

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Winter 2-2021

ROLI I INFERMIERISË NË TRETMANIN PALIATIV TË PACIENTËVE ME KANCERIN KOLOREKTAL

Miranda Avdyli

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Avdyli, Miranda, "ROLI I INFERMIERISË NË TRETMANIN PALIATIV TË PACIENTËVE ME KANCERIN KOLOREKTAL" (2021). *Theses and Dissertations*. 2226.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/2226>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

**ROLI I INFERMIERISË NË TRETMANIN PALIATIV TË
PACIENTËVE ME KANCERIN KOLOREKTAL**

Shkalla Bachelor

Miranda Avdyli

Shkurt, 2021/ Prishtinë



Kolegji UBT
Fakulteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2017 / 2018

Miranda Avdyli

**ROLI I INFERMIERISË NË TRETMANIN PALIATIV TË
PACIENTËVE ME KANCERIN KOLOREKTAL**

Mentori: Ilir Ahmetgjeka MD, Phd

Shkurt / 2021

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të
pjeshme për Shkallën Bachelor

ABSTRAKT

Studimi i kësaj teme është bërë për shkak të incidencës së lartë që ka kanceri i kolonit në popullatë. Në këtë temë janë marrë në studim një numër i konsiderueshëm pacientësh të prekur nga ky kancer. Në bazë të këtij studimi është arritur në përfundimin se grupmoshat më të prekura nga kanceri i kolonit janë kryesisht grupmoshat e treta. Diagnostifikimi i hershëm është mënyra më efikase për parandalimin e këtij kanceri. Ka shumë rëndësi vëzhgimi i pacientëve, këshillimi i tyre në lidhje me kujdesin në vazhdimësi.

Profesioni universal i infermierit , shumë i respektuar dhe i nderuar nga të gjithë, historikisht është parë si mëshirëshmi i vlerave humane në shërbim të individit dhe të kolektivit, si një mision i lartë për të ndihmuar ata që vuajnë nga sëmundjet. Personeli infermieror, në aktivitetin për të kryer kujdesin infermieror, aplikon tërë kapacitetin profesional e shpirtëror për parandalimin e kurimin e sëmundjeve, për tu shërbyer atyre që kanë nevojë për ndihmë jo vetëm mjekësore por edhe shpirtërore, psikologjike e morale. Sa më të përgatitur profesionalisht të jenë infermierët, aq më i kualifikuar e rezultativ është shërbimi dhe aq më të mëdha janë përfitimet mjekësore, shpirtërore e morale për të sëmurin.

Pacientëve u janë marrë të dhëna të rëndësishme dhe u është dhënë kujdesi infermieror i nevojshëm dhe në këtë mënyrë ne kemi arritur në disa përfundime të rëndësishme.

- 1- Kanceri i kolonit është sëmundje shumë e shpeshtë që është vërejtur më shumë tek femrat se tek meshkujt.
- 2- Gjatë kujdesit infermieror ka shumë rëndësi aplikimi i terapisë dhe kujdesi ndaj plagës dhe në veçanti ndaj kolostomisë kur ajo është prezente.
- 3- Diagnostikimi i hershëm është mënyra më efikase për parandalimin e kancerit të kolonit.
- 4- Është shumë e rëndësishme që të bëhet ndjekja në vazhdimësi e pacientëve dhe t'u jepen këshilla në lidhje me kujdesin në vazhdimësi.

Fajlet kyçe: Kanceri, koloni, metastaza, polipe, roli i infermierisë, etj.

MIRËNJOHJE/FALENDERIME

Falënderime në radhë të parë i dedikoj familjes sime, për mbështetjen dhe përkrahjen në çdo hap të shkollimit në realizimin përfundimtar të këtij punimi. Një falënderim i veçantë shkon për profesorin Ilir Ahmegjekaj, e çmoj shumë për durimin dhe përkushtimin që pati për diskutimet, këshillat dhe kritikën që më dha për ta përfunduar këtë punim diplome.

Nuk mund të anashkaloj pa i falënderuar të gjithë profesorët e Fakultetit të infermierisë, që punuan me ne gjatë këtyre tri viteve duke dhënë maksimumin e tyre që të ngrihem në nivelin akademik-shkencor.

Falënderoj gjithashtu edhe shoqërinë time që vijua studimet së bashku dhe bashkëpunimin e ndërsjellë në këto tri vite:

Falënderoj të gjithë ata që më ndihmuan në këtë punim në çfarëdo mënyre që të marrë formatin e duhur.

Sinqerisht: Miranda Avdyli

Shkurt, 2021

Prishtinë

PËRMBAJTJA

LISTA E FIGURAVE	VI
LISTA E TABELAVE.....	VII
FJALORI I TERMAVE	Error! Bookmark not defined.
HYRJE	1
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS.....	2
2.1. Tri mënyrat e përhapjes së kancerit të kolonit në organizëm.....	3
2.2 Kujdesi paliativ	4
2.3 Epidemiologjia.....	6
2.4 Etiologjia.....	6
2.6 Fizpatologjia.....	11
2.7. Klasifikimi i kancerit të kolonit sipas stadeve	12
2.8 Klinika.....	13
2.8.1 Komplikacionet.....	15
2.8.2 Diagnostikimi.....	16
2.8.3 Parandalimi i kancerit të kolonit	17
2.9.Kujdesi infermieror në kancerin e kolonit	19
2.9.1.Kujdesi infermieror në rast kolostomie si pasojë e kancerit të kolonit	20
2.9.2 Etapat e kujdesit infermieror.....	21
2.10 Trajtimi	26
2.11 Edukimi shëndetësor dhe kujdesi në shtëpi	29
3 DEKLARIMI I PROBLEMIT	30
4 METODOLGJIA.....	31
5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE	32
6 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	36
7. REFERENCAT.....	38

LISTA E FIGURAVE

Figura 1: Faktoret e rrezikut në Etiologji.....	6
Figura 2: Polipet në kolon.....	9
Figura 3 :Ca i kolonit	10
Figura 4 :Koliti ulceroz.....	10
Figura 5 :Transformimi polipeve ne Ca.....	11
Figura 6 :Stadet e Ca.....	12
Figura 7 :Muri i Tumorit.....	13
Figura 8 :Krijimi i kolostomise	20
Figura 9 : Vendet e lokalizimit te kolostomise	21
Figura 10; Anastomozat në kolon	26
Figura .1: Kolostomia	26
Figura 12; Gjinja e pacieteve me kancer kolorektal.....	32
Figura 13 ;Mosha e pacieteve me kancer kolorektal.....	33

LISTA E TABELAVE

Tabela 1: Moshë e pacienteve me kancer kolorektal	33
Tabela 2: Numri i pacienteve me llojin e kancerit kolorektal	34
Tabela 3: Numri i pacienteve të ndarë në qytetet e Kosovës me kancer kolorektal	35

FJALORI I TERMAVE

BMI	- Indeksi i masës trupore
TSGs	- Gjenet e supresionit tumoral
SCLC	- Kanceri me qeliza të vogla
NSCLC (jo-SCLC)	- Jo kanceri me qeliza të vogla
CT	- Tomografi e kompjuterizuar
SVC	- Sindroma vena kava superior
NCSLC	- Karcinoma e mushkërive me qeliza jo të vogla
PET	-Tomografia me përbërje pozitroni

HYRJE

Zorra e trashë është pjesa e fundit e tubit digjestiv e vendosur nga valvula ileocekalederi në anus. Përbehet nga këto pjesë: cekumi, kolonashedenti, koloni transversal, koloni deshedent, koloni sigmoid dhe rektumi.

Kanceri është një grup me më shumë se 200 sëmundje të ndryshme që prekin të gjitha indet dhe organet e organizmit. Ato ndikojnë në njësinë bazë të trupit, qelizës. Kanceri ndodh kur qelizat bëhen jo normale dhe ndahen pa kontroll. Shumëzimi neoplazik fillon në mënyrë spon-tane dhe nuk i shërben asnjë qëllimi. Si të gjitha organet e tjera të trupit, edhe koloni dhe rektumi janë të formuara nga shumë tipe qelizore. Normalisht, qelizat prodhohen me shumicë vetëm kur trupi ka nevojë për to.

Kanceri i kolonit mbetet shkaku kryesor i sëmundjeve dhe vdekshmërisë vecanërisht në botën perëndimore. Ndaj mjekët gjithmonë rekomandojnë ekzaminimin dhe parandalimin e kësaj sëmundjeje. Heqja e polipeve të kolonit ndihmon në parandalimin e kancerit të kolonit. Zbulimi i hershëm i kancerit të kolonit mund të përmirsojë shancet për një shërim dhe mbijetesë për presonin e prekur nga kjo sëmundje.

Për sëmundjet e avancuara trajtimi mbetet i pakënaqur, por mjekësia vazhdon të kryejë kërkime mbi këtë fushë dhe trajtimet e reja vazhdojnë të shfaqen.

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

Në aparatën tretës zorra me gjatësi 1.5-2 m e cila vjen pas zorrës së holle quhet kolon ose zorra e trashë, 15 cm e fundit të saj quhen rectum.

