

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RAKOM ČREVESJA IN KOMPLIKACIJE

H. Uršič

Uvod

Onkološka kirurgija je specifična in glede na to je tudi zdravstvena nega onkološkega kirurškega bolnika specifična.

Pogoj za dobro zdravstveno nego po operacijah je splošno znanje zdravstvene nege, anatomije, fiziologije, splošno znanje onkologije, poznavanje bolnikov, ker s tem dobimo podatek, ali je kirurški poseg začetno zdravljenje raka, ali je prej že bil zdravljen s kemoterapijo ali radioterapijo.

Rakav bolnik je lahko telesno v slabi kondiciji, ker sama bolezen bolnika izčrpa. Predoperativna kemoterapija pri tem, ko uničuje rakave celice, deprimira tudi druge najbolj občutljive zdrave celice in tkiva - slabi imunski sistem, kostni mozeg. Predoperativno obsevanje uničuje rakavo tkivo in tudi zdravo tkivo, ki je neposredno pred tumorjem, ob tumorju ali za njim in je zato pooperativni potek daljši ali lahko pride do komplikacij (hematomi, sekundarne infekcije, dehiscenca).

Področja operacij na Onkološkem inštitutu so: ustna votlina, vrat, dojka, pazduha, amputacije udov, koža - melanomi, abdominalne operacije, kamor spada: resekcija želodca, vranice, ledvic, jeter, črevesja, retroperitonealni tumorji, tumorji na kosteh (sakrum, rebra), ginekološko področje. Pri nas ne operirajo glave (možganskih tumorjev) in pljuč.

V tem članku se bomo bolj podrobno seznanili z zdravstveno nego bolnika z rakom na črevesju in o komplikacijah.

Med obolelimi za rakom je pri nas vsako leto 10 - 12% bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. Pri moških je na 3. (tretjem) mestu, za pljučnim rakom in želodčnim rakom, pri ženskah pa na

2. (drugem) mestu, za dojko. V nekaterih, predvsem zahodnih državah je obolenost še višja in ponekod predstavlja rak debelega črevesa že več kot 20% novih bolnikov z rakom. Zaradi tega in še nekaterih drugih boleznih na črevesju so potrebne posebne vrste operacij, pri katerih je treba izpeljati črevo skozi trebušno steno. V Sloveniji je že nekaj časa približno 800-900 bolnikov, ki so jih morali operirati na ta način in živijo s stomo.

Stoma je torej umetna odprtina, skozi katero črevo izloča svoje izločke. Zunanja vidna stran je rdečkasta kot vsa sluznica debelega črevesa. Kolostoma pa je kirurško oblikovana odprtina širokega črevesa skozi trebušno steno. Lahko je trajna ali začasna. Po operaciji ni več take kontrole izločanj, kot je bila pred kirurškim posegom, zato se je treba naučiti novih načinov zbiranja in kontrole izločanja.

VZROKI za operacijo, pri kateri bolniku napravijo stomo, so različni: divertikuloza, megakolon, ulcerozni kolitis, Chronova bolezen debelega in tankega črevesa, nevrogene okvare izločanja urina, polipoza debelega črevesa, poškodbe črevesa ter rak na mehurju, maternici in debelem črevesu.

VRSTE STOM IN NJIHOVO DELOVANJE

Polég razlike med črevesno in urinsko stomo, se zelo razlikujejo tudi same črevesne stome.

Stoma je narejena z izpeljavo konca črevesa ali z izpeljavo črevesne vijuge skozi trebušno steno in ponovnim izginotjem vijuge v trebušno votlino. Velikost stome se razlikuje od bolnika do bolnika. Stome so lahko trajne ali začasne.

Kolostoma je stoma, ki jo srečamo najpogosteje. To je nova odprtina za debelo črevo. Debelo črevo je rezervoar za blato in organ, ki absorbira vodo. Konsistenca blata je precej odvisna od tega, kolikšen del črevesa je bil odstranjen. Vsebuje tudi različno količino encimov, ki lahko okvarijo kožo. Tudi tehnika nege kolostome je odvisna od tega, ali stoma zajema descendentni, transverzalni ali ascendentni kolon.

