. 2. Fizička priprema bolesnika	13
5. 1. 3. Markiranje stome	13
5. 1. 4. Priprema probavnog trakta	14
5. 1. 5. Premedikacija	16
5. 2. Intraoperacijska skrb	16
5. 3. Poslijeoperacijska skrb	17
6. VAŽNOST MEDICINSKE SESTRE U SKRBI PACIJENTA S KOLOSTOMOM	19
7. EDUKACIJA BOLESNIKA S KOLOSTOMOM- SESTRINSKA SKRB	21
8. SVAKODNEVNI ŽIVOT S KOLOSTOMOM	24
8. 1. Prehrana i tjelesna aktivnost osoba sa kolostomom	24
8. 2. Prava bolesnika s kolostomom	27
8. 3. Udruge bolesnika s kolostomom	27
9. ZAKLJUČAK	28
10. LITERATURA	30
11. KRATICE	34
12. ZAHVALE	35
13. ŽIVOTOPIS	36

SAŽETAK

Intervencije medicinske sestre u perioperacijskoj skrbi pacijenta s kolostomom

Lidija Čalušić

Kolostoma nastaje operativnim zahvatom, izvođenjem zdravog dijela debelog crijeva na površinu trbušne stijenke, a čini novi izlaz za stolicu. Najčešća indikacija za izvođenje operativnog zahvata kolostome je karcinom debelog crijeva. U oboljele osobe se događa gubitak dosadašnje funkcije pražnjenja stolice i uspostavlja se novi put pražnjenja. Promjene koje dolaze s formiranjem kolostome nisu male i svakako utječu na fizičko i psihičko stanje osobe i njezine obitelji. Stanje oboljelog ovisi o prihvaćanju bolesti, mogućnosti liječenja i oporavaku. Mijenja se način pražnjenja stolice, mogućnosti prehrane i aktivnosti, a dolaze nove obaveze održavanja, njege kolostome i ograničenja. U bolesnika se pojavljuju strahovi od bolesti, boli, promjene životnog stila, stigme u društvu. Pojavljuju se osjećaji nemoći, gubitka kontrole, tuge i anksioznosti. Medicinske sestre sudjeluju u svim fazama postavljanja kolostome, od prve postavljene indikacije za operacijom kolostome pa do postoperacijskog oporavka. Dakle, prije operacije, za vrijeme operacije i nakon operacije medicinske sestre su uz bolesnika i ravnopravno sudjeluju u svim fazama zbrinjavanja. Intervencije medicinske sestre specifične su u svakoj fazi perioperacijske skrbi za bolesnika sa kolostomom, a provode ih u dogovoru s liječnicima. Sastoje se od edukacije, savjetovanja, psihičke podrške, fizičke pomoći i ohrabivanja. Perioperacijska sestrinska skrb mora biti sveobuhvatna, kvalitetna, brza, dostupna svim bolesnicima s kolostomom i njihovim obiteljima, upravo zbog svih promjena i poteškoća koje ih očekuju prije, za vrijeme i nakon formiranja kolostome, a medicinska sestra ih uvelike može riješiti ili ublažiti intervencijama iz područje zdravstvene njege.

Ključne riječi: sestrinske intervencije, kolostoma, pacijent, perioperacijska skrb

ABSTRACT

A stoma is formed by a surgical procedure, by taking out a healthy part of the large intestine to the surface of the abdominal wall, forming a new exit for the stool. The most common indication for performing a colostomy surgical procedure is colorectal cancer. In a diseased person, the loss of the previous function of bowel movement occurs and a new path of emptying is established. The changes that come with the formation of the stoma are not small and certainly affect the physical and psychological condition of a person and their family. The condition of the diseased depends on the acceptance of the disease, and the possibility of treatment and recovery. The manner of performing bowel movements, and the possibilities of diet and activity are changed, and new obligations of maintenance, stoma care and restrictions occur. Fear of illness, pain, lifestyle changes, and stigma in society appear in patients. Feelings of powerlessness, loss of control, sadness and anxiety appear as well. Nurses participate in all stages of stoma placement, from the first set indication for colostomy surgery to postoperative recovery. Thus, before surgery, during surgery and after surgery, the nurses are with patients and participate equally in all phases of patient care. Nurse interventions are specific at each stage of perioperative care for patients with a stoma and are carried out in consultation with physicians. They consist of education, counseling, psychological support, physical assistance and encouragement. Perioperative nursing care must be comprehensive, high-quality, fast and accessible to all patients with the stoma and their families, precisely because of all the changes and difficulties that await them before, during and after the formation of the stoma, and the nurse can largely solve or mitigate them with interventions from the field of nursing care.

Keywords: nursing interventions, stoma, patient, perioperative care

1. UVOD

Naziv kolostoma dolazi od dvije grč. riječi - „colon“ što znači debelo crijevo i „stoma“ što znači otvor, a prevodi se kao usta ili otvor izveden kirurškim putem. Stoma je umjetno napravljena veza između kože i probavne cijevi. Zdravi dio debelog crijeva izvede se na površinu trbušne stijenke i učvrsti se šavovima. Glavna funkcija stome je pražnjenja otpadnih tvari zamjenskim putem. Indikacije za izvođenje stome mogu biti različite, no većinom su to karcinomi crijeva, upalne bolesti, ubodne rane ili nasljedne bolesti. Operacijskim zahvatom po indikaciji, izvodi se kolostoma. Kolostoma uvelike pacijentu i njegovoj obitelji mijenja život. Već pri prijedlogu za postavljanjem kolostome, u bolesnika se budi strah, neizvjesnost i nedoumica. Glavni razlozi su strah od invazivnog zahvata, promjena životnih navika i očekivanje konačnog ishoda bolesti, ali i nastavak dosadašnjeg života sa kolostomom. Vodilja u svim fazama pripreme, izvođenje i oporavka nakon kolostome je medicinska sestra, koja uz bolesnika boravi najviše vremena i sudjeluje aktivno u svim fazama perioperacijske skrbi. Bitno je uspostaviti uzajamni odnos komunikacije, povjerenja i empatije između bolesnika, njegove obitelji i medicinske sestre. Od početka predlaganja zahvata kolostome, medicinska sestra provodi intervencije prije, za vrijeme i nakon postavljanja kolostome. Svaki dio perioperacijske skrbi zahtjeva posebne i individualno prilagođene intervencije medicinske sestre i ostalog zdravstvenog osoblja. Svaka faza perioperacijske skrbi, prijeoperacijska, intraoperacijska ili poslijeoperacijska ima svoje osobitosti i intervencije, a naglasak se mijenja ovisno o problemu (1). Među najvažnijim je edukacija bolesnika i njegove obitelji o pripremi za kolostomu, njezi i održavanju kolostome, prehrani i životu s kolostomom. U Hrvatskoj je oko četiri tisuće ljudi nosioca kolostome, a svake godine taj se broj povećava za nešto više od stotinu. Među glavnim intervencijama je ohrabrivanje, poticanje samostalnosti, pružanje

utjehe, edukacija, savjetovanje i fizička pomoć. Edukacija je iznimno važna i to o više stvari (toaleta kolostome, prehrana, lijekovi, njega, moguće komplikacije). Najvažniji smisao je naučiti osobu kako živjeti s kolostomom i imati život što sličniji prijašnjem, bez puno ograničenja i odricanja. S ciljem smanjenja straha, anksioznosti i zbunjenosti. U radu se naglašava važnost sestrinskih intervencija u svim dijelovima perioperacijske skrbi za bolesnika sa kolostomom, prijeoperacijskoj, intraoperacijskoj, poslijeoperacijskoj i osobitosti sestrinske skrbi u svakoj fazi. Ukazuje se na važnost podrške bolesniku, s ciljem što kvalitetnijeg života uz kolostomu, uz prihvaćanje vlastitog stanja (2).

2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DEBELOG CRIJEVA

Probavna cijev je sustav organa koji omogućuje izmjenu hranjivih tvari. Debelo crijevo označava završni dio probavne cijevi. Proteže se od ilealnog ušća do analnog otvora. Duljine je 1.5 m do 1.8 metara.