Tumoret e kolonit dhe rektumit janë në rritje dhe dalin nga muret e brendshme të kolonit. Tumoret beninje të zorrës së trashë janë quajtur polip, kurse tumoret malinje të zorrës së trashë janë quajtur tumor. Polipet beninje përhapen në pjesë të tjera të trupit, mund të hiqen lehtësisht gjatë kolonoskopisë dhe nuk janë të rrezikshëm për jetën. Nëse polipet beninje nuk hiqen nga zorra e madhe, ato mund të kthehen në malinje (kanceroze), me kalimin e kohës. Kanceri i kolonit dhe rektumit (referuar edhe si kancer kolorektal) mund të pushtojë dhe të dëmtojë indet dhe organet ngjitur. Qelizat e kancerit mund të shkëputen dhe të përhapen në pjesë të tjera të trupit (të tilla si: mëlqia dhe mushkëria). Përhapja e kancerit të kolonit të organet e largëta quhet 'metastazë' e kancerit të kolonit. (Karmer, 2020)

Shpeshtësia e kancerit kolorektal ndryshon në të gjithë botën. Është e zakonshme në botën perëndimore dhe është e rrallë në Azi dhe Afrikë. Në vendet ku njerëzit kanë adoptuar dietat perëndimore, incidenca e kancerit kolorektal është në rritje. (Mihajlloski, 2009)

Tumoret e kolonit në rektum ndërtojnë tipin e tretë të tumoreve në botë. Tumori i kolonit është më i përhapur se ai i rektumit, rreziku më i madh në popullatë ndërmjet kancerit të kolonit dhe kancerit rektal është 2:1, kurse në qytet ka rrisqe më të ulëta. Në Europë diagnostifikohen çdo vit rreth 250.000 raste që i korrespondojnë rreth 9% të të gjithë tumoreve. Kanceri kolorektal është tumor malinj që del nga muret e brendshme të zorrëve të mëdha. Kanceri kolorektal është shkaku i III kryesor i kancerit tek meshkujt dhe i IV tek femrat. Tumori i kolonit prezantohet më shpesh në mënyrë sporadike dhe vetëm në 15% të rasteve është e trashëgueshme. (Mihajlloski, *Kujdesi Palativ*, 2009)

Statistikat në Zvicër tregojnë se çdo vit sëmuren të paktën 4 000 njerëz nga kanceri i kolonit. Këta përbejnë 11% të të gjithë sëmundjeve kanceroze.

Dieta konsiderohet si faktori kryesor i identifikuar deri më sot në etiologjinë e tumorit dhe të kolonit rektal. Një grup ekspertësh ka kryer një shqyrtim sistematik prej 752 shqyrtimeve ku arritën në përfundime të rëndësishme. Dëshmitë tregojnë se konsumimi i mishit, abuzimi me alkoolin, mbipesha dhe shumë faktorë të tjerë që favorizojnë obezitetin tek të rriturit, të gjitha këto pasoja janë shkak të kancerit të kolonit rektal. (*Bonadonna, 2007*)

2.1. Tri mënyrat e përhapjes së kancerit të kolonit në organizëm

- Nëpërmjet indit;
- Nëpërmjet sistemit limfatik;
- Nëpërmjet gjakut;

Kur qelizat e kancerit largohen nga një tumor primar (origjinal) dhe udhëtojnë përmes limfës së gjakut në vendet tjera të trupit, formojnë një tumor tjetër (të mesëm), ky proces quhet metastazë. Tumori i mesëm është një lloj si kanceri primar.

Janë zbuluar gjithashtu edhe dy faktorë të rëndësishëm që mund të jenë shkak i tumoreve.

- a. Sëmundja Crohn;
- b. Koliti ulceroz;

Faktorë të tjerë janë dy sëmundje gjenetike:

- a. Sindromi Lynch që prek zonën rektale;
- b. Polipozise dematoz familjar (*Bonadonna, 2007*);

2.2 Kujdesi paliativ

Është tepër i rëndësishëm kujdesi për pacientët, të cilët ndodhen në një fazë të avancuar të sëmundjes dhe nuk pritet që të kenë shërim. Kjo përfshin kujdesin ndaj vetë pacientit si dhe ndaj familjes së tij, me qëllim për të kapërcyer të gjitha problemet psikologjike, sociale dhe emocionale me të cilat përballen. Qëllimi i kujdesit paliativ, është që të përmirësojë cilësinë e jetës, për të lehtësuar simptomat dhe efektet anësore të trajtimit.

Kujdesi paliativ ka katër qëllime kryesore:

- Ta zvogëlojë dhimbjen e shkaktuar nga kanceri dhe t'i reduktojë pasojat.
- Ta përmirësojë cilësinë e jetës së pacientit dhe të familjarëve të tyre.
- Të aplikojë kujdes cilësor me menaxhime racionale.

* Të ofrojë mbështetje psikologjike dhe emocionale. (*Mihajlloski, 2009*)

Përse është e rëndësishme përfshirja e e familjes së pacientit në kujdesin paliativ?

Faza e fundit e sëmundjes pranohet nga pacienti dhe nga familja e tij si periudha e lamtumirës. Krahas sigurimit të mjedisit për pacientin, gjatë kësaj periudhe duhet të sigurohen kushte për ruajtjen e rutinës së përditshme të jetës së familjes. Kur familja do të sigurohet se pacienti ka kujdes të sigurt, ata do të mund të shkojnë në punë dhe të kujdesen për anëtarët tjerë të familjes, prandaj, kujdesi në këtë periudhë është i rëndësishëm jo vetëm për pacientin, por edhe për gjithë familjen. (*Mihajlloski, 2009*)

Familja duhet të përfshihet në të gjitha diskutimet, dhe duhet patjetër të jetë e informuar, në mënyrë që të mund t'i përmbushë të të gjitha nevojat e pacientit. Mjeku, pacienti dhe familja e pacientit, punojnë së bashku, si një ekip, për zgjidhjen e konflikteve.

Kujdesi paliativ ka një rëndësi të veçantë për pacientin gjatë përballjes dhe pranimin të gjendjes reale, ndihmon për të bërë të mundur komunikimin ndërmjet pacientit, familjes, mjekëve dhe personelit tjetër mjekësor. (*Mihajlloski, 2009*)

Kujdesi Paliativ mund të konsiderohet aktualisht si një nga format më të vjetra të kujdesit mjekësor. Për shekuj të tërë, deri në zbulimin e antibiotikëve, mjekësia synonte zbutjen e vuajtjeve dhe dhimbjeve me mjete empirike. Që nga shekulli XX-të, mjekësia është dominuar nga sukseksi farmakologjik dhe teknologjik, duke u përqëndruar vetëm në procedurat kurative dhe mjekësore strikte. Çmimi për të gjitha arritjet ishte, për fat të keq, mbi realitetin e sëmundjeve ende të pashërueshme madje duke neglizhuar nevojat komplekse të pacientëve të pashërueshem dhe që janë drejt vdekjes. Si përgjigje, vitet e 60-ta shënuan lindjen e “kujdesit paliativ” dhe njohjen graduale, zyrtare të saj në mbarë botën si një disiplinë e re mjekësore. Kujdesi paliativ thekson aspektet psiko-emocionale, shpirtërore dhe sociale të njeriut, po aq të rëndësishme sa ato fizike, duke ofruar një model të trajtimit tërësor. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, “Kujdesi Paliativ është kujdes aktiv dhe total i pacientëve, sëmundja e të cilëve nuk i përgjigjet më trajtimit kurativ”. Kontrolli i dhimbjes, i simptomave të tjera dhe problemeve psikologjike, sociale dhe shpirtërore, janë me rëndësi të dorës së parë. Qëllimi i kujdesit paliativ është arritja e cilësisë më të mirë të jetës për pacientët dhe familjet e tyre. (Spahia, 2011)

Kujdesi paliativ lehtëson dhimbjen dhe përmirëson cilësinë e jetës duke lehtësuar edhe vdekjen. Dhimbja është një nga simptomat më të shpeshta. Vuajtja ekzistenciale social-ekonomike dhe shpirtërore e njeriut që po vdes dhe të sëmurit terminal me familjet e tyre mund të reduktohen nga kujdesi paliativ. Ekziston një metodë shkencërisht e vlefshme (Paliacioni) dhe e thjeshtë që kushton pak dhe që mbahet në nivel komuniteti në mënyrë që gjithçka të mbulohet. Kujdesi paliativ është një e drejtë njerëzore. Duke mos i ofruar kujdesin paliativ atyre që kanë nevojë për të nuk do të ishte etike, kur ekzistojnë metodaefektive të përballueshme. (Spahia, 2011)

2.3 Epidemiologjia

Kanceri i kolonit dhe rektumit është shkaku i tretë kryesor i kancerit tek meshkujt dhe shkaku i katërt kryesor i kancereve tek femrat. Frekuenca e kancerit kolorektal është i ndryshëm nëpër botë. Ai është i zakonshëm në vendet perëndimore dhe është i rrallë në Azi dhe Afrikë. Në shtetet ku njerëzit kanë adaptuar dietën e vendeve perëndimore, incidenca e kancerit kolorektal është rritur. Ai është i barabartë në të dy gjinitë si tek meshkujt dhe tek femrat, deri në 148,810 raste diagnostifikohen në 2008, dhe nga një vlerësim 49,960 njerëz do të vdesin nga kjo sëmundje. (Kocillari, 2015)

Ai është gjithashtu një ndër kanceret më të shpeshta, si kancer parandalues sepse ata mund të zhvillohen nga polipet që mund të hiqen përpara se ato të bëhen kanceroze. Kanceri i kolonit është 90% i mjekueshëm kur zbulohet herët. (Kocillari, 2015)

2.4 Etiologjia

Shkaqet e sakta të kancerit kolorektal janë të panjohura por, mund të përmendim faktorët e rrishtit që përfshijnë:



Figura 1: Faktoret e rrishtit në Etiologji

Çdo gjë që rrit mundësinë e një sëmundje quhet faktor rrishtu. Por duke pasur një faktor rrishtu, nuk do të thotë se patjetër individi do të sëmuret më kancer. Njerëzit të cilët mendojnë se mund të jenë në rrezik duhet ta diskutojnë këtë me mjekun e tyre (*Cittadini, 2008*).