Descendentno ali sigmoidno kolostomijo naredimo, kadar je bolezen

omejena na končni del debelega črevesa ali danke. Stoma je lahko končna, kjer je ostali del črevesa izrezan, ali pa je na sigmoidni vijugi, kjer se ostali del črevesa nadaljuje do danke in ga ne izrežemo. Leži na levi strani spodnjega dela trebuha. Izloček te tako imenovane suhe kolostome je podoben normalnemu iztrebljanju in ga je navadno možno kontrolirati že s samo dieto.

Ascendentna kolostomija je zelo podobna cekostomiji, kjer je stomalna odprtina v cekumu. Izloček je skoraj tekoč in navadno stalno izteka, tako kot pri ileostomi. Vsebuje prebavne encime, ki dražijo kožo. Ascendentne kolostome oziroma cekostome ni možno oskrbovati na enak način kot descendentne in sigmoidne stome.

Stoma v obliki zanke (loop) je posebna oblika stome, ki jo srečujemo pri kirurškem posegu debelega črevesa. Narejena je v predelu transversalnega kolona ali sigme. S to metodo trajno ali začasno izključimo prizadeti del črevesa. Namesto, da bi črevo povsem prerezali kot pri navadni kolostomiji ali ileostomiji, pri tej metodi omogočimo sorazmerno enostavno praznjenje črevesa, medtem ko se oboleli del zdravi. Tako izpeljano zanko podpremo s plastičnim mostičkom ali drugim pripomočkom, ki ga vstavimo pod črevesno vijugo. Črevesna vsebina se prazni skozi odprtino na zunanji površini zanke. Takšno začasno stomo lahko napravimo za 10 dni do 10 mesecev, lahko pa je tudi stalna. Pogosto je to nujen poseg, kimu sledi večja operacija potem, ko se bolnikovo stanje izboljša. Izloček transversalne stome ni trd kot je izloček descendentne stome oz. sigmostome. Zaradi različne količine encimov lahko izloček draži kožo ali pa tudi ne.

Ileostomo navadno naredimo pri bolnikih z ulceroznim kolitisom. Ileostoma je oblikovana iz ileuma, to je dela tankega črevesa, ki se prazni v kolon. Pri tem posegu ne ostane nič debelega črevesa, ki bi posrkalo vodo in oblikovalo blato, tako da je izloček vedno tekoč ali v najboljšem primeru poltrda pasta. Važno je tudi, da izloček vsebuje precej prebavnih encimov, ki izredno dražijo kožo. Ileostoma je daljša kot tipične kolostome zato, da odprtina stom sega dlje v odprtino vrečke in usmerja izloček navzdol, stran od kože.

Če je povezava med besedo stoma in rak, razdelimo bolnike v 4 skupine:

I. SKUPINA so bolniki, ki pridejo na radikalni kirurški poseg zaradi karcinoma.

II. SKUPINA so bolniki, pri katerih napravimo začasno stomo zaradi varovanja anastomoz ali fistul.

III. SKUPINA so bolniki, pri katerih napravimo stomo, ki je paliativne narave.

IV. SKUPINA zajema bolnike, ki že imajo stomo in pridejo na nadaljnje zdravljenje karcinoma.

Vse štiri skupine ljudi rabijo pomoč, ker so sprejeli dejstvo, da imajo raka. Za veliko ljudi je rak grda, asocialna bolezen, s katero so bili kaznovani za grehe, ki so jih napravili. Fantazije, da rakave celice skačejo okoli in stegujejo svoje lovke, niso redke. Strah, da je rak nalezljiva bolezen, tudi ni redka.

Zelo pomembno je, da enterostomalni terapevt ni samo seznanjen z različnimi načini zdravljenja, ampak je zaželeno, da se s pacienti pogovarja tudi o diagnozi in jim pomaga, da gredo skozi strahove in občutke o njihovi bolezni.