Djeli se na četiri dijela:

- slijepo crijevo s crvuljkom – *caecum et appendix vermiformis*
- obodno crijevo - *colon*
- ravno crijevo – *rectum*
- analni kanal – *canalis analis*

Debelo crijevo počinje slijepim crijevom, koje je duljine 7 do 8 cm. Obodno crijevo seže od cekuma do rektuma, djelovi obodnog crijeva su uzlazni kolon (*colon ascendens*), poprečni kolon (*colon transversum*), silazni kolon (*colon descendens*) i sigmoidni kolon (*colon sigmoideum*). Ravno crijevo (*rectum*) povezuje sigmoidni dio kolona sa analnim kanalom. Analni kanal je završni dio probavne cijevi i dug je oko 4 cm. Proširenje ravnog crijeva naziva se *ampula rectii*.

Debelo crijevo za razliku od tankog crijeva ima uzdužne trake (*teniae*) i vrećasta proširenja (*haustreae*), a građeno je od tri sloja, sluznice, mišićne ovojnice i serozne ovojnice (3).

Uloga debelog crijeva je pohranjivanje sadržaja koji je došao iz tankog crijeva i izbacivanja istog iz tijela pomoću pokreta. Iz tog sadržaja debelo crijevo crpi elektrolite, vodu i masne kiseline (4).

3. KARCINOM DEBELOG CRIJEVA

Karcinom debelog crijeva jedan je od najčešćih karcinoma u Hrvatskoj. Registar za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo navodi da je karcinom debelog crijeva drugi najčešći oblik karcinoma u muškaraca, odmah nakon raka pluća, a u žena odmah nakon raka dojke (5).

Godišnje se u Hrvatskoj dijagnosticira oko 3000 novih bolesnika oboljelih od karcinoma debelog crijeva. On može nastati duž debelog crijeva, ali se najčešće lokalizira u proksimalnom dijelu debelog crijeva. Etiologija je multifaktorijalna, a najčešći čimbenici su genetika, prehrana i prijašnje upalne bolesti crijeva (6).

Simptomi se javljaju ovisno o mjestu gdje se pojavio karcinom i o njegovoj veličini, zato se u početnom dijelu debelog crijeva, simptomi javljaju kasnije, a u lijevom dijelu debelog crijeva koji je uži može doći do otežanog prolaska crijevnog sadržaja i kolika. Mogu biti raznoliki, od očitih znakova simptoma probavnog sustava do znakova opće slabosti i anemije zbog gubitka željeza krvarenjem. Karcinom debelog crijeva može metastazirati na okolne ili putem krvi udaljene organe. Najčešće metastaze karcinoma debelog crijeva su jetra.

Dijagnoza karcinoma debelog crijeva donosi se s više dijagnostičkih metoda. Vrlo povoljna metoda za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva je test na okultno krvarenje, koji se koristi i kao metoda ranog otkrivanja u sklopu Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka debelog crijeva (7). Pozitivan nalaz na testu okultnog krvarenja, indikacija je i za ostale dijagnostičke metode. Od njih su najčešće digitorektalni pregled i kolonoskopija. Konačna dijagnoza donosi se na osnovi patohistološkog nalaza tkiva uzetog biopsijom. Dodatne pretrage u svrhu proširenosti bolesti su ultrazvuk (UZV) trbuha i kompjuterizirana tomografija (CT) trbuha. Prognoza karcinoma debelog crijeva ovisi o tome koliko je bolest napredovala u trenutku postavljanja dijagnoze (prodor karcinoma kroz stijenkiju crijeva i zahvaćenost limfnih čvorova). Petogodišnje preživljavanje bolesnika sa dijagnozom

karcinoma debelog crijeva u stadiju I je oko 90 %, u stadiju II oko 70 % do 80 % te u stadiju III oko 40 % do 60 %. Kod metastatskih karcinoma debelog crijeva medijan preživljavanja je oko 20 mjeseci. Zbog toga je najbolje utjecati na prevenciju i rano otkrivanje raka debelog crijeva. Liječenje je kirurško, odstranjenje zahvaćenog dijela tkiva, ovisno o zahvaćenom dijelu debelog crijeva, radi se lijeva ili desna hemikolektomija. Ako je zahvaćen rektum, odnosno završni dio debelog crijeva više od 6 cm od čmara, indicira se nisko uklanjanje crijeva i formiranje kolostome. U liječenju se koristi i kemoterapija koja imaju svrhu uništavanje stanica karcinoma i zaustavljanje njihovog rasta (8).

4. KOLOSTOMA

Kolostoma nastaje operacijskim zahvatom, izvođenjem zdravog dijela debelog crijeva na površinu trbušne stijenke, a čini novi izlaz za stolicu. Najčešća indikacija za izvođenje zahvata kolostome je karcinom debelog crijeva. U oboljele osobe se događa gubitak dosadašnje funkcije izlučivanja stolice, novi put izlučivanja, odnosno formiranje kolostome.

4. 1. Stoma pomagala

Od stoma pomagala danas se koriste različite vrećice sa podlogama, stoma paste, dezodoransi i puderi. Pomagala za stomu mogu biti od različitih materijala i proizvođača, različite veličine. Stoma setovi mogu biti jednodijelni i dvodijelni. Sva pomagala za stomu moraju: dobro prianjati na kožu, biti nepropusna i dovoljne veličine za crijevni sadržaj, ne jako vidljiva ispod odjeće. Poželjno je i da dopuštaju bavljenje poslom i tjelesnim aktivnostima (9, 10)

Vrećica za stomu funkcionira postavljena na podložnu pločicu, a omogućava mjesto za skupljanje crijevnog sadržaja te se prema potrebi bolesnika povremeno prazni.

Podložna pločica i vrećica mogu biti jednodijelne, ili mogu biti dvodijelne što znači da se odvajaju posebno vrećica posebno podložna pločica (taj sustav može biti na lijepljenje ili na odvijanje). Jednodijelni sustavi su tanji od većine dvodijelnih, pa su zbog toga manje vidljivi ispod odjeće. Za upotrebu su jednostavni, a pri svakom mijenjanju vrećice, ona se uklanja u cijelosti zajedno sa podložnom pločicom. Dvodijelni sustav se sastoji od dva dijela, vrećice i podložne pločice. Podložna pločica se postavlja na tijelo odnosno stomu, a na to se lijepi vrećica pripadajuće veličine. Dva dijela dvodijelnog sustava, spajaju se pomoću pjenastog ljepljivog prstena smještenog na vrećici, a nema spajanja krutim prstenastim

spojnicama. Zbog toga je omogućena gipkost i savitljivost cijelog sustava. Uklanja se samo vrećica, ne odmah i podložna pločica, a to omogućuje jednostavnu i brzu promjenu vrećice i smanjenu iritaciju kože oko stome. Vrećice mogu biti zatvorene ili otvorene s ispustom. Važno je ispravno izabrati pomagalo prema osobitostima izvedene kolostome i potrebama bolesnika (11).

Od ostalih pomagala koriste se maramice za skidanje ljepila, pasta za stome, stoma puderi, elastični remeni za stoma vrećice, trbušni elastični pojas za stomu i ljepljivi podlošci te brtvila i set za irigaciju. Stoma čep ili kapa, povremeno se koristi za pokrivanje stome, nema spremnik za crijevni sadržaj. Najčešće se koristi pri kupanju u bazenima ili moru (12).