Faktorët e rrishtut përfshijnë:

- Mosha mbi 50 vjeç;
- Herediteti (kanceri i kolonit, polipoza);
- Një histori personale për tumoret;
- Duhani;
- Dieta (përdorimi i tepruar i mishit shtazor);
- Konsumimi i alkoolit;
- Mbipesha;
- Mungesa e lëvizjes (*Cittadini, 2008*);

2.5 Faktorët gjenetik

Një person me sfond gjenetik është një faktor i rëndësishëm, faktor rrishtu në kancerin e kolonit. Përafërsisht 20 % e kancereve janë të lidhur me një histori familjare të kancerit të kolonit.

Dhe 5% e kancereve të kolonit janë për shkak të trashëgimit të sindromës së kancerit të kolonit. Sindromi i kancerit të kolonit i trashëguar është çrregullim ku pjesëtarët e afërt familjarë kanë trashëguar defektin gjenetik shkaktar të kancerit nga një ose të dy prindërit. Dihet se kromozomet përmbajnë informacion gjenetik dhe trashëgimi i kromozomeve defekte shkakton defekt gjenetik që çon në formimin e polipeve të kolonit dhe më vonë të kancerit të kolonit. (Kocillari, 2013)

Është i mundur të trashëgohet rreziku për t'u sëmurë nga tumori kolorektal në qoftë se, tek familjarët e vet janë manifestuar disa sëmundje që predispozojnë në formimin e tumoreve intestinal, ku ndër të cilat përmendim:

➤ **A. Polipoza adenomatoze familjare ose FAP** (familial adenomatous polyposis).

Është një sindrom i kancerit të kolonit të trashëguar ku pjesëtarët e afërt familjarë zhvillojnë një pafundësi polipe të kolonit (100.000 – 1.000.000) duke filluar të zhvillohen që në moshë të vogël dhe pas disa vjetësh, zakonisht rreth moshës 10-20 vjeç që po të mos zbulohet herët dhe të trajtohet (hiqen polipet e kolonit) herët, një person i prekur nga sindromi i polipit familjar është pothuajse i sigurt të zhvillojë kancer të kolonit nga këto polipe. Kanceret zakonisht zhvillohen në moshën 40 vjeç. Këta pacientë janë gjithashtu në rrezik të shfaqjes së një kanceri tjetër në gjendrën tiroide, stomak etj. (*Bonadonna, 2007*)

➤ **B. Polipoza adenomatoze familjare e lehtë ose AFAP**(attenuated familial adenomatous polyposis).

Është një version i lehtë i FAP. Pjesëtarët e prekur zhvillojnë më pak se sa 100 polipe të kolonit. Megjithatë, ata janë ende në rrezik shumë të lartë të shfaqjes së kancerit të kolonit në moshat e reja. Ata janë gjithashtu në rrishtun e të paturit polipe në stomak dhe në duoden.

➤ **C. Karcinoma e trashëgueshme e kolonit me bazë jopolipoze HNPCC**(hereditary nonpolyposis colon cancer).

Është një sindrom i trashëguar i kancerit të kolonit ku pjesëtarët e afërt të familjes mund të zhvillojnë polipe dhe kancere të kolonit, zakonisht në kolonin e drejtë rreth moshës 30-40 vjeçare. Disa pacientë me HNPCC gjithashtu janë në rrezik të shfaqjes së kancerit të mitrës, kancerit të stomakut, ovareve, ureterëve dhe traktit biliar. (*Karmer, 2020*)

➤ **D. MYH polyposis syndrome**

Është një syndromë i trashëguar i kancerit të kolonit i zbuluar kohët e fundit. Në mënyrë tipike pjesëtarët e afërt zhvillojnë 10-100 polipe që ndodhen përreth moshës 40 vjeçare, dhe janë në rrezik të lartë të shfaqjes së kancerit të kolonit .

Sëmundjet e zorrës

➤ A . Polipe në kolon.



Figura 2 : Polipet në kolon

Në polipet sporadike dhe kanceret (polipet me kanceret që zhvillohen në mungesë të historisë familjare), kromozomet dëmtuese mund të gjenden vetëm në polipe dhe në kancere që zhvillohen nga kjo qelizë. Polipet e kolonit zhvillohen kur dëmtimet e kromozomeve përsëriten në qelizat e shtresës së brëndeshme të kolonit. Normalisht, kromozomet e shëndetshme kontrollojnë rritjen e qelizave në një mënyrë të rregullt. Kur kromozomet dëmtohen, rritja e qelizës bëhet e pakontrollueshme dhe rezulton në masë të indit (polipet). Polipet e kolonit janë fillimisht beninje. Pas disa viteve polipet e kolonit mund të dëmtojnë kromozomet dhe të bëhen kancerogene.

➤ **B. Ca te kolonit, rektumit.**

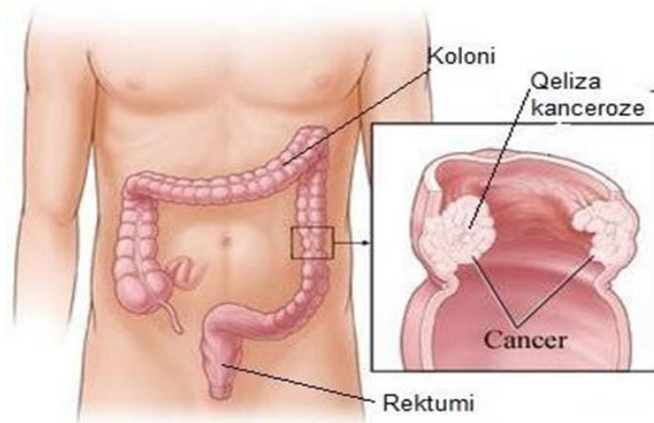


Figura 3; Ca i kolonit

➤ **C. Kolit ulceroz ose Morbus Crohn.**

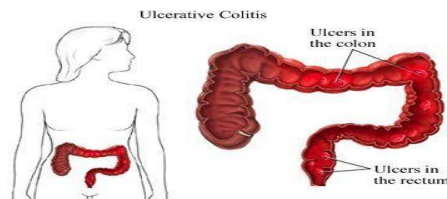


Figura 4 Koliti ulceroz

Kanceri i kolonit është një komplikacion i njohur i kolitit kronik ulcerativ. (Brunton, 2006) Koliti kronik ulceroz shkakton inflamacion të shtresës së brendshme të kolonit dhe rreziku për kancer benignje është rritur pas 8-10 vite të kolitit. Rreziku për shfaqjen e kancerit tek një pacient me kolit ulceroz gjithashtu është i lidhur te pozicionimi dhe te shtrirja e sëmundjes së tij apo saj. Vlerësimet e fundit të grumbulluara në lidhje me incidencën e kancerit të kolonit së bashku me kolitin ulcerative janë 2.5% në 10 vite, 7.6% në 30 vite, dhe 10.8% në 50 vite. (Brunton, 2006).

2.6 Fizpatologjia

Fillimisht, qelizat shfaqen në rritje si tumore beninje (jokanceroze) që quhen polipe që me kalimin e kohës mund të kthehen në tumore malinje (kanceroze). Nëse nuk trajtohet ose hiqet, një polip mund të bëhet potencialisht kërcënues për jetën, pasi kanceri kolorektal mund të përhapet dhe dëmtojë (metastazojë) indet e afërta dhe organet.

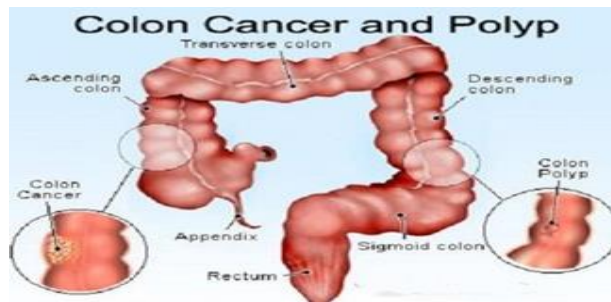


Figura 5; Transformimi polipeve ne Ca

Ai është gjithashtu një ndër më të shpeshtit si kancere parandaluese sepse ata mund të zhvillohen nga polipet që mund të hiqen përpara se ata të bëhen kanceroze.