I. SKUPINA

V tej skupini so bolniki, ki imajo radikalni kirurški poseg, katerega posledica je dokončna stoma. To so bolniki s karcinomom mehurja in imajo cistektomijo in formiran mehur iz ileuma ter bolniki s karcinomom rektuma, ki imajo abdominoperinealno disekcijo rektuma in kolostomo. Večina stomistov v tej skupini se sčasoma sprijazni z radikalnim posegom in verjame, da mu je kirurgija zelo pomagala. Potreb, ki jih imajo bolniki, ki so bili pred operacijo obsevani, ne smemo pozabiti. Tem bolnikom povemo že pred obsevanjem, da bo potreben čez dva meseca kirurški poseg. Ta čas pa lahko enterostomalni terapevt (ET) bolnika informira in mu pomaga premagati strah, zaskrbljenost, tesnobo pred življenjem in stomo.

II. SKUPINA

V tej skupini so bolniki, ki imajo začasno stomo. Stoma je napravljena zato, da ščiti anastomozo, ali zaradi posledic zdravljenja (fistule po obsevanju). V obeh primerih je stoma začasna, toda pri rektovaginalni fistuli živi bolnik s stomo lahko eno do dve leti, če pa je razbremenilna stoma zaradi anastomoze, pa šest do dvanajst tednov.

Večina bolnikov, ki verjame, da je njihova stoma začasna, se jo sam nauči negovati. Mnogi pa se bojijo, da jim ne bodo hoteli zapreti stome, če se bodo preveč dobro znali sami negovati in želijo ostati v bolnišnici, dokler stome ne zaprejo, ali prisilijo zdravnika, da jo zapro predčasno. Veliko bolnikov po resekciji tiho verjame, da ne bodo prej rešeni raka, predno bo stoma zaprta. Bolniki, ki imajo dolgoročno stomo zaradi fistule, rabijo veliko psihične podpore. Zelo pomembno je, da se kirurg in radioterapevt dopolnjujeta. Le tako bolnik verjame, da je bilo zanj potrebno kirurško zdravljenje in obsevanje.

III. SKUPINA

V tej skupini so bolniki, pri katerih je stoma razbremenilna (paliativna). Ti bolniki rabijo veliko časa, da se sprijaznijo s stomo in še vedno prisotno boleznijo. Kljub temu pa za tiste bolnike, ki jih stoma reši bolečine in inkontinence, predstavlja olajšanje.

IV. SKUPINA

Tu so bolniki, ki imajo stomo in prihajajo na terapijo zaradi raka. V to skupino so vključeni ljudje, ki že imajo stomo iz že drugih razlogov in se je sedaj razvil rak, nato bolniki iz prve skupine, pri katerih naj bi bil kirurški poseg kurativen, toda imajo recidiv; bolniki iz druge skupine, katerih kirurški poseg je paliativen in rabijo nadaljnje zdravljenje in bolniki, ki so terminalni.

PRIPRAVA BOLNIKA NA OPERACIJO

Psihična priprav je zelo pomembna, ker se bo glede na dobro pripravo bolnik tudi po operaciji lažje vključil v normalno življenje. Bolniku je potrebno razložiti razlog za operacijo. Pojasniti mu je treba, kaj je stoma, kakšna je in kako deluje.

Uvodni pogovor mora biti prepričljiv, vliti mu mora upanje in zaupanje, prilagojen bolnikovi starosti, inteligenci, stanu, aktivnosti in mora upoštevati njegova pričakovanja.

Ne smemo zanemariti vprašanja o spolnem življenju. Operativni poseg lahko pripelje do začasne ali trajne spolne nemoči, kar bi morali bolniku povedati še pred operacijo.

Na bolnikovo željo povabimo tudi svojce, ker ti velikokrat igrajo zelo pomembno vlogo v rehabilitaciji.

Če bolnik želi pogovor z osebo, ki že ima stomo, mu to omogočimo.

Že pred operacijo mora bolnik poznati vse pripomočke za svojo bodočo invalidnost.