4. 2. Njega kolostome i održavanje stoma sustava

Zamjena stoma pomagala provodi se svakodnevno, po potrebi više puta. Može ju provoditi sam pacijent ili može trebati pomoć druge osobe (obitelj, medicinska sestra). Sav potrebni materijal i oprema se prethodno pripreme, pacijent se pripremi fizički, ali i psihički. Sav otpad se odlaže u posebnu vrećicu zbog mogućnosti infekcija i neugodnog mirisa. Na podlozi se izrezuje otvor u sredini koji mora odgovarati veličini stome, stara vrećica se polako skida odozgo prema dolje, izbjegavaju se nagli pokreti i natezanje kože. Vrećica se odlaže u otpad. Koža oko stome opere se toplom vodom, bez dezinficijensa i losiona. Prilikom promjene podloge i stoma vrećice, prilika je da se dobro pregleda okolna koža i uočne rane pojave infekcije ili komplikacija. Nakon toga se koža mora posušiti mekim ubrusom. Lijepi se nova podloga odozdo prema gore, koja mora dobro prianjati uz kožu da bi se spriječilo curenje sadržaja izvan vrećice. Prstom se dodatno prelazi preko rubova kako bi se dobro zalijepili. Postupak je sličan i pri jednodijelnom i pri dvodijelnom stoma setu. Pri jednodijelnom setu svaki se puta mijenja cijeli set (i podložna pločica i vrećica sa crijevnim sadržajem), a pri

dvodijelnom setu podložna pločica se ne odljepljuje i ne mijenja svaki puta kada se mijenja vrećica sa crijevnim sadržajem.

Podložna pločica kod dvodijelnih sustava mijenja se svakih tri do četiri dana, osim ako ne postoji indikacija za to ranije. Ako se pločica skida prečesto, to može uzrokovati probleme s kožom i iritacije. Kožu treba negovati, brijati dlake ispod podloge i redovito mijenjati podložnu pločicu (11). Od drugih problema mogu se pojaviti alergije na ljepljivo, iritacija okolne kože i upala korijena dlake. Loše postavljen sustav može prouzročiti curenje sadržaja, odljepljivanje vrećice i istjecanje crijevnog sadržaja (13).

4. 3. Komplikacije kolostome

Izvedba stome s kirurškog gledišta jednostavan je postupak, ali komplikacije i posljedice mogu biti ozbiljne, pa čak i po život opasne. Zbog toga je važno da medicinska sestra dobro poznaje moguće komplikacije i da ih zna prepoznati na vrijeme, kako bi se uspješno počele liječiti dok nisu komplicirane (14).

Komplikacije kolostome nisu rijetke, a kada se pojave treba reagirati i potražiti pregled kirurga ili drugog liječnika (liječnika obiteljske medicine) i/ili medicinske sestre (patronažne sestre ili stoma terapeuta) (11).

Komplikacije stome mogu se pojaviti ranije ili kasnije, a dijele se na komplikacije vezane uz izgled stome i komplikacije kože oko stome. Rane komplikacije javljaju se još za boravka bolesnika na odjelu odnosno u bolnici, a kasne komplikacije nastaju tjednima kasnije nakon formiranja stome. Pod rane komplikacije ubrajaju se dehiscencija stome, retrakcija stome i nekroza stome. Kasne komplikacije ubrajaju stenožu stome, prolaps stome, hipergranulacije i parastomalnu herniju (15).

4. 3. 1. Kožni problemi oko stome

Kožni problemi oko stome izazvani su različitim iritansima, u kolostome to je bakterijsko opterećenje ili alergijska reakcija na lijepilo iz pomagala za stome ili je jednostavno posljedica stalnog lijepljenja i odljepljivanja pomagala na stomi. Različite kožne promjene tretiraju se dermatološkim pripravcima, nanošenjem hidrokoloidne barijere u obliku paste kojom se pokriva defekte kože. Bakterijske infekcije kože potrebno je liječiti antibioticima prema preporuci liječnika. Ako zbog komplikacije ne postoje anatomske preduvjeti za postizanje prijanjanja pločice za kožu, potrebna je intervencija kirurga. Medicinska sestra svaki puta pri promjeni vrećice ili podloge kolostome treba obratiti pozornost na izgled kože i pojavu znakova infekcije (crvenilo, bol, sekret i otok) (11).

4. 3. 2. Komplikacije vezane uz izgled stome

Nekroza stome nastaje kao posljedica edema stome i venskog zastoja. Pojavi se neposredno nakon operacije. Ishemija je ponekad posljedica slabe cirkulacije u završnom dijelu crijeva ili je posljedica prekratkog mezenterija. Češće se pojavljuje kod hitnih operacija i pretelih ljudi. Ovisno o veličini odumrlog dijela tkiva, potrebna je intervencija kirurga (16).

Retrakcija stome podrazumijeva uvlačenje otvora stome ispod razina okolne kože. Može se pojaviti i u ranom ili kasnijem postoperacijskoj fazi. Rano postoperacijski se javi najčešće zbog tehnički loše izvedenog operacijskog zahvata. Može se javiti i kod pacijenata koji su pretili, pa stoma u njih nije dobro pozicionirana. Zbog retrakcije stome, nije moguće plasirati podlogu pomagala stome, posljedica toga je curenje crijevnog sadržaja izvan podloge i vrećice stome. Zbog curenja sadržaja koža ispod podloge je podložna djelovanju agresivnog crijevnog sadržaja i brzom otpuštanju podloge od stome zbog vlažnih uvjeta. Kod kolostome problem retrakcije stome je manje izražen nego kod ileostome, upravo zbog evakuacije čvrstog sadržaja koji nije agresivan za kožu kao kod ileostome. Zbog mogućnosti iritacije,

potrebno je dobro zaštititi kožu uz otvor stome. Svakodnevno se koža oko stome čisti i može se zaštititi pastom za stome ili neutralnim kremama i mastima. Kod postavljanja pomagala za stome, podlogu za stomu treba plasirati što bliže otvoru stome, kako bi se smanjila mogućnost kontakta sa crijevnim sadržajem. Ako je problem dugotrajan i ne može se navedenim načinom spriječiti, potrebno je ponovno učiniti operacijski zahvat i stomu izvesti na drugom mjestu, mjestu gdje je koža očuvana.

Stenoza stome ili suženje stomalnog otvora, uvijek se pojavi kao posljedica neadekvatnog kirurškog kreiranja stome. Prilikom cijeljenja zbog krvarenja ili ozljede ruba kože ili crijeva može nastati stenozirajući ožiljak, ili pak stenoza može nastati zbog malih peristomalnih apscesa koji su posljedica neodgovarajućeg postavljanja šava crijeva uz kožu. Sanacija stenoze stome provodi se kirurški, vrši se ekscizija stenozirajućeg prstena te ponovno adekvatno formiranje stome. Dilatacija je privremeno rješenje te problem najčešće recidivira.

Parastomalna hernija ili kila nastaje širenjem otvora na prednjoj stijenci abdomena, kreiranog radi izvođenja crijevne vijuge na površinu prilikom formiranja ožiljaka, u prošireni otvor potkožja se utiskuju crijevne vijuge. Učestalost komplikacije parastomalne hernije je veća u plućnih bolesnika. Može se pojaviti u bolesnika kod kojih je stoma izvrsno izvedena. Liječi se kirurškim putem, pri crvenilu ili uklještenju indicira se hitni operacijski zahvat.

Prolaps stome nastaje zbog protruzije crijevne vijuge proksimalno od stome na prednju trbušnu stijenku. Crijevnu vijugu sam bolesnik može reponirati. Može se komplicirati u smislu crijevne opstrukcije, kada se indicira hitno kirurško liječenje (11).

5. INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE U PERIOPERACIJSKOJ SKBI PACIJENTA S KOLOSTOMOM

5. 1. Prijeoperacijska priprema

Medicinske sestre i tehničari sudjeluju u svakoj fazi perioperacijske skrbi kod postavljene kolostome, to su prijeoperacijska faza, intraoperacijska faza i poslijeoperacijska faza. Priprema bolesnika prije operacije posebno je važna, zbog ohrabrenja i usadivanja stava o kolostomi. Glavni je cilj osigurati pacijentu dobru psihičku pripremljenost za sve što dolazi i vrlo važno objašnjenje što je kolostoma, čemu služi i što osobu očekuje s kolostomom. Dobro je istaknuti pozitivne strane formiranja kolostome i dobrobiti koje s njome dolaze usprkos velikim promjenama. Razgovor s bolesnikom može imati višestruku dobrobit. Kroz razgovor se pacijentu i njegovoj obitelji nastoji jednostavnim rječnikom objasniti cjelokupna situacija, indikacija za kolostomom i slijed događaja. Oko operacijskog zahvata se objašnjava, kakav će zahvat biti, koliko će trajati, što će se njime dobiti te moguće komplikacije kolostome. Nakon operacije se educira o načinima njege i zbrinjavanja kolostome, prehrani, prepoznavanju komplikacija i rehabilitaciji te stoma pomagalicama koja su potrebna za održavanje kolostome (17).