Kanceri i kolonit është 90% i mjekueshëm kur zbulohet herët. Karcinomat e zorrës së trashë prekin gati njësoj gratë dhe burrat. Adenokarcinoma është tipi më i zakonshëm i kancerit të zorrës së trashë. Shkalla e diferencimit ndryshon mjaft, por nuk lidhet me shkallën e invadimit ose me shpejtësinë e rritjes. Shkalla e përhapjes së tumorit në kohën e operimit është shumë e rëndësishme për mjekun, sepse kjo lidhet ngushtë me prognozën. Ata të sëmurë që e kanë tumorin të kufizuar në murin e zorrës, kanë mundësi të shkëlqyer kurimi pas rezeksionit kirurgjik, siç del nga mbijetesa për 5 vjet në më shumë se 95 % të rasteve. Tek të sëmurët me shtrirje të tumorit në serozë dhe në dhjamin mezenterik, jetesa për 5 vjet mbas rezeksionit është 80 %. Në rast metastazash në limfonodula jetesa për 5 vjet ulët në 40 %, ndërsa prania e metastazave të largëta në melçi, në mushkëri, në kocka ose tru e ul jetesën 5-vjeç. (Jermann, 2020)

2.7. Klasifikimi i kancerit të kolonit sipas stadeve

Kanceri i kolonit zhvillohet nga stadi 0 në stadin IV, gjatë kësaj periudhe qelizat tumorale rriten duke përfshirë shtresat e ndryshme të murit intestinal dhe shpërndahen në limfonodulat dhe në organet e tjera.

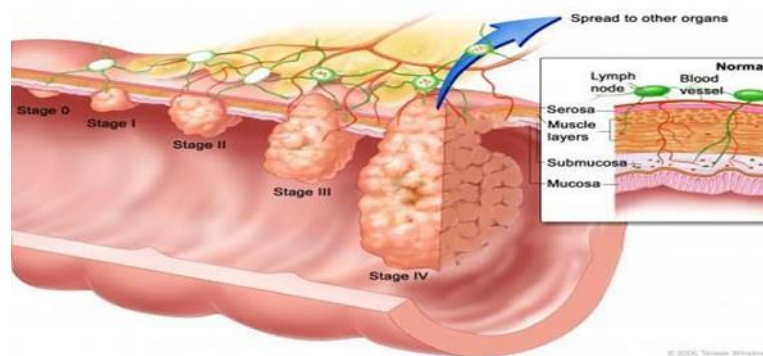
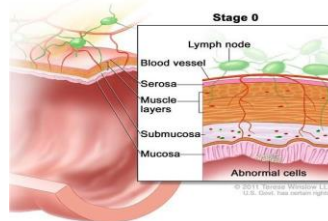
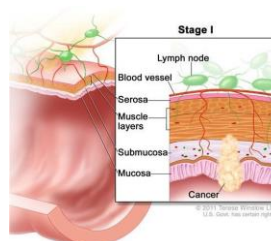


Figura 6; Stadet e Ca



Stadi 0 (carcinoma in situ)

Në stadin 0 sëmundja është në fazën fillestare, qelizat neoplazike janë prezente vetëm në mukozën më të brëndëshme të kolonit. Stadi 0 përkufizohet edhe si carcinoma in situ.



Stadi I

Në stadin I tumori është shtrirë nga shtresa më e brëndshme e murit të kolonit deri në shtresat e tjera të ndërmjetme.

Stadi II

Stadi i II zakonisht ndahet në stadin e II- A dhe stadin e II- B.

- Stadi II- A: Tumori është i shtrirë në shtresat e ndërmjetme të kolonit ose ka invaduar në indet pranë kolonit ose rektumit.
- Stadi II- B: Tumori është përhapur përtej murit të kolonit dhe ka prekur organet pranë dhe/ose peritoneumin.

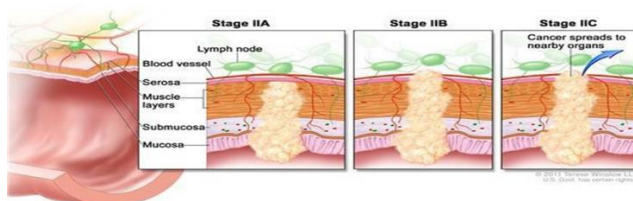


Figura 7 : Muri i Tumorit

2.8 Klinika

Kanceri i kolonit mund të shfaqet disa vite përpara shfaqjes së simptomave. Pacientët fillimisht mund të mos kenë eksperiencë të shenjave dhe simptomave, ose mund të jenë të papërcaktuara dhe mund të kenë probleme jospesifike si, lodhje, dobësi, anoreksi dhe humbje në peshë të pashpjegueshme. Shënja e parë shqetësuese është gjaku në fece.

Shënjat dhe simptomat ndryshojnë nga vendosja anatomike e tumorit.

➤ **Tumoret e kolonit ascendent dhe ata në cekum shkaktojnë :**

- a. Dhimbje abdominale;
- b. Anemi ferriprive për shkak të humbjes së ngadaltë të gjakut për një periudhë kohore të gjatë. Vetë anemia ferriprive shkakton lodhje, dobësi, humbje në peshë, frymëmarje të shkurtra etj. (James, 2020);
- c. Gjak okult në fece;

d. Një masë në kuadratin e poshtëm të majtë;

Këto tumore ngjajnë me lulëlakrën dhe përfundimisht bëhen nekrotik dhe ulcerohen. Fecet janë relativisht të lëngëta në këtë pikë të kolonit, kështu këto tumore mund të bëhen fare lehtë të mëdhenj pa shkaqe në ndryshimin e defekimit, sepse tumori tipik është mirë i diferencuar, prognoza e këtyre pacientëve është më e mirë se sa tek pacientët me tumor të colon descendent. (Cittadini, 2008)

➤ **Tumoret e kolonit transvers dhe ato në fleksurën e majtë, shkaktojnë :**

- a. Gjak okult në fece;
- b. Konstipacion;
- c. Peristaltikë të ulur të zorrëve;
- d. Fryrje të barkut;
- e. Krampe;
- f. Dhimbje barku;

➤ **Tumoret e colon descendent, shkaktojnë:**

- a. Rrjedhje gjaku të çelët;
- b. Tenezma;
- c. Dhimbje kolike abdominale;
- d. Alternime, kapsllëk dhe diare;
- e. Nauze dhe të vjella;

Këto tumore janë ulcerative dhe depërtojnë në zorrë.

➤ **Tumoret në colonin sigmoid dhe rectum shkaktojnë :**

- a. Dhimbje në sacrum ose në rectum;
- b. Ndjenjën e mbushjes në rectum;
- c. Gjak i kuq i shëndritshëm mund të tregojë gjithashtu një zhvillim afër fundit të kolonit të majtë ose rectum;
- d. Gjithashtu mund të ndodhë edhe anemia;
- e. Obstruksion parcial ose te plotë të zorrës. Kanceret që shkaktojnë obstruksion-parcial mund të shkaktojnë këto simptoma si: konstipacion, diare, dhimbje dhe
- f. fryrje të barkut, tenezma. (*Kocillari, 2015*);

2.8.1 Komplikacionet

Meqenëse është karakteristikë për tumoret të invadojnë, shumë tumore të kolonit diagnostikohen, së pari nga një ndërlikim i dëmtimit fillestar. Tumori mund të shpojë murin e zorrës duke dhënë peritonit akut, mund të shpojë më ngadalë dhe mund ta izolojë murin duke dhënë një masë inflamatore lokale edhe peritonit të lokalizuar, ose mund të invadojë enët e gjakut dhe të shkaktojë një episode hemorragji rektale të mprehtë.

Më shpesh tumori bllokun pjesërisht lumenin e zorrës për një periudhë të gjatë kohe, gjatë së cilës zorra e trashë në pjesën proksimale të tumorit zgjerohet ngadalë pa dhënë ndryshime dramatike të simptomave derisa të vërehet bllokimi i qartë. (Brunton, 2006)

Kjo ndodh më shpesh kur tumori është në sigmë, ku fecet janë më të thata. Tumoret gjithashtu dobësojnë murin e kolonit në mënyrë të tillë sa mund të vërehet invaginim dhe tumori vetë çon në invaginim.

Po kështu fiksimi i murit të zorrës nga një tumor mund të japë një volvulus, i cili shihet me shpesh në pjesën sigmoide. Tumoret shumë të mëdha dhe tumoret që rriten shumë ngadalë mund të japin simptoma me shtypje me organet fqinje si në uterus, në ureter ose në fshikëzën urinare. (*Spahia, 2008*)

Hernia inguinale mund të shfaqet si shënjë e parë e këtij presioni të shtuar. Fistulat midis zorrës së trashë dhe organeve pelvike duhet të çojnë në kerkim të gjithanshëm për një infiltrim të fshehtë neoplazik.

Nganjëherë janë parë abcese brenda kavitetit peritoneal dhe celulit të murit të barkut nga infiltrimi i tumorit.