Fizična priprava na operacijo zajema dobro fizično kondicijo, določitev lege stome in čiščenje črevesja. Da bi imel bolnik z nego po operaciji čim manj težav, je zelo pomembna pravilno izbrana lega stome že pred operacijo, ko imamo možnost preizkusiti izbrano lego v različnih položajih. Slabo izbrana lega in slabo oblikovana stoma lahko zasenčita uspeh še tako dobro opravljene operacije. Operacija bo za bolnika uspešna le takrat, če mu stoma ne bo delala težav pri negi. Dobro izčiščeno črevo pred operacijo je tudi pogoj za dobro pooperativno nego. Dva dni pred operacijo je bolnik na tekoči dieti in popije eno stekleničko Coloclens sirupa. Dan pred operacijo uživa bolnik še vedno tekočo hrano in popije Coloclens sirup zjutraj, enega opoldan, popoldan pa dobi po potrebi še čistilno klizmo. Piti mora čim več tekočine, lahko pa mu dodamo tudi tekočino v infuziji. Če je čiščenje pred operacijo oteženo zaradi stenoze, damo bolniku želodčno sondo za razbremenitev. Kadar zajema tumor skoraj cel lumen črevesja, gre lahko bolnik na operacijo tudi popolnoma nečiščen.

Označitev stome spada tudi v predoperativno pripravo. Za idealno lego stome upoštevamo:

- stoma naj leži v predelu mišice musculus rectus abdominis (gladek 10x10 cm predel trebuha);
- vstran od popka, rebrnega loka, medeničnih kosti, brazgotin, gub in nevusov;
- upoštevamo pas krila ali hlač;
- mesto stome naj bo bolniku dobro vidno;
- lego označujemo leže, sede, stoje;
- bolnik sodeluje, upoštevati je treba, ali je levičar ali desničar;

Stoma naj ima okrogloobliko. Kolostoma naj bi bila 2 do 3 mm nad kožo. Ileostoma naj bi prominirala 3 cm nad nivojem kože. Stoma dobi svojo dokončno obliko in velikost približno 3 mesece po operaciji.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S STOMO PO OPERACIJI

Pri bolniku s stomo moramo biti takoj po operaciji pozorni na operativno rano, stomo in bolnikovo psihično počutje.

Pri stomi opazujemo:

- lokacijo stome,
- kondicijo stome (barva, edem, nekroza),
- kondicijo peristomalne kože (absces, glivice)
- funkcijo stome.

Skrbimo tudi za ustrezno nego rane in drenov. Bolnika začnemo vključevati v nego stome sedmi dan po operaciji. PRVI DAN mu vse, kar delamo, razložimo, izrežemo vrečko, namestimo novo. DRUGI DAN si vrečko izreže bolnik sam. TRETJI DAN izreže sam in vidimo, če more tudi sam namestiti, prazniti in izprati vrečko.

ČETRTI DAN naj bi bil bolnik pripravljen samostojno negovati svojo stomo (to je deseti dan po operaciji).

Osem tednov po operaciji dobi stoma dokončno obliko.

OSNOVNA NEGA STOME

1. Čiščenje kože:

- voda in milo s PH + 5.0 (Mycose block tudi proti glivicam)
- zloženci za enkratno uporabo
- kopanje, tuširanje
- sušenje, brisanje, fen
- odstranjevanje dlak (britje, striženje)

2. Material za oskrbo stome:

- prosojna vrečka na izpust
- kožna podloga
- papirnato merilce
- škarje
- rokavice

NEGA ILEOSTOME

Bolnik z ileostomo ima tekočo ali kašasto stolico. Dnevna količina je 300 - 700 ml. Ileostoma začne delovati 2 do 3 dni po operaciji. Pri ileostomi uporabljamo vrečko na izpust, ki omogoča večkratno praznjenje brez odstranjevanja. Stolica je dokaj agre-

sivna in vsebuje številne fermente, ki v stiku s kožo povzročao vnetje. Zaradi tega mora biti okolna koža dobro zaščitena. Za zaščito uporabljamo podlogo in vrečko na izpust. Po operaciji preventivno varujemo kožo pred glivicami z antimikotičnimi posipi. Bolnik z ileostomo mora zaužiti zadostne količine tekočine, ker je brez debelega črevesa, ki vsrkava tekočino in elektrolite.