5. 1. 1. Psihička priprema bolesnika

Svaki čovjek se drugačije suočava s problemima i bolesti. Zato je potrebno prije svega procijeniti koliko pacijent zna o svojoj dijagnozi i koliko toga želi znati. Ako bolesnik želi znati što više i spreman je surađivati, to doprinosi boljem prihvaćanju svoje bolesti i oporavku. Dobro psihički pripremljen pacijent bolje podnosi sve što se od njega zahtijeva prilikom operacijskog zahvata i oporavka. Psihičku pripremu potrebno je početi što prije, već pri postavljenoj indikaciji za operacijskim zahvatom. Kirurg objašnjava pacijentu i obitelji važnost i potrebu operacijskog zahvata. Najčešći osjećaji kod pacijenata prije operacije su

izgubljenost i bespomoćnost. Pacijenti su zabrinuti za sebe, svoju obitelj, egzistenciju i moguću nesposobnost. Vezano uz operacijski zahvat pacijenti imaju specifične strahove, da se neće probuditi, strahove od dijagnoze, maligne bolesti ili boli. Zato se nakon procjene psihičkog stanja (emocije, obaviještenost, znanje i uvid u zdravstveno stanje), bolesnika dobro educira o vrsti operacije, anesteziji, boli i bolesti. Potrebno je razumijevanje i strpljenje, riječi ohrabrenja i empatija. Dobrom pripremom smanjuje se broj dana boravka u bolnici, brži je oporavak, manja upotreba analgetika te bolje podnošenje zahvata (18).

Svrha psihološke pripreme je osigurati bolesniku što bolju psihološku spremnost. Važno je uvjeriti bolesnika da će nakon operacije imati kvalitetan život bez boli te da se operacija provodi u svrhu liječenja (10).

Većina kirurških bolesnika ima izraženu tjeskobu, strahove i potištenost. Pacijenti zbog operacijskog zahvata doživljavaju bol, neugodne pretrage i gubitak dijela tijela ili funkcije.

Medicinska sestra svojim pristupom i radom u bolesnika nastoji umanjiti anksioznost, strahove i zabrinutost. Posebno je važan odnos između medicinske sestre i bolesnika. Bolesniku se objašnjava što je kolostoma, kako će izgledati, gdje će se nalaziti, koja je njena funkcija, kako je održavati i kako prepoznati moguće komplikacije. Svakog bolesnika se treba poticati na postavljanje pitanja i verbalizaciju strahova. Dio psihičke pripreme bolesnika prije operacije provodi i medicinska sestra uz ostatak zdravstvenog tima, najprije procjenom stanja, zatim razgovorom, ohrabivanjem i edukacijom, a naposljetku evaluacijom stanja bolesnika.

(10).

5. 1. 2. Fizička priprema bolesnika

Fizička priprema bolesnika kojem prethodi operacija formiranja kolostome, karakteristična je prijeoperacijska priprema, a obuhvaća dijagnostičku i laboratorijsku pripremu te pregled anesteziologa. Podrazumijeva i dobru pripremljenost probavnog sustava i edukaciju te premedikaciju. Od pretraga je potrebno napraviti kompletnu krvnu sliku (KKS), pretrage urina, kemijske analize krvi, krvnu grupu i Rh faktor te protrombinsko vrijeme. Neizostavni su RTG srca i pluća te EKG (18).

Ovisno o potrebi mogu se indicirati i druge pretrage kao što su MSCT ili UZV abdomena, kolonoskopija, irigografija, tumorski biljezi CA 19-9 i CEA. Pretrage indicira liječnik, a o njihovoj provedenosti brine medicinska sestra, provjerava rezultate pretrage, sve dokumentira i obavještava liječnika (19). Pacijentu se mora osigurati osnovna higijena prije operacije. Obavezno je tuširanje u antiseptičkom preoperacijskom šamponu i provođenje ostalih aktivnosti osobne higijene, ako pacijent nije sposoban to učiniti samostalno, u tome mu pomaže medicinska sestra (10).

5. 1. 3. Markiranje stome

Markiranje stome izvodi se bolesnicima koji imaju predviđen operacijski zahvat formiranja kolostome, prijeoperacijski se označuje i predviđa najpovoljnije mjesto za izvedbu stome, prema protokolima. Sve se odvija između bolesnika, kirurga i medicinske sestre, a u postupak može biti uključen i fizioterapeut te obitelj. Poslijeoperacijski oporavak lakši je kod dobro kreirane i izvedene stome te educiranog bolesnika i obitelji, a smanjene su i poslijeoperacijske komplikacije kolostome. Potrebno je planirati i razraditi mjesto postavljanja kolostome jer se time skraćuje vrijeme boravka u bolnici, smanjuju se bolnički troškovi, lakše se kombinira adekvatna odjeća te se pacijent lakše i brže oporavlja. Loše

pozicionirana kolostoma, nepovoljno će utjecati na bolesnika (emocionalni i socijalni problemi). Za mjesto kolostome najčešće se odabire vidljivo i dostupno pacijentu mjestu. Izbjegavaju se mjesta koja su prethodno oštećena ili ozračena, imaju ožiljke, a izbjegava se linija pojasa i pupak. Odabire se ravni dio i najizbočeniji dio stijenke abdomena. Kod pretilih osoba, više se treba držati gornjeg djela trbuha. Za bolesnike koji već imaju stomu, nova stoma biti će 2 do 3 cm niže ili više od tog mjesta. Prethodno se izvodi proba mjesta pogodnog za izvođenje kolostome. Medicinska sestra na izabranom mjesto za stomu lijepi podlogu s vrećicom, dok bolesnik zauzima stojeći, sjedeći, pognuti i ležeći položaj radi mogućnosti probe i previđanja najpogodnijeg mjesta za formiranje kolostome. Prilikom probe vrećice kolostome, bolesniku se može objasniti postupak formiranja kolostome i postupak promjene vrećice i njege kolostome i na primjeru lakše predočiti što ga očekuje i kako će to izgledati (20).

5. 1. 4. Priprema probavnog trakta

Prijeoperacijska prehrana bolesnika ovisi o vrsti operacije, mjestu kirurškog zahvata te stanju. Liječnik određuje sastav hrane i količinu obroka, odnosno vrstu dijete. Dijeta može biti potpuno ili djelomično suzdržavanje od hrane ili se mogu isključiti samo pojedini sastojci iz obroka. Nekoliko dana prije operacije treba uzimati hranu kojom će nastati mala količina fekalnog sadržaja u crijevu. Dva dana prije operacije uzima se tekuća dijeta uz nadoknadu tekućine i elektrolita (21).

Bolesnici koji mogu konzumirati hranu na usta slijede uobičajen način prehrane prema preporuci liječnika, a bolesnici koji iz nekog razloga ne mogu uzimati hranu na usta, primaju totalnu parenteralnu prehranu onoliko dugo koliko to indicira liječnik i dopusti stanje.

Priprema probavnog sustava kod bolesnika, prije operacije obično se provodi dva dana ranije te prema preporuci liječnika.

Kod planirane pripreme probavnog trakta, prvi dan se doručkuje i uzima se laksativ (polietilenglikol ili gorka sol) u dva navrata uz tri do četiri litre tekućine. Za ostale obroke (ručak i večera) bolesnik dobiva lagani obrok, najčešće juhu. Drugi dan prije operacije postupak se ponavlja, pije se laksativ u dva navrata i piju se tri do četiri litre tekućine. U kasnijim popodnevnim satima bolesnik dobiva klizmu, da se očisti i donji dio crijeva. Tekućina se može uzimati do 24 sata, nakon toga ne i pacijent je natašte. Većinom se kod bolesnika uvodi prehrana parenteralnim putem (infuzija aminokiselina i glukoze) te prema nalogu liječnika antibiotici. Od drugih lijekova koriste se i niskomolekularni heparin, zbog prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja. Bolesnik je pod nadzorom (vitalne funkcije), a kod dijabetičara prati se razina glukoze u krvi te jelovnik mora biti prilagođen potrebama. (18).