2.8.2 Diagnostikimi

Bëhet në sajë të :

- Ekzaminimi subjektiv;
 - Ekzaminimi objektiv;
 - Ekzaminimeve të tjera shtesë;
- **1. Ekzaminimi subjektiv**– kërkohet në lidhje me faktorët riskues.
- **2. Ekzaminimi objektiv**– fillon me ankesat e pacientit që i përmendëm më sipër. Ndërsa gjatë një ekzaminimi të abdomenit, shikohen konturet e barkut, vërehet për ndonjë fryrje, distension ose asimetri. Pra, palpimi i abdomenit bëhet në kerkim të masave të mundshme në nivelin intersticial, të mëlcisë dhe të limfonodujve. Auskultohen të katër kuadrantet e barkut për të dëgjuar zhurmat e zorrëve dhe shënohen frekuencat e tyre dhe karakteristikat. Perkusohet abdomen në të gjitha kuadratet, për të vërejtur ndonjë tingull të dobët ose të fortë që mund të ndikojë praninë e një mase në një zone të gjerë. (*Cittadini, 2008*)

Palpohet abdomen për të vërejtur, për ndonjë masë, për butësinë ose fortësinë.

Kryhet ekzaminimi me gisht i rektumit, ku vlerësohet për tonalitetin e sfinkterave, për butësi, për irritabilitet ose për noduj, pasi rreth 70 % e tumoreve të rektumit preken me gisht.

➤ 3. Ekzaminimet

Procedura depistuese më efektive dhe ekonomike për kancerin kolorektal është testi i feceve përgjatë okulit. Përveç këtyre ekzistojnë pastaj ndërhyrje instrumentare të ndryshme që lejojnë diagnostikimin e tumorit dhe përcaktimin e stadi në vazhdim ose vlerësimin e rëndesës.

Ekzaminimi më specifik është kolonoskopia dhe biopsia. (*Cittadini, 2008*)

Si alternative kurlezioni ka arritur një madhësi prej më shumë se 1cm mund të përdoren metoda të tjera si: klizmaopake me dopjokontrast dhe ekografia transrektale që është e dobishme për të përcaktuar në fazën preoperatorë, gradën e infiltrimit të tumorit në parietet e intestinit. Ekografia jep edhe ndikime mbi gjendjen e limfonodujve më të afërta. Për më tepër mund të mbështetet edhe nga skaneri CT abdomen në mënyrë që të vlerësohen raportet me organet përreth, gjendjen e limfonodujve dhe metastazat e mundshme prezente në abdomen.

Për të identifikuar ekzistencën e metastazave në distance mund të bëhet një radiografi toraksi , një ekografi hepatike, një shintigrafi kockore dhe biopsia e lezioneve të mundshme. Nganjëherë për këtë qëllim përdoret dhe rezonancë amagnetikeose PET (tomografia me përbërje pozitroni).

2.8.3 Parandalimi i kancerit të kolonit

Fatkeqësisht kanceri i kolonit mund të jetë plotësisht i përhapur përpara se ai të jetë zbuluar. Shërbimi më i mirë për parandalimin e kancerit të kolonit është zbulimi herët dhe heqja e polipeve prekanceroze përpara se ata të kthehen në kanceroze. Madje në rastet ku kanceri është

i zhvilluar, zbulimi herët përmirëson ose rrit mundësinë e kurimit me heqje kirurgjikale përpara se semundja të përhapet në organet e tjera të trupit.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) sugjeron një egzaminim gjeneral. (*Kocillari, 2013*)

❖ **Ekzaminimi rectal me gisht dhe testi për gjakokul.**

Ekzaminimi rektal me gisht është i rekomanduar për të gjithë personat mbi moshën 40 vjeçare dhe të kryhet çdo vit së bashku me testin për gjakun okul.

Një person që testi për gjakun okul në fece është pozitiv ka 30%-45% shanse që të ketë polipe në kolon dhe 3%-5% shanse për të patur kancer të kolonit. Kanceri i kolonit i gjetur në këto rrethana ka prirje të zhvillohet herët dhe këta pacientë kanë një prognozë afatgjatë të mirë. (*Spahia, 2008*)

❖ **Sigmoidoscopia elastike dhe kolonoscopia**

Fillohet që në moshën 50 vjeçare. Egzaminimi me sigmoidoskop elastik është i këshillueshëm që pas kësaj moshe të bëhet çdo tre deri në pesë vjet.

Sipas studimeve të kohëve të fundit kanë treguar që përdorimi i sigmoidoskopisë elastike mund të reduktojë vdekshmërinë nga kanceri i kolonit. Gjithashtu kjo procedurë zbulon polipet ose kancerin në personat asimptomatik. Në qoftëse një polip ose kancer është gjetur, një kolonoskopi e plotë është e këshillueshme. Shumica e polipeve të kolonit mund të hiqen krejtësisht nga kolonoskopia pa heqje kirurgjikale. Kohët e fundit doktorët këshillojnë egzaminimin me kolonoskopi në vend të egzaminimit sigmoidoskopisë elastike për individët e shëndetshëm fillohet në moshën 50-55 vjeçare. Pacientët me rrezik të lartë të shfaqjes së kancerit kolorektal, mund të fillojnë më herët se mosha 50 vjeç në përdorimin e kolonoskopisë. Psh, pacientët me histori familjare të kancerit të kolonit këshillohet që të fillojnë egzaminimin me kolonoskopi në një

moshë 10 vjeçare përpara diagnostikimit të kancerit të kolonit tek një i afërm brenda familjes, ose 5 vjet më herët se zbulimi i polipeve prekanceroze të kolonit tek një i afërm brenda familjes. (Mihajlloski, 2009)

Pacientët që kanë të trashëguar sindromin e kancerit të kolonit të trashëguars FAP, AFAP, HNPCC, dhe MYH këshillohet të fillojnë kolonoskopinë më herët. Këshillimi i ndryshëm varet nga defekti gjenetik, për shembull në FAP; kolonoskopia mund të fillojë gjatë moshë së adoleshencës për kerkimin e zhvillimit të polipeve të kolonit. Pacientët me histori të mëparshme të polipeve ose të kancerit të kolonit gjithashtu kolonoskopia mund të përdoret për të përjashtuar përsëritjen. Pacientët me një histori të gjatë (më shumë se 10 vjet) të kolitit kronik ulceroz kanë një përfshirje në rrezik për kancerin e kolonit, dhe duhet të bëjnë kolonoskopinë rregullisht për të parë rastet prekanceroze të shtresës së brendshme të kolonit

2.9 Kujdesi infermieror në kancerin e kolonit

Historiku i shëndetit

Infermierja interviston pacientin dhe pyet për përshkrimin e simptomave që kërkojnë kujdes infermieror. Nëse pacienti ka dhimbje abdominale, pyetet për karakteristikat e saj (tipin, kohëzgjatjen), shkallën e dhimbjes dhe nëse ajo është e lidhur me marrjen e ushqimit ose aktivitetet. Pyetet pacienti nëse ka ndryshim në zakonet personale nëse ka, ku është ndryshimi ekzaktësisht, a ka vërejtur prani të gjakut ose mukusit në fece? Pyetet nëse ka humbje në peshë dhe nëse po, sa shumë ka rënë në peshë dhe për sa kohë ka ndodhur kjo rënie Pyetet pacienti për ushqimin që konsumon çdo ditë (sasinë dhe përbërjen e ushqimeve). Pyetet pacienti nëse ka pasur lodhje të tepërta kohët e fundit, a ka dremitje gjatë ditës dhe a është i aftë të flejë mirë gjatë natës. (Bonadonna, 2007)

Pacienti pyetet edhe për sëmundje të kolonit si: koliti ulceroz, Morbus Crohn.

Nga të dhënat e marra infermierja nxjerr një histori të pacientit rreth stilit të tij të jetës:

- Pi duhan, konsumon alkool;
- Kryen ushtrime;

- Preferencën e tij ushqimore. Janë frutat dhe perimet pjesë e dietës së tij të përditshme, sa shpesh e konsumon mishin me yndyrë, produktet e bylmetit (gjalpë, djathë, akullore) dhe “ushqimet e gatshme” (patate chips, cokollata).
- Përballimin e situatatave stresante;
- Pyetet pacienti nëse dikush nga familja ka vuajtur nga sëmundje kanceroze kryesisht nga kancer i kolonit;

Ekzaminimi fizik

Gjatë ekzaminimit fizik infermierja:

- Shikon konturet e barkut, vëren për ndonjë fryrje ose asimetri;
- Palpon abdomenin për zona të tendosura, për ndonjë masë, për butësinë ose fortësinë; Perkuson abdomenin në të gjitha kuadratet për të vërejtur ndonjë tingull të dobët ose të fortë që mund të indikojë praninë e një mase në një zonë të gjerë;
- Auskulton për zhurma në zorrë dhe shënon frekuencën dhe karakteristikat e tyre. Ekzaminon fecet për paraqitjen dhe prezencën e gjakut në fece;