NEGA KOLOSTOME

Kolostoma je stoma na debelem črevesu. Možna je na več delih kolona, najpogosteje je sigmostoma. Blato iz sigmostome je podobno normalni stolici. Ker je formirano, ga je težko odstraniti iz vrečke na izpust, zato je bolj higienično, če uporabljamo v tem primeru zaprto vrečko. Takoj po operaciji je tudi blato po kolostomi tekoče, zato takrat uporabljamo vrečko na izpust, pozneje, ko se formira, pa zaprto. Problem pri kolostomiji je napihovanje zaradi plinov. Ena rešitev je vrečka s filtrom, druga pa, da napravimo odprtino, spustimo pline in jo zalepimo. Stolica pri kolostomi je enkrat do dvakrat dnevno.

KOMPLIKACIJE STOME razdelimo na zgodnje in pozne:

Zgodnje:

- parastomalni absces
- nekroza
- retrakcija
- krvavitev

Pozne:

- parastomalna kila
- prolaps
- polipi
- psevdopolipi
- recidiv
- krvavitev
- poškodbe
- ileus

NEGA PERINEALNE RANE

Perinealna rana nastane, kadar je z operativnim posegom odstranjen rektum in anus. Ta rana je lahko zašita in drenirana, lahko

tudi delno odprta. Na podlagi videza rane in posvetovanja s kirurgom, se odločimo, kako bomo to rano negovali. Pozorni moramo biti na vrsto izločka, barvo, količino ali oteklino. Perinealna rana se zelo dolgo celi, pri nekaterih več mesecev ali celo leto.

Lahko se odločimo za izpiranje rane s 3% Hidrogenom in fiziološko raztopino. Ker je rana globoka, si pomagamo z mehkim katetrom in brizgalko. Priporočljive so sedeče kopeli ali tuširanje. Pri veliki sekreciji lahko pride do draženja zato se poslužujemo mazil ali kožnih podlog, kot pri negi stome.

REHABILITACIJA STOMIRANIH BOLNIKOV

Bolnika moramo usposobiti do take stopnje, da se bo lahko sam negoval in živel svoje prejšnje življenje. To pa lahko dosežemo samo s pravilnim rehabilitacijskim pristopom.

Rehabilitacija se prične že pred operacijo in obsega: predoperativni pogovor, označitev stome, spoznavanje bolnikovih potreb, izbira pravega pripomočka za nego.

Takoj po operaciji ET obiskuje bolnika dnevno in mu po potrebi oskrbi stomo ter se z njim pogovarja o počutju in tudi sami operaciji, če ga to zanima.

Sam bolnik se začne aktivno vključevati pri negi svoje stome sedmi dan po operaciji. Postopno si, vsak dan več, oskrbi svojo stomo, tako da bi bil deseti dan že sposoben sam pripraviti podlogo, vrečko in jo sam zamenjati.

Na željo bolnika vključimo v rehabilitacijski proces tudi družino. Posebno pomembna je vloga družinskih članov pri negi stome pri bolnikih, ki se ne morejo sami negovati (slepi ali drugače invalidni). Bolniku pojasnimo in ga moramo prepričati, da je po operaciji, posledica katere je stoma, sposoben skoraj vseh aktivnosti. Ob uporabi primerne vrečke bo življenje veliko bolj sproščeno.

Ko je stomirani bolnik odpuščen iz bolnišnice, ga ne spremlja le diagnoza in brazgotina po operaciji, ampak tudi drugačnost, ki ga spominja na bolezen vsak dan. Če upoštevamo čustveno prizadetost in nenehne fizične potrebe, ki so povezane s stomo, ni dvoma, da ti bolniki zahtevajo specialne pogoje rehabilitacije.