Na operativni dan mjere se vitalne funkcije bolesnika, prilaže se do sad skupljena dokumentacije, mogu se obaviti laboratorijske pretrage koje nedostaju. Bolesnik vrši aktivnosti osobne higijene (ako može sam, ako ne onda uz pomoć medicinske sestre ili njegovateljice) i priprema se operacijsko polje. Prije odlaska na operaciju, bolesnik mora skinuti sav nakit, pomagala i kozmetičke preparate. Nakon kupanja u prijeoperacijskom šamponu, bolesnik oblači jednokratni mantil i na glavu kapu te liježe u pripremljen krevet. Prema indikaciji uvodi urinarni kateter ili centralni venski kateter. Još se jednom provjerava bolnička dokumentacija i kada je sve spremno bolesniku se daje premedikacija. S bolesnikom u salu odlazi i dokumentacija (što je do sada sve provedeno) i predaje se operacijskoj sestri. U pripremi je krv za bolesnika, a sva dokumentacija treba biti spremna i provjerena. Medicinska sestra je zadužena za prijeoperacijsku pripremu bolesnika, provjeru učinjenog (kupanje,

skinut nakit i kozmetika, učinjena dokumentacija, vitalni znakovi). Ako nešto nije u redu, medicinska sestra obavještava liječnika i ostatak tima (19).

5. 1. 5 . Premedikacija

Premedikacija je neizostavni dio prijeoperacijske pripreme bolesnika. Premedikacija u smislu prijeoperacijske pripreme znači primjenu lijeka do dva sata prije uvida u anesteziju. Provodi se s ciljem postizanja učinka lagane sedacije, analgezije, anksiolize i amnezije. Ima antisalivatorni učinak i učinak smanjenja želučanog volumena, djeluje i antiemetički, a njome se prevenira i refleks odgovora autonomnog živčanog sustava. Antibiotikom profilaksom prevenira se nastanak infekcije povezane s invazivnim postupcima (22).

Ovisno o putu primjene premedikacije ovisi i maksimum djelovanja, pa vrijeme davanja premedikacije treba uskladiti sa željenim vremenom djelovanja. Premedikacija koja je primijenjena per os ili intramuskularno maksimum djelovanja postiže na 30- 45 minuta, a primijenjena subkutano na 75 minuta, dok kod intravenske primjene djeluje najbrže, za oko 15 minuta. Obavezno je saznanje da li je bolesnik natašte ili nije, o tome se obavještava anesteziolog. Važno je i saznanje o mokrenju, kako bi se kontrolirala hipotenzija i vrtoglavica uslijed premedikacije. Nakon primijenjene premedikacije bolesnik se više ne smije ostavljati sam i bez nadzora medicinskog osoblja. Pri davanju premedikacije poštuju se sva pravila aplikacija lijekova, pravila asepsa i propisanih lijekova od strane liječnika. Vrsta lijekova, put primjene i doza lijekova se dokumentira u sestrinskoj dokumentaciji (17).

5. 2. Intraoperacijska skrb

Intraoperacijska skrb za bolesnika, počinje dolaskom u operacijsku salu, a završava se u sobi za buđenje nakon operacije (23).

Operacijski tim čini kirurg, asistent, anesteziolog, anesteziološki tehničar i operacijska sestra (jedna „sterilna“ i druga „nesterilna“). „Sterilna“ medicinska sestra direktno instrumentira pri operaciji, dok druga „nesterilna“ medicinska sestra pomaže pri operaciji na način da dodaje stvari te obavlja poslove koji ne zahtijevaju apsolutnu sterilnost (13).

Intraoperacijska skrb obuhvaća pripremu bolesnika po dolasku sa odjela u salu, pripremu instrumenata i materijala za operacijski zahvat, te raspoređivanje sale i materijala nakon operacije. Zadaće medicinske sestre tijekom intraoperacijske skrbi su postavljanje bolesnika u pravilan položaj na operacijskom stolu, pružanje psihičke podrške pacijentu pri uvodu u anesteziju, priprema lijekova, instrumenata i aparata za anesteziju te po završetku operacije transport u sobu za buđenje ili jedinicu intenzivnog liječenja. Tijekom operacije, sestra prati EKG, tlak, puls, temperaturu i disanje te stanje svijesti bolesnika. Prati se i balans tekućina. Ovisno o ulozi instrumentira prilikom operacijskog postupka ili asistira liječniku anesteziologu.

5. 3. Poslijeoperacijska skrb

Poslijeoperacijski period započinje premještanjem bolesnika iz sobe za buđenje, a završava otpuštanjem bolesnika kući (23).

Nakon dolaska bolesnika na odjel, medicinska sestra procjenjuje njegovo stanje s obzirom na ishod operacije i utvrđuje potrebe bolesnika te njegov psihološki status.

Bolesnik nakon operacije crijeva mora biti pod nadzorom. Sestrinske intervencije su prepoznavanje i rješavanje poslijeoperacijskih poteškoća (bolovi, mučnina, povraćanje, problemi s probavom). Medicinske sestre i tehničari svoju pažnju usmjeruju na pravovremeno prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija i infekcija, te njihovo sprječavanje.

Netom nakon operacije prate se vitalni znakovi bolesnika, tlak i disanje, provjeravaju se svakih 15 minuta tijekom prvih tri sata, zatim nakon toga svakih 30 minuta. Najpovoljniji

položaj za bolesnika je Fowlerov položaj. Također se prati diureza, izgled i sadržaj drena te opće stanje bolesnika (10).

Ovisno o problemu koji se javi u poslijeoperacijskoj skrbi, medicinska sestra obavještava liječnika, koji ordinira terapiju. Ordiniranu terapiju primjenjuje medicinska sestra u cilju ublažavanja boli, mučnine ili drugih problema. Prati reakciju na terapiju, njen efekt. Nakon operacije totalna parenteralna prehrana preporučuje se prvih najmanje 48 sati. Ovisno o uspostavi peristaltike taj period može biti i duži. Uz praćenje stanja bolesnika daje mu se postupno blagi čaj, potom tekuća dijeta, zatim kašasta, a nakon toga i lagana hrana. Uspostava stolice također se prati (količina, konzistencija, boja, primjese krvi, neugodni mirisi) (24).

Medicinska sestra brine i o sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja (dekubitus, tromboza, pneumonija), osobito kod nepokretnih i slabo pokretnih pacijenata. Od koristi mogu biti i vježbe disanja ili iskašljavanja za koje može educirati medicinska sestra ili fizioterapeut, s ciljem prevencije pneumonije. Tijekom kašljanja treba pripaziti na operacijsku ranu, jer se kašljanjem napinje trbušna stijenka (10,1).

6. VAŽNOST MEDICINSKE SESTRE U SKRBI PACIJENTA S KOLOSTOMOM

Medicinske sestre ili tehničari, od trenutka kada se indicira zahvat kolostome, sudjeluju u svim stručnim sestričkim poslovima, preoperacijski, intraoperacijski i postoperacijski odnosno perioperacijski. Planiranim aktivnostima iz područja zdravstvene njege medicinska sestra će otkriti, spriječiti ili riješiti probleme koji se pojavljuju u svakoj fazi prije, za vrijeme i nakon postavljanja kolostome. Problemi mogu biti vezani uz osnovnu bolest ili uz operacijski zahvat izvođenja kolostome. Svim bolesnicima treba se pružati individualna, standardizirana i visokokvalitetna skrb. Cilj skrbi je uspostaviti ravnotežu u bolesnika sa kolostomom, ravnotežu između realnih mogućnosti i potreba bolesnika. Među najvažnijim ciljevima je i sigurnost bolesnika. Pri skrbi za bolesnika najčešće pomaže i njegova obitelj. Obitelj educira također medicinska sestra i to o različitim problemima, opremi i materijalima za stomu, prehrani i prepoznavanju komplikacija. Zbog specifičnosti i osobitosti kolostome i potreba bolesnika s kolostomom, ističe se važnost edukacije medicinskih sestara upravo za stome.