2. Kujdesi infermieror në rast kolostomie si pasojë e kancerit të kolonit

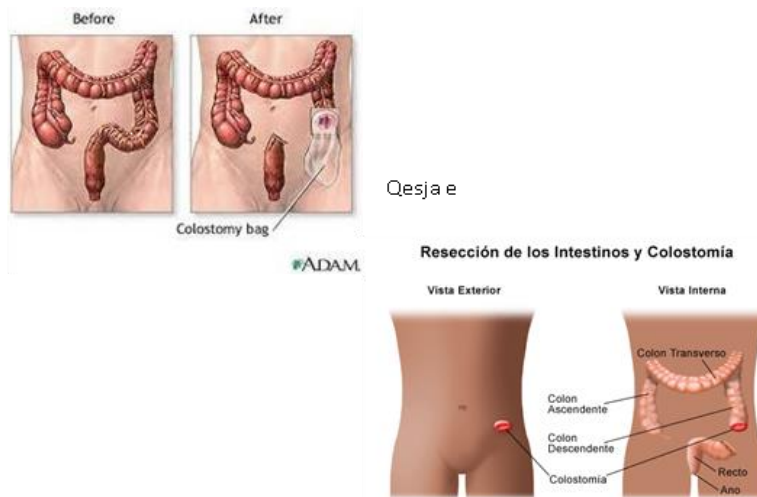


Figura 8; Krijimi i kolostomise

Kolostomia është një hapje e zorrës së trashë jashtë barkut në formën e një stome. Ajo bëhet në raste me kancer, rocese inflamatore ulceroze, polipoze multiple dhe ne raste traumash te zorrës së trashë. Në këtë operim, pasi është hequr segmenti i dëmtuar i zorrës së trashë, dy anët e segmenteve të mbetura nuk bashkohen sepse në këto raste për shkak të gjendjes së rëndë të pacientit mundësia që qepja të mos mbajë dhe penjët të lëshojnë është e madhe.

Kolostomia krijohet ne pjesen ngjitese(ascendente), transversal, zbritese ose sigmoidale të kolonit dhe mund të jetë e përhershme ose e përkohshme.

Vendi i lokalizimit të saj korrespondon dhe në lokalizimin e patologjisë për të cilën ajo bëhet.

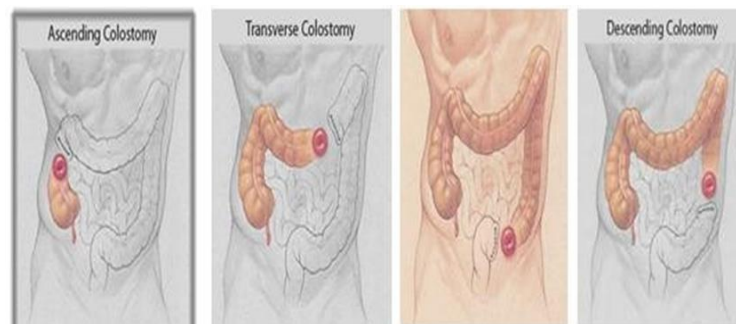


Figura 9 ; Vendet e lokalizimit te kolostomise

Ka tipe të ndryshme kolostomish si me një hapje të vetme(hapja e poshtme e zorrës mbyllet, kurse hapja e sipërme nxirret në lëkurë, me dy hapje nxirren në lëkurë të dy segmentet e zorrës së trashë dhe duken si grykë çifte dhe kolostomia me anë të zorrës së trashë që mbahet në një tub plastik ose qelqi të vendosur nën të dhe në lëkurë formohen dy dalje ose gryka, si për pjesën e sipërme dhe atë të poshtme të zorrës. Në këtë rast, në dhomën e mjekimit pas 24 – 72 orë pas operimit, hapet me bisturi pjesa e përparme e murit të zorrës duke krijuar dy gryka. Pacienti nuk ka dhimbje në zorre, uk ka receptore të saj. (*Jermann, 2020*)

2.9.2 Etapat e kujdesit infermieror

1. Njohja me pacientin;
2. Diagnozatat infermierore;

3. Plani i punës dhe zbatimi;

- ❖ Periudha postoperatore;
- ❖ Rezultatet e pritshme;

Njohja me pacientin

Infermierja informohet për historinë e hollësishme të sëmundjes, alergjitë që mund të ketë pacienti, medikamentet që ka përdorur si antibiotikët, dietën etj dhe të gjitha këto i shënon në kartelen infermierore. Ekzaminohet barku, maten dhe regjistrohen shënjat vitale.

Peshohet pacienti dhe komletohet me analizat e nevojshme. Për një rritje të temperaturës ose dhimbje dhe mbrojtje të shfaqur në bark, vihet në dijeni mjeku. Ndiqet në dinamikë sasia e përmbajtjes gastrike (kur ka sondë) dhe e urinës. (Jermann, 2020)

Diagnozat infermierore

❖ **Ne periudhën preoperatore**

1. Ankth dhe frike lidhur me ndërhyrjen si pasojë e efekteve të saj në jetën e pacientit;
2. Vështirësi për t`u adaptuar me situatën e krijuar si pasojë e patologjisë prezente;
3. Mungesë njohurish në lidhje me stomën;

❖ **Në periudhën postoperatore**

1. Rrezik për dëmtim të integritetit të lëkurës peristomale dhe indeve të stomës, lidhur me faktorët rrisues nga ekspozimi ndaj rrjedhjeve;
2. Rrezik për disfunkcion seksual lidhur me gjendjen e pacientit si pasojë e operacionit;
3. Ankth lidhur me praninë e stomës;
4. Vështirësi për t`u adaptuar me këtë gjendje lidhur me mundësinë e izolimit social si pasojë e pranisë së stomës;
5. **Plani i punës dhe zbatimi**

❖ I periudhës preoperatorore

Reduktimi i ankthit dhe frikës.

Ky operim është disi i veçantë dhe e vë pacientin në një situatë krejt tjetër, prandaj dhe kujdesi nga ana e infermieres duhet të jetë i madh.

I përsëriten pacientit ato që i ka thënë mjeku dhe sqarohet me detaje për operimin dhe arsyen pse ai duhet të kryhet patjetër.

Pacienti në këto moment ka nevojë për ngrohtësi familjare, prandaj i sigurohen atij takime të shpeshta. (*Karmer, 2020*)

Përshtatja me situatën

Mund të them që më mirë do të ishte që të shpreheshim duke përdorur togfjalëshin pranimi i gjendjes së krijuar.

Kur operimi bëhet në urgjencë, pacienti e pranon më lehtë këtë sepse vihet para faktit që ky operim është e vetmja rrugë për të jetuar dhe si të tillë ai e pranon pa hezitim.

Megjithatë , edhe në këte rast, ai kërkon sqarime të cilat siç e thamë më lart duhet të jepen me detaje.

Në rastet kur operimi nuk kryhet në urgjencë, duhet të bëhet më shumë punë sqaruese. Në këto raste do të ishte një punë e mirë organizimi i një takimi me një person, tek i cili një operim i tillë është bërë më parë. (*Bonadonna, 2007*)

Informimi i pacientëve dhe familjarëve rreth stomës dhe rëndësia e zbatimit të teknikes së frymëmarjes së thellë dhe kollitjes pas operacionit.

Instrukcionet për menaxhimin e stomës është më mirë që të jepen pas operimit, sepse nëse jepen përpara se të kryhet operimi, shkaktojnë më shumë ankth.

Në vende të zhvilluara ka infermiere terapistë për enterostoma, të cilat janë të licensuara për këte qëllim. Ata kanë edhe literaturë të cilën ia japin pacientit për ta studiuar.

I përsërisim edhe një herë fjalët e mjekut dhe i demonstrojmë në praktikë sesi pacienti pas operimit të bëjë frymëmarjen e thellë, kollitjen dhe lëvizjet e këmbëve në shtrat, veprime këto që do të duhet t'i vërë në zbatim, me qëllim parandalimin e ndërlikimeve pulmonare dhe tromboflebitike. *(Bonadonna, 2007)*

Ruajtja e integritetit të lëkurës

Tek pacientet me kolostemi të përhershme është hequr tërësisht zorra e trashë, kështu që anusi është mbyllur duke lënë në plagë drena për disa ditë. Infermierja kujdeset për plagën dhe drenat. Ato hiqen pas 5-7 ditësh. Pas operimit mund të ketë ndërlikime si hemoragji nga stoma, stanoze të saj si dhe prolaps. Përreth, si rezultat i veprimit të përmbajtjes së zorrës, që është e pasur me fermente, zhvillohet dermatiti në lëkurë dhe përmbajtja e saj kërkon kujdes të veçantë. Kjo zonë lahet me kujdes me ujë e sapun xhel e pastaj thahet mirë. Mandej vendosim mbajtësen e qeses që ngjitet në lëkurë. Kur ndërrohet qesja duhet kujdes që zona e lëkurës përreth stomës të mos ndyhet me përmbajtje të zorrës. Kjo bëhet duke vendosur një garze rreth e rreth saj. Sa herë ndërrohet qesja, bëhet vrojtimi i kujdesshem i lëkurës dhe nëse vërejmë shënjë të macerimit të saj, e lyejmë me një pomade osë lëkurë dhe e mbron atë nga kontakti me përmbajtjen e zorrës si dhe nxit shërimin e saj.