Termin rehabilitacija pomeni, da se oseba lahko vrne k aktivnostim, ki jih je opravljal, preden je bila napravljena stoma. To pomeni osredotočenje na vse vidike bolnikovega življenja, njegovo delo, družino, spolnost, rekreacijo. Zelo pomembno je, da vemo, kako je bolnik živel pred operacijo, in da mu pomagamo vrniti se v prejšnji življenjski stil.

Po odpustu iz bolnišnice se naša skrb za stomiranega bolnika še ne konča. Če ni na kliniki organizirana ambulanta, kamor se lahko obrne v primeru potrebe, moramo obvestiti patronažno službo. Na Onkološkem inštitutu vedno bolnika odpremimo domov z zdravnikovo odpustnico in sestrskim obvestilom o zdravstveni negi za patronažno medicinsko sestro.

Nega fistul

Fistula (lat.: pipa ali flavta) je definirana kot komunikacija med dvema organoma in je imenovana po organu, iz katerega dreniranje izvira. V trebuhu abnormalne zveze nastanejo med dvema notranjima organoma, lahko pa je kot dreniranja iz notranjega organa navzven skozi kožo.

Fistula je lahko namenoma napravljena za specifične namene, kot npr. hranilna jejunostomija, ali je lahko nehotna, kot komplikacija bolezni, poškodbe, operacije, vnetja, ali je prirojen defekt. Med faktorji, ki sodelujejo pri razvoju fistule, so kirurške poškodbe, puščanje anastomoze, obstrukcija, tumorska invazija, absces, regionalni enteritis, ulcerozni kolitis, topa poškodba, komplikacije po obsevanju.

Nega (oskrba) fistul se razlikuje glede na lokacijo in izhod. Visoka fistula lahko izvira iz mehurja, trebuha, tankega črevesa ali cekuma in rezultat je obilno izločanje. Nizka fistula lahko nastane na kolonu ali rektumu in ima majhno izločanje.

Osnovne zahteve in potrebe pri negi bolnika s fistulo so:

- vzpostavljena drenaža in preprečevanje pogostega prevezovanja,
- merjenje izločene vsebine,
- preprečevanje kožnih razjed,
- zadrževanje smrada,
- vzdrževanje bolnika suhega.

Za izpolnitev vseh teh zahtev priporočamo Penrose dren iz fistule, kožno podlogo okoli fistule in stoma vrečko.

Nega fistule je odvisna od tipa fistule in od posameznega bolnika. Fistule iz tankega črevesa predstavljajo veliko problemov za bolnika in sestro.

Ena od primarnih funkcij tankega črevesa je izločanje encimov, ki so potrebni za prebavljanje prehrabnenih substanc. Zaradi močnih encimov so izločki zelo dražeči in je najbolj pomembno, da je izločanje usmerjeno v vrečko tako, da ne pride v stik z bolnikovo kožo. Kožo ob fistuli čistimo enako kot kožo okoli stom (topla voda in nevtralno milo, kožo je potrebno dobro osušiti). Če je koža malo poškodovana, jo lahko očistimo, osušimo, popudramo z antacidom ali antimikotikom, da pomiri ranjeno kožo, nato damo kožno podlogo z vrečko.

Če je izločanje iz fistule močno, lahko zdravnik vstavi gumijast (silikonski) kateter, po katerem tečejo izločki. Vsekakor pa je vstavljanje tega katetra indicirano, ko je fistula že nastala in se kateter postopoma vleče ven, ker kontinuiran srk lahko ovira spontano zapiranje trakta.

Fistula na širokem črevesu običajno ne predstavlja toliko problemov kot na ozkem črevesu, pankreasu ali želodcu. Izločanje je bolj formirano, količinsko manjše in je stoma vrečka dovolj, da zadrži izločke. Izločanje iz širokega črevesa je smrdljivo in je zato potrebno imeti vrečke s filtri, ki ne prepuščajo vonja, in deodorante, s katerimi omogočimo minimalno bolnikovo udobje.