Medicinska sestra koja posjeduje specifično znanje o stomama iz područja zdravstvene njege, naziva se enterostomalni terapeut. Stome obuhvaćaju stome za hranjenje i stome za izlučivanje (kolostome, ileostome, urostome). Enterostomalni terapeut sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika prije operacije, nakon operacije i u mjesecima kasnije. Uloga enterostomalnog terapeuta je pomoć pacijentu i obitelji, prije svega prilagodba na kolostomu i sve što dolazi s njom (svakodnevno rukovanje sa stomom, psihički problemi prihvatanja kolostome, moguća pojava komplikacija i problema). Važno je oboljelog integrirati u društvo i učiniti mu život što sličnijim životu prije kolostome, sa što manje stigme i ograničenja. Enterostomalni terapeut tu je za sve probleme i nejasnoće, te upoznaje bolesnika i obitelj sa pravima i razjašnjava sve nejasnoće. Edukacija, savjetovanje, ohrabivanje i podrška glavne

su uloge enterostomalnog terapeuta. Područje zdravstvene njege se odnosi na odabir stomalnog pomagala, njegu kože oko stome, povratak samopouzdanja nakon operacijskog zahvata kolostome i edukaciju o svim problemima vezanim uz kolostomu. Savjetovanje o kolostomi je također jedna od zahtjevnih intervencija medicinske sestre u skrbi, a odnosi se na prehranu, fizičku aktivnost, društveni život, seksualne odnose, interakciju u socijalnu sredinu, povratak na posao, primjenu pomagala i lijekova (25).

7. EDUKACIJA BOLESNIKA S KOLOSTOMOM-SESTRINSKA SKRB

Edukacija je jedna od najvažnijih intervencija medicinske sestre u skrbi za bolesnika sa kolostomom. Bolesnika educira medicinska sestra i ostatak liječničkog tima. Edukacija se odnosi na sve perioperacijske faze skrbi pri formiranju kolostome. Prije operacije bolesnika se informira i educira o kolostomi, tako se i nakon operacije nastavlja prijašnja edukacija i dodaju nova znanja. Početno se bolesnika educira, nakon postavljene indikacije za formiranjem kolostome i dogovorene operacije. Početna edukacija ubraja informacije o tome što je kolostoma, zašto se izvodi i kakav će biti život s njom. Pri markaciji kolostome, uz edukaciju provodi se i demonstracija kolostome (dijelova seta, načina postavljanja, njege i rukovanja setom). Korisni su savjeti o prehrani, tjelesnoj aktivnosti, seksualnom odnosu.

Medicinska sestra educira bolesnika o tome što je potrebno jesti, što se mora izbjegavati i prilaže prijedloge jelovnika, kako bi mu bilo lakše razumjeti potrebnu prehranu. Vezano uz tjelesne aktivnosti medicinska sestra pacijenti objašnjava što je za njega najsigurnije i najpogodnije, kao i aktivnosti seksualnog odnosa. Educirati se može u različitim fazama (prije ili nakon) formiranja kolostome. Važno je pacijentu pružiti potrebne informacije i približiti ih na način koji će mu biti razumljiv i koristan, a medicinska sestra procjenjuje količinu naučenog ili potrebu dodatne edukacije. Ako bolesnik u obitelji imaju osobu koja bi se posvetila njegovom problemu tada se educira član obitelji (npr. o njezi kolostome i ranom prepoznavanju komplikacija) (18).

Uz edukaciju medicinska sestra bolesnika savjetuje, informira, ohrabruje i motivira za nastavak liječenja. U edukaciji se treba služiti razgovorom i demonstracijama. Educira se i bolesnik i njegova obitelj (supružnici, djeca, roditelji). Edukaciju treba prilagoditi potrebama bolesnika i njegovom kapacitetu pamćenja i učenja. Naučeno se provjerava na razne načine i s

vremenskim razmacima. Kod nekih osoba biti će potrebno više puta ponoviti isto i puno više truda i strpljenja nego kod drugih osoba.

Najvažnije intervencije medicinske sestre kod pacijenta s kolostomom vezano uz edukaciju:

- Psihološka priprema bolesnika i njegove obitelji
- Objasniti važnost kirurškog zahvata
- Prije operacije bolesnika upoznati sa osobitostima kolostome
- Tijekom skrbi hrabriti i motivirati bolesnika za oporavak
- Cijelo vrijeme odgovarati na pitanja bolesniku, razjasniti nedoumice
- Naučiti bolesnika praktičnim postupcima s kolostomom (njega, higijena, materijali, promjena vrećice)
- Naučiti bolesnika prepoznati moguće komplikacije kolostome (simptome i znakove)
- Naučiti bolesnika važnost adekvatne prehrane
- Povezati bolesnika sa firmama koje se bave stomama (nabava i proizvodnja stome)
- Poticati samostalnost bolesnika tijekom oporavka
- Prije operacije upoznati bolesnika, psihički ga pripremiti za promjene na tijelu
- Nakon operacije isticati pozitivne činjenice vezane uz stomu
- U sve postupke ukoliko je moguće, uključiti i obitelj oboljelog

U bolnici je bolesnik okružen medicinskim sestrama pa mu je lakše prvotno snalaženje s kolostomom, no do odlaska kući trebao bi svladati održavanje stome (higijenu i njegu, primjenu stomalnih pomagala, načine odlaganja materijala za stomu) i rukovanje svime. Po

odlasku kuću medicinska sestra ih povezuje s firmama koje se bave stomalnim pomagalicima (nabava i proizvodnja) (26).

8. SVAKODNEVNI ŽIVOT S KOLOSTOMOM

Kolostoma je izvor stresa za svakog bolesnika, no velik broj bolesnika dobro se oporavi nakon proživljenog stresa, u tome im pomažu zdravstveni djelatnici koji u prvim danima njeguju stomu i pomažu im u prilagodbi te ih educiraju i pomažu da postaju neovisni i samostalni u zbrinjavanju kolostome. Pri dolasku u svoj dom mogu se javiti lakše ili teže psihičke krize. S dolaskom kući nemaju uz sebe cijelo vrijeme zdravstvene djelatnike, pa su većinom prepušteni vlastitom znanju i vještinama koje su usvojene preko edukacije zdravstvenih djelatnika. To je osobit problem kod nedovoljno educiranih bolesnika i bolesnika koji miješaju ili zaboravljaju usvojeno, a kod kuće nemaju podršku (27).

Iako nije lako živjeti s kolostomom, većina pacijenata se dobro nosi sa njome i razumiju prednosti kolostome odnosno važnost operacije kolostome. Često dugo surađuju sa medicinskim sestrama ili enterostomalnim terapeutima, imaju podršku obitelji i prijatelja, a podršku mogu primiti i od psihologa ili psihijatra.

U razvijenim zemljama postoje sustavi podrške u obliku udruga gdje ljudi sa stomama rado dijele svoja iskustva, brige i savjete. Svakodnevno se na pacijentu nužno ne vidi da ima kolostomu, naravno ukoliko je on naizgled fizički i psihički zdrav. Unatoč postojanju kolostome, pacijent može voditi ispunjen i kvalitetan život u privatnom i poslovnom smislu, može se baviti sportom i drugim društvenim aktivnostima (26).

8. 1. Prehrana i tjelesna aktivnost osoba sa kolostomom

Nakon operacije, crijeva trebaju odmor pa se sve potrebe nadoknađuju intravenskim putem. Postupno se uvode tekuće dijetе, a koristi se čaj, bistre juhe i voćni sokovi, nakon toga preporučljiva je lako probavljiva hrana kao što su zobene pahuljice, kuhana riža i prepečenci.