Kujdes të veçantë kërkojnë :

Anusi pastrohet mirë dhe mbulohet me garza. Rreth stomës lëkurën e lyejmë me garze adezive oksid zinku dhe vendosen garza. Mbi stome vendoset një garzë e plotë me pambuk dhe kur stoma fillon të funksionojë, vendoset qesja për grumbullimin e feceve.

Kolostomia fillon e funksionon ditën e dytë ose të tretë. Ka raste që në kolostomi, në ditët e para, kemi vështirësi të daljeve të materieve fekale.

Në këto raste, që zakonisht ndodh ditën e katërt ose të pestë pas operimit, mosdalja e materieve fekale krijon një problem për pacientin. Në këtë rast e ndihmojmë atë për eliminimin e materieve fekale me metoda me lavazh dhe pa lavazh.

Diarrea - është problem pasi çon në deficit hidroelektrolitik. Kjo ndodh sidomos në enterostomi. Në keto raste pacienti porositet që të rregullojë marjen e ushqimit duke pakësuar ato të lëngëtat. Këto trajtime janë individuale për pacientë të ndryshëm. Ato, atë çka u bën mirë në këtë drejtim, zakonisht e gjejnë vetë. (*Jermann, 2020*)

Disfunzioni seksual dhe masat në prani të stomës gjatë kryerjes së aktit seksual.

Tek burrat mund të ndodhë që ky funksion të jetë prishur pas operimit. Kjo përbën problem. Në ata që e kanë të ruajtur, duhet të dinë që kryerja e aktit seksual, nuk e dëmton stomën, por është mirë që të marrin masat e mëposhtme:

- Gjithnjë duhet të mbajë një higjenë të mirë. Kur përgatitet për aktin seksual duhet të bëjë banjo dhe të vendose një qese të re;
- Të sigurojë qesën duke vendosur një rrip mbi atë;
- Kur ka ndermend të kryejë marrëdhënie, më parë duhet të shmange ushqime që japin formimin e gazrave(fasule) ose shtojne peristaltikën e zorrëve;
- Nëse gjatë aktit ndodh aksidentalisht hapja e qeses, duhet ta kalojë këtë situatë me humor dhe të mos nervozohet;
- Është mirë që të konsultohet me persona të tjere që janë me stome dhe që kanë eksperiencë në këtë drejtim. (*Jermann, 2020*);

2.10 Trajtimi

Kirurgjia është trajtimi i përbashkët në shumicën e kancereve kolorektal. Gjatë kirurgjisë, hiqet tumori dhe një kufi i vogël përreth pjesës së shëndetshme të zorrës dhe hiqen edhe nodujt e afërt limfatik. Pastaj kirurgu rilidh pjesën e shëndetshme të zorrës.

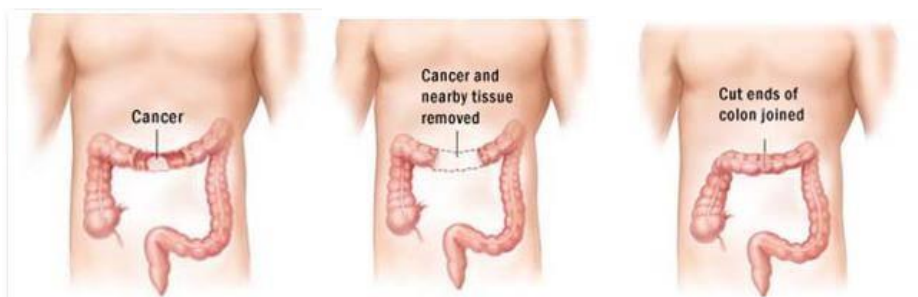


Figura 10 ; Anastomozat në kolon

Tek pacientët me kancer rektal rektumi hiqet dhe krijohet një hapje në murin e abdomenit nëpër të cilin nxirren mbeturinat e forta të kolonit. Kjo hapje quhet kolostomi ose anus artificial që konsiston në mbledhjen e feceve në një qese.

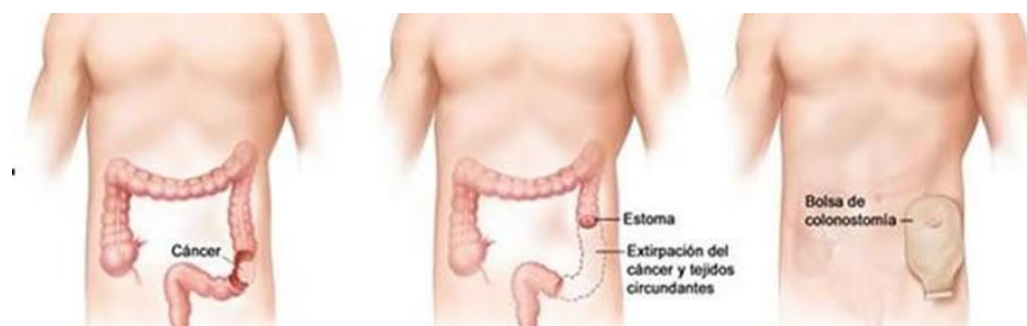


Figura .11: Kolostomia

Në këto raste luan rol shumë të rëndësishëm rehabilitimi qoftë fizik apo psikologjik i pacientëve që mbajnë stoma. Veçanërisht trajtimi infermieror mund t'u vijë në ndihmë pacientëve në rregullimin e kolostomisë dhe në krijimin e një stili jetese normale.

Rezultatet e mjekimit kirurgjikal varen nga shkalla e përhapjes së tumorit në momentin e ndërhyrjes dhe do të jenë aq më të mirë sa më e hershme të jetë diagnoza e tumorit dhe sa më e kufizuar të jetë shtrirja e tij në organizëm.

Në pacientët me kancer të kolonit fillestar i cili është i kufizuar në sipërfaqen e shtresës së zorrës, kirurgjia shpesh është trajtimi i vetëm që kanë nevojë. Këta pacientë mund të mbijetojnë për kohë shumë të gjatë në 80 % të rasteve. Në pacientë me kancer të përparuar të kolonit, ku tumori ka penetruar përtej murit të zorrës dhe janë shfaqur metastaza në organe të tjera të largëta, mbijetesë deri në 5 vjet është më pak sesa 10 %. Në disa pacientë, që nuk kanë shfaqje në distancë të metastazave në kohën e kirurgjisë, por kanceri ka penetruar shumë brenda shtresës mukozale të kolonit ose ka arritur në afërsi të nyjeve limfatike, janë në rrezik të përsëritjes së tumorit në një vend të caktuar ose në organet e largëta. (*Spahia, 2008*)

1. Kimioterapia - në këta pacientë mund të vonojë përsëritjen dhe të rrisë mbijetesën.

Kimioterapia përdoret si mjekim për vrasjen e qelizave kanceroze. Ajo është një terapi sistemike dmth ky mjekim udhëton nëpër trup që të shkatërrojë qelizat kancerojene. Pas kirurgjisë së kancerit të kolonit, disa pacientë mund të kenë metastaza mikroskopike të fshehura (vatrat e vogla të qelizave kanceroze nuk mund të zbulohen) dhe pikërisht kimioterapia është zgjedhja më e afërt pas kirurgjisë në shkatërrimin e qelizave mikroskopike. (*Spahia, 2011*)

Kimioterapia edhe në këtë mënyrë është një terapi ndihmëse. Sipas studimeve të fundit kanë shfaqur mbijetesë dhe pengimin e përsëritjes së tumorit në disa pacientë të trajtuar me kimioterapi ndihmëse brenda pesë javëve nga kirurgjia. Shumica e regjimeve medikamentoze kanë të përfshirë 5-flourauracil (5-FU). Nga ana tjetër, kimioterapia për personat e ndjeshëm ose kontrollimi i rritjes së tumorëve metastazikë ka qenë zhgënjyese. Përmirësimi i përgjithshëm i mbijetesës për pacientët me metastaza të shtrira plotësisht nuk ka qenë i demonstruar bindshëm. Kimioterapia zakonisht jepet nga mjeku në spital kur është një pacient i jashtëm ose në shtëpi. (*Cittadini, 2008*)

Në aparatën tretës zorra me gjatësi 1.5-2 m e cila vjen pas zorrës së hollë quhet kolon ose zorra e trashë, 15 cm e fundit të saj quhen rektum.

Tumoret e kolonit dhe rektumit janë në rritje dhe dalin nga muret e brendshme të kolonit. Tumoret beninje të zorrës së trashë janë quajtur polip, kurse tumoret malinje të zorrës së trashë janë quajtur tumor. Polipet beninje përhapen në pjesë të tjera të trupit, mund të hiqen lehtësisht gjatë kolonoskopisë dhe nuk janë të rrezikshëm për jetën. Nëse polipet beninje nuk hiqen nga zorra e madhe, ato mund të kthehen në malinje (kanceroze), me kalimin e kohës. Kanceri i kolonit dhe rektumit (referuar dhe si kancer kolorektal) mund të pushtojë dhe të dëmtojë indet dhe organet ngjitur. Qelizat e kancerit mund të shkëputen dhe të përhapen në pjesë të tjera të trupit (të tillë si: mëlçia dhe mushkëria). Përhapja e kancerit të kolonit te organet e largëta quhet 'metastazë' e kancerit të kolonit. *(James, 2020)*

Shpeshtësia e kancerit kolorektal ndryshon në të gjithë botën. Është e zakonshme në botën perëndimore dhe është e rrallë në Azi dhe Afrikë. Në vendet ku njerëzit kanë adoptuar dietat perëndimore, incidenca e kancerit kolorektal është në rritje.