Kadar namestimo stoma vrečko bolniku s fistulo ali drenažno rano, je pomembno, da izberemo prozorno vrečko, da lahko opazujemo vsebino. Boljše so vrečke na izpust, ker se lažje izpraznjujejo in čistijo. Vrečko se lahko pusti na mestu tako dolgo, kot je le mogoče, če le ni puščanja pod njo oz. pod podlogo.

Kontrola vonja je pomemben dejavnik pri vzdrževanju bolnikove osebne telesne integritete. Zaradi tega mora biti vrečka resistentna na smrad. Deodorani, ki jih damo v vrečko, pomagajo resorbirati neprijeten vonj.

Oskrba fistule in nego kože ob njej je bistveno pomembna za hitrejše in boljše okrevanje bolnika.

Pogosto bolniki s fistulami **ne uživajo hrane skozi usta**, ampak prejemajo visoko kalorične infuzije. Bolniki s fistulami so pogosto podhranjeni, izčrpani, nimajo elektrolitskega ravnovesja, zato je še toliko bolj potrebna dobra parenteralna prehrana, medtem ko gastrointestinalni trakt počiva. Pri bolnikih s fistulami je zelo pomembna bilanca sprejetih in izločenih tekočin.

Pogosto bolniki, pri katerih se je razvila fistula, niso dobro okrevali niti zaradi primarnega kirurškega posega. Lahko so šibki in utrujeni in nimajo dovolj čustvene in fizične energije, da bi se spopadli z dodatnimi komplikacijami, ki jih predstavlja fistula. Vznemirjenost in depresija sta pogosti pri bolniku in družini. Nekaj strahu lahko odstranimo, če se z bolnikom odkrito pogovorimo o njegovem dejanskem stanju in o našem prepričanju v uspeh zdravljenja. Če se bolniku vrne zaupanje, začne tudi sam sodelovati pri zdravljenju.

Zdravljenje in zapiranje fistule lahko traja tedne. V tem času pa izkušena in spretna medicinska sestra, ki ima čut za bolnika, nudi fizično in psihično udobje bolniku in vodi k bolj glatkemu in hitrejšemu okrevanju.

Oskrba fistule in nege kože ob njej je bistveno pomembna za hitrejše in boljše okrevanje bolnika

Literatura:

1. Bates M. *Fistulas and Fraying Wounds*, *The cancer Bulletin* vol. 33, No. 1, 1981, 19-21.
2. Breckman B., *The stoma care and the Patient*, *Nursing Mirror* 150, 4, 1980.
3. Broadvell D. C., Dobkin K. *Nursing Considerations for the Patient Undergoing colostomy Surgery*, *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 2, No. 4, 1986, 249-255.
4. Broadvell D.C., Dobkin K. *Ostomy Surgery: An Overview of Historical, Current and future perspective*, *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 2, No. 4, 1986, 227-234.
5. Hampton B., *Colostomy Care*, *The Cancer Bulletin* vol. 33, No. 1, 1981, 8-11.
6. Hernandez M., *Preoperative Considerations for the Ostomy Patient*, *The Cancer Bulletin* vol. 33, No. 1, 1981, 6-8.
7. Klemenc D., Zver L., Krist A., Smolič M., *Zdravstvena nega bolnika s stomo*, *Zdravstveni obzornik*, 1988, 22, 17-26.

8. Klemenc D., *Nega stome*, *Novis* 17, 6/7, 16-20, 1990
9. Košorok P., *Nega bolnika z ileo in kolostomo*, *Zdravstveni obzornik*, 1981, 15, 19-32.
10. Reardon M. *Care of the Patient with an Ileostomy*, *The cancer Bulletin*, vol. 33, No. 1, 1981, 12-14.
11. Rodriguez D.B. *Rehabilitation of the Ostomy Patient*, *the Cancer Bulletin*, vol. 33, No. 1, 1981, 22-24.
12. Zima M., *Stome*, (povzetek predavanj v KC, dec. 1992 in Rogaška Slatina, maj 1993).
13. *Zdravstvena nega bolnika s stomo*, (lastni zapiski iz tečaja za enterostomalne terapije v KC, feb. 1990).