Postupno uz to se mogu uvoditi namirnice bogate vlaknima u manjim količinama, a istodobno se prati kako organizam reagira na svaku namirnicu. Osobe s kolostomom više imaju problem s konstipacijom, nego s dijarejom pa se zato preporučuje i dovoljan unos tekućine. Izbjegavati treba namirnice koje uzrokuju neugodne mirise, napuhanost i plinove. Svaki bolesnik može drugačije reagirati, no treba se držati polaganog uvođenja namirnica koje niti prije operacije nisu bile problematične i to u malim količinama kako bi se mogla pratiti osjetljivost. Namirnice koje obično uzrokuju probleme bolesnicima i koje treba uzimati s oprezom ili ograničiti su sirovo povrće, kora voća, svježa jaja i sirevi, namirnice s visokim udjelom vlakana, mahunarke, kupusnjače, sjemenke, alkohol i kofein. Namirnice koje mogu pomoću u formiranju stolice su: kuhani krumpir, kuhana slana riža, probiotički jogurti, banane, kompoti i prepečenci. Sva hrana treba se pripremati sa što manje začina, masti i ulja. Hranu se mora dobro prožvakati. Od tekućine je najbolje uzimati vodu, povrtnu juhu i biljne blage čajeve. Obroci se ne smiju preskakati, a trebaju biti mali i uzimati se više puta dnevno. Potrebno je izbjegavati neumjerenost u teškoj i masnoj hrani. Ako su stolice tekuće, izbjegavaju se mliječni proizvodi, šljive, med i špinat. Opasnost kod tekućih stolica je odljepljivanje podloge i iritacija kože oko stome. Ako nastupi opstipacija, preporučuje se puno tekućine, oko dvije litre dnevno, te ne gazirana pića zbog napuhavanja (28).

Od mesa se preporuča nemasna piletina, a od načina spremanja hrane, kuhanje ili pečenje. Biljnim uljima treba dati prednost nad životinjskim mastima. Blagi kompoti su također poželjni. Tvrdo kuhana jaja se izbjegavaju u prehrani bolesnika s kolostomom zbog nadutosti. Tjelesna aktivnost je preporučljiva, no s dozom opreza zbog prirode kolostome. Ne preporučuju se agresivni i opasni sportovi, svaka aktivnost je poželjna u primjerenim intervalima i trajanju. Kupanje u morima i bazenima moguće je uz adekvatnu zaštitu kolostome pomoću stoma čepova.

Jedan od strahova bolesnika sa kolostomom je taj koliko će se njihov život promijeniti s obzirom na gubitak dijela tijela i fomiranje kolostome. Strahovi su vezani uz odjeću, socijalnu prihvatljivost, neugodne mirise i aktivnostima. Za jednostavnost se preporučuje udobna odjeća, koja ne prijanja uz kolostomu i ne može ju oštetiti. Tuširanje se može obaviti sa ili bez stoma vrećice, a kupanje s dobro pričvršćenom vrećicom osobito u morima, rijekama i bazenima, u tu svrhu može se koristiti i stoma čep (29).

Osobe s kolostomom, najčešće se mogu nastaviti baviti poslom s kojim su se i inače bavile. Što se tiče aktivnosti, od preporuke su blaži sportovi u kojima su malo vjerojatni jaki udarci u području trbuha ili druge ozljede. Od preporučenih aktivnosti su šetnje i vožnje biciklom. Kada je oboljela osoba tjelesno aktivna, bliža je u socijalnim kontaktima i boljeg je fizičkog i psihičkog zdravlja. Također, seksualna aktivnost je poželjna, kao i bliskost između partnera.

Medicinska sestra o svemu informira i educira bolesnika, pa tako i o prehrani i tjelesnoj aktivnosti, odnosno o tome što je najbolje za njega kada izađe iz bolnice. Ukazuje bolesniku na opasnosti i ograničenja te dobrobiti za njega u smislu adekvatne prehrane i tjelesne aktivnosti (28).

8. 2. Prava bolesnika s kolostomom

Svi bolesnici s kolostomom imaju pravo na besplatnu uporabu ortopedskih pomagala prema Pravilniku o ortopedskim pomagalima. Bolesnici su prethodno moraju biti educirani o korištenju stoma pomagala, najčešće u bolnici prije i nakon operacije. Kirurzi u otpusnom pismu navode preporuke za stoma pomagala. Bolesnik stoma pomagala na osnovi preporuka kirurga može dobiti potpuno besplatno preko HZZO-a (30).

Kolostoma je tjelesno oštećenje, a postoji kada u bolesnika nastane gubitak, važnije oštećenje ili veća onesposobljenost pojedinog organa ili dijelova tijela, što otežava normalnu aktivnost osobe, a zahtijeva veće napore u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, bez obzira na to uzrokuje li ono invalidnost ili ne. Osobe koje imaju trajnu kolostomu, rješenjem HZZO-a ostvaruju 80 % tjelesnog oštećenja (31). Osoba koja je osigurana, a koristi stoma pomagala, po indikaciji može ostvariti pravo na dodatni broj još podložnih pločica ili vrećica, kada im nedostaje jedan od dijelova pomagala (30). Osim prava na potrošni materijal za kolostomu, bolesnik ima pravo i na doplatak za pomoć i njegu (32).

8. 3. Udruge bolesnika s kolostomom

Na inicijativu osoba s kolostomom, 1983. Godine u Zagrebu je osnovano prvo udruženje osoba s kolostomom pod imenom CRO ILCO. Nakon toga udruge se osnivaju i u drugim gradovima u Hrvatskoj. Cilj svih udruženja je unaprjeđenje kvalitete života bolesnika s kolostomom i promicanje njihovih prava. Na sastancima u udruzi, bolesnici i njihova obitelj iznose svoje poteškoće i probleme s kojima se svakodnevno bore. Organiziraju se i stručna predavanja za članove udruge od strane liječnika, medicinskih sestara i nutricionista. Uključeni su i stručnjaci iz ostalih područja, onkolozi, psiholozi i enterostomalni terapeuti. Udruga bolesnika s kolostomom, mjesto je gdje se mogu dobiti informacije o kolostomi iz prve ruke (31)

9. ZAKLJUČAK

Osnovna bolest koja je dovela do formiranja kolostome najčešće je karcinom debelog crijeva. Kolostoma sama po sebi nije prepreka kvalitetnom životu bolesnika, no kombinacija maligne bolesti i kolostome svakako je za bolesnika novonastala situacija koja utječe na puno važnih stvari u njegovom životu. Prvotni šok nakon dijagnoze i operacije je velik i bolesniku se čini kao da s kolostomom ne može živjeti. No, uz postupni proces prilagodbe na kolostomu, bolesnik počinje prihvaćati novonastalo stanje, što ovisi o osobnoj želji za napredak i dostupnom sustavu podrške. Neizostavna je tada uloga medicinske sestre, koja uz bolesnika boravi od početne dijagnoze do zadnjeg dana zbrinjavanja. Uzimanjem sestrinske anamneze, medicinska sestra procjenjuje potrebe bolesnika za sestrinskom skrbi. Ona aktivno prati stanje bolesnika, i određuje ciljeve sestrinske skrbi i potrebne intervencije kojima će se postići određeni ciljevi. U centru promatranja je i obitelj bolesnika. Medicinska sestra prilikom skrbi za bolesnika, čuva njegovo dostojanstvo i podiže kvalitetu njegovog života. U tome glavnu ulogu uz ostale zdravstvene djelatnike ima medicinska sestra - enterostomalni terapeut, koja prolazi prijeoperacijsku i postoperacijsku fazu kirurške intervencije formiranja kolostome. Medicinska sestra sudjeluje i u intraoperacijskoj fazi formiranja kolostome, te i tu ima specifične intervencije.

Dakle, medicinska sestra sudjeluje u sveobuhvatnoj sestrinskoj skrbi za bolesnika s kolostomom, prije operacije, za vrijeme operacije i nakon operacije, te provodi sestrinske intervencije iz područja zdravstvene njege za koje je educirana i kompetentna. Intervencije medicinske sestre su raznolike i široke su primjene, a odnose se na bolesnika i njegovu obitelj. Kreću se od edukacije, savjetovanja, fizičke pomoći, ohrabivanja, upoznavanja i demonstracije zdravstvene njege kolostome. Može trajati razmjerno dugo, ovisno o potrebama bolesnika i obitelji, a s obzirom na to može se odvijati u bolnici, u domu bolesnika, u domu za starije osobe, pa se kreće i kroz primarnu i kroz sekundarnu zdravstvenu zaštitu.

Po izlasku iz bolnice sestrinska skrb se može nastaviti u obliku patronažne skrbi ili skrbi u sklopu zdravstvene njege u kući. Po izlasku iz bolnice u posjet bolesniku dolazi patronažna sestra koja mu se pomaže snaći kod kuće (edukacijom) jer je djelatnost patronažne medicinske sestre primarno edukativnog i preventivnog tipa. Patronažna medicinska sestra surađuje s liječnikom obiteljske medicine (LOM) i ustanovom za zdravstvenu njegu u kući, dok medicinska sestra zdravstvene njege u kući može provoditi različite terapijske i dijagnostičke postupke.

Bolesnik s kolostomom koji je prihvatio novonastalo stanje i izgled, koji je stekao svakodnevnu rutinu i samopouzdanje s kolostomom, može imati kvalitetan i ispunjen život usprkos svemu što kolostoma sa sobom nosi. Za to je zaslužna kontinuirana i sinkronizirana skrb više medicinskih djelatnika istovremeno dulji vremenskih period, u kojem se u svakoj fazi nalaze medicinske sestre u bolničkoj ili izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

10. LITERATURA

1. Dan plavih irisa. ILCO savez. Dostupno na:

<https://www.ilco.hr/index.php/component/content/article/26-savez/166-dan-plavih-irisa-2017>,
20. 04. 2022.

2. Plazibat V. Kvaliteta života osoba sa kolostomom. Završni rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Medicinski fakultet Osijek. Sveučilišni preddiplomski studij

Sestrinstvo. Osijek. 2016. Dostupno na:

<https://repositorij.mefos.hr/islandora/object/mefos%3A233/datastream/PDF/view> 21.04.
2022.

3. Krmpotić-Nemanić J, Marušić A. Anatomija čovjeka. Zagreb. Medicinska naklada. 2007.

4. Keros P, Andreis I, Gamulin. Anatomija i fiziologija. Zagreb. Školska knjiga. 2005.

5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Svjetski dan raka. Prema: Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2017. godinu.

Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetski-dan-raka-2020/> 26.04.2022.

6. Vrdoljak E, Šamija M, Kusić Z, Petković M, Gugić D, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb. Medicinska naklada. 2013.

7. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. Vol 12. Broj 45. 2016.

8. Hrvatska liga protiv raka. Rak debelog crijeva. Dostupno na: <https://hlpr.hr/rak/vijest/rak-debelog-crijeva> (1.5.2022.)

9. DiGiacomo JC, Lehman M. The Colostomy of Duret for the High Risk Patient. J Invest Surg. 2021 Mar;34(3):257-261.

10. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4, Školska knjiga. Zagreb. 2005.
11. Šamdija M. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb. Medicinska naklada. Zagreb.
12. Pongrac R. Stoma - izazov u abdominalnoj kirurgiji. Završni rad. Varaždin. Sveučilište Sjever. 2016. Dostupno na: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin:460/preview> (6. 5. 2022).
13. Kozina B. Sestrinstvo i posebnosti perioperacijske skrbi u operacijskoj dvorani. Diplomski rad. Zagreb. Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet. Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva. 2015.
14. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. Colorectal Dis. 2010;12:958-964.
15. Pongrac R. Stoma - izazov u abdominalnoj kirurgiji. Završni rad. Sveučilište Sjever Varaždin. 2016. Dostupno na: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin:460/preview> (6.5.2022.)
16. Marec L. Zbornik prispevkov z recenzijo. Holistična obravnava pacienta v enterostomalni terapiji – od preventive do urgentnih stanja. 2016.
17. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima. Zagreb. Visoka zdravstvena škola. 2000.
18. Mihovilić Ž. Edukacija bolesnika o životu sa stomom. Završni rad. Sveučilište Sjever. 2016. Varaždin. Dostupno na: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A978/datastream/PDF/view> (22.5.2022.)
19. Kurtović B i sur. Zdravstvena njega neurokirurških bolestnika. Zagreb. HKMS. 2013.

20. Konjevoda V, Smrekar M, Mihulj LJ. Markiranjem i adekvatnim pozicioniranjem do boljeg ishoda zdravstvene skrbi bolesnika sa stomom. Acta chirurgica Croatica. službeni časopis Hrvatskog kirurškog društva, Vol. 12, str. 97 – 98, Zagreb, 2015.
21. Krznarić Ž. Vranešić D. Enteralna prehrana u kliničkoj praksi i primjena kod anoreksije nervozE. Medix.Vol.10. No52. 2004.
22. Gotić D. Premedikacije tijekom prijeoperacijske pripreme. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet. Zagreb. 2014. Dostupno na:
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/mef%3A71/datastream/PDF/view> (23.05.2022.)
23. Zdravstvena njega odraslih II. Dostupno na:
<http://moodle.vz.unin.hr/moodle/course/view.php?id=263>. (23.05.2022.)
24. Čačić V, Depolo D. Stomaterapeut. Acta chirurgica Croatica. službeni časopis Hrvatskog kirurškog društva. Zagreb. Vol. 12, str. 95. 2015.
25. Piljac G. Rak i njega bolesnika od raka. Zrinski Čakovec.1980.
26. Dakić N. Sestrinska skrb za bolesnike nakon operacije karcinoma debelog crijeva. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet. Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva. Zagreb. 2016. Dostupno na:
<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:1063/preview> (23.05.2022.)
27. Klemenc D, Zver L, Krist A, Smolić M. Zdravstvena nega bolnika s stomom. Zdravstveni Obzornik. 1988; 22: 17-26.
28. Hegeduš Matetić M. O stomi s razumijevanjem.

29. Williams L. Sestrinske procedure. Delta status. Beograd. 2010. Prijevod s engleskog jezika knjige Nursing procedures.

30. Narodne novine. Dostupno na:<http://narodnenovine.nn.hr/clana/sluzbeni-183.html>

31. Savez invalidskih ILCO društava Hrvatske. Rijeka. Organizacija;

c2016–2019 O savezu. Dostupno na: <http://www.ilco.hr/> (25.04.2022.)

11. KRATICE

MSCT - multislice Computed Tomography

KKS - kompletna krvna slika

CEA - karcinoembrijski antigen

CA 19-9 - karbohidratni antigen 19-9

RTG - radiografija

UZV - ultrazvuk

CT - kompjutorizirana tomografija

EKG - elektrokardiografija

LOM - liječnik obiteljske medicine

12. ZAHVALE

Želim zahvaliti svom mentoru Doc. Dr. Sc. Hrvoju Silovskom, dr. med. na potpori, komentarima i sugestijama tijekom pisanja mog diplomskog rada na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Hvala mojoj obitelji na potpori, osobito suprugu i mojoj majci koji su bili uz mene u ovim izazovnim vremenima te veliko hvala mojoj nadređenoj dr. med. Jeleni Jakić Petrović koja mi je uzor i podrška u svakom segmentu mog školovanja, kao i u svim životnim situacijama .

13. ŽIVOTOPIS

Lidija Čalušić, rođena je u Zagrebu 1970. godine., gdje je odrasla te završila srednju školu za medicinske sestre Vrapče. Godine 2019. diplomirala je na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Akademske godine 2020. upisuje Sveučilišni diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Radno iskustvo stječe u privatnim poliklinikama u rodnom gradu. Sada radi u Poliklinici Dr. Jelena Jakić, dugi niz godina i njen posao je čini izuzetno sretnom i ispunjenom osobom.