Tumori i kolonit në rectum ndërton tipin e tretë të tumoreve në botë. Tumori i kolonit është më i përhapur se ai i rektumit, rreziku më i madh në popullatën ndërmjet kancerit të kolonit dhe kancerit rectal është 2:1, kurse në qytet ka rrisqe më të ulëta. Në Europë diagnostifikohen çdo vit rreth 250.000 raste që i korrespondojnë rreth 9% të të gjitha tumoreve. Kanceri kolorektal është tumor malinj që del nga muret e brendshme të zorrëve të mëdha. Kanceri kolorektal është shkaku i tretë kryesor i kancerit tek meshkujt dhe i katërt te femrat. Tumori i kolonit prezantohet më shpesh në mënyrë sporadike edhe vetëm në 15% të rasteve është e trashëgueshme. *(Bonadonna, 2007)*

Statistikat në Zvicër tregojnë se çdo vit sëmuren të paktën 4 000 njerëz nga kanceri i kolonit. Këta përbejnë 11% të të gjitha sëmundjeve kanceroze.

Dieta konsiderohet si faktori kryesor i identifikuar deri më sot në etiologjinë e tumorit dhe të kolonit rektal. Një grup ekspertësh ka kryer një shqyrtim sistematik prej 752 shqyrtimesh ku arritën në përfundime të rëndësishme. Dëshmitë tregojnë së konsumimi i mishit, abuzimi me alkoolin, mbipesha dhe shumë faktorë të tjerë që favorizojnë obezitetin tek të rriturit, të gjitha këto pasoja janë shkak të kancerit të kolonit rektal

2.11 Edukimi shëndetësor dhe kujdesi në shtëpi

Zbrazja e stomës kërkon kombinimin e përpjekjeve të mjekut, infermierit, terapistit enterostomal, punonjësit social dhe dietistit. Pacientit me kolostomi i duhen dhënë informacione specifike, të individualizuara për nevojat e tyre rreth kujdesit për kolostomi dhe komplikacionet duke observuar: obstrukcionin, infeksionin, stanozën e stomës, tërheqjen ose prolapsin dhe irritimin e lëkurës peristomale. Udhëzimet për dietën janë esenciale në mënyrë që të ndihmohet pacienti për të identifikuar dhe shmangur ushqimet irrituese që mund të shkaktojnë diare ose konstipacion. I jepet pacientit një listë me medikamentet e përshkruara nga mjeku bashkë me informacionin rreth veprimit, qëllimit dhe efekteve anësore për secilin. Një sistem për të mbajtur mend kur të marrë medikamentet, zhvillohet bashkë me pacientin.

Trajtimet (irrigimi, pastrimi i plagës) dhe ndryshimi i fashave shikohen dhe inkurajohen familjarët për të marrë pjesë. (*Karmer, 2020*)

Pacientit i nevojiten informacione shumë specifike kur ai duhet të kontaktojë me mjekun.

Ata kanë nevojë të dinë ekzaktësisht rreth komplikacioneve që ndodhin si hemoragjia, distensioni abdominal, rigiditeti, diarea dhe sindromi i zbrazjes. Pacientët mësohen të peshohen ëdo jave dhe të njoftojë një mjek nëse vazhdojnë ose papritur të humbin në peshë, 1-2 kg në javë.

Nëse radioterapia është e nevojshme e informojmë pacientin rreth komplikacioneve të mundshme si: anoreksia, vomitus, diarea dhe dobësimi janë të dukshme..

3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

Kanceri korotal është një sëmundje e cila nuk njihet moshën po ashtu kjo sëmundje vjen edhe nga mos kujdesi i njeriut në të ushqyerit dhe mos ardhjes së shpejt nga diagnostifikimi i kësaj sëmundjeje.

Pacientët të cilët kanë kancerin korotal kalojnë në shumë faza të ndryshme për rehabilitim e kësaj sëmundjeje si pasojë e së cilës hyjnë edhe në kimoterapi e cila është shumë e rëndë për pacientët për të përballuar rrezatim e asaj terapie.

Qëllimi i këtij punimi është të kemi njohuri se çka është paraliza cerebrale, të kemi njohuri për llojet e saj, shkaktarët dhe të bëjmë parandalimin e paralizës cerebrale, si dhe një inkurajim për të gjithë prindërit ku fëmijët e tyre janë të prekur nga PC-ja.

Objektivat:

- Prezentimi i punimit si sëmundje me rëndësi mjekësore, sociale dhe shëndetësore;
- Prezentimi i manifestimeve klinike të paralizës cerebrale;
- Roli i infermieres në kujdesin e të sëmurëve me paralizë cerebrale;
- Roli i infermieres në trajtimin e paralizës cerebrale;

4 METODOLGJIA

Metoda hulumtuese e përdorura në punimin tonë është rishikimi i literaturës, si burime parësore kemi shfrytëzuar literaturë të bollshme nga biblioteka e fakultetit, biblioteka e qytetit dhe interneti.

Duke e konsultuar literaturën në mënyrë taksative e kam prezantuar rolin e infermieres në diagnostikimin, udhëheqjen dhe trajtimin e pacientit të sëmurë me kacerin kolorektal.

Të dhënat e marra nga pacientët me kancer korotal janë gjithësej 184 ku të ato i kemi marrë në Spitalin e QKUK-ës në Prishtinë. Hulmutimi i këtij punimi është bërë në Janarë të vitit 2019 ku janë marrë nga portokolet e ndryshme në spitalin e Prishtinës Kemi marrë si statistika nga mosha më shtyrë që është më e prekur nga ky kancer korotal. Të dhenat i kemi vendosur në mënyrë tabelare për sëmundjen të cilën e kanë po ashtu pesha dhe terapia të cilën e përdorin këta paciente të cilët janë të hospatilizuar në spitalin e Prishtinës.

5 PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Studimi është kryer në një periudhë kohore Janar 2019- Gusht 2019. Këtu u përfshinë 184 pacientë të hospitalizuar pranë shërbimit të kirurgjisë, QKUK-ës në spitalin universitar të Prishtinës. Punimi u mbështet në kartelat klinike, në të dhënat infermiore dhe të dhënat amnestike mbi faktorët e riskut. Në studim u morën pacientë që rezultojnë me diagnozë me kancer kolorektal klinike, sigmes, rektumit.

Pacientët janë ndarë në bazë të gjinisë, moshës, profesionit, faktorët e rizkut me rezultate laboratorike.

Të dhënat janë paraqitur në mënyrë tabelare me grafikone etj.

Pacientë të cilët janë paraqitur në QKUK në spital e Prishtinës janë gjithsej 184 pacientë ku prej tyre janë 100 ose 54% gjinia femërore, kurse 84 ose 46% meshkuj që janë diagnostifikuar me kancer kolorektal.

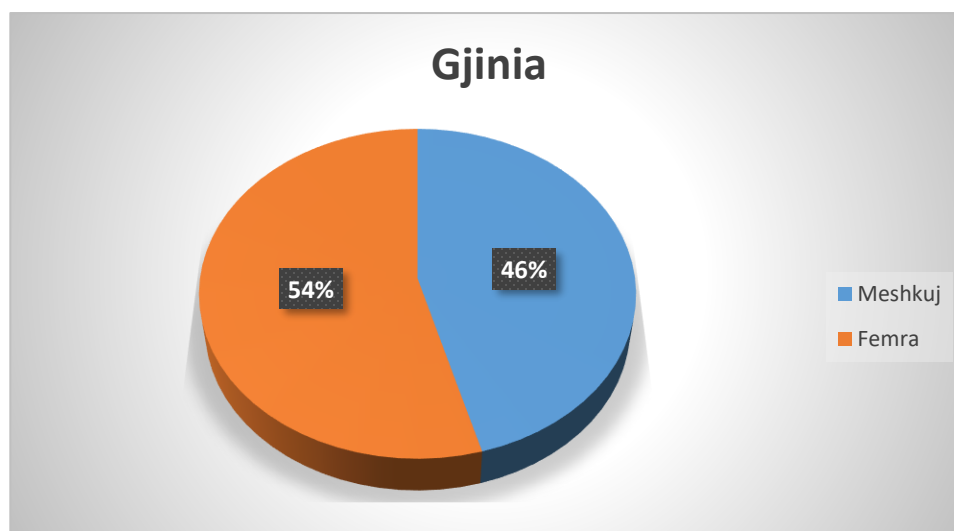


Figura 12: Gjinja e pacienteve me kancer kolorektal

Mosha	40-49 vjet	50-59 vjet	60-69 vjet	Mbi 70 vjet	Totali
Nr.pacientëve	40 (21.75%)	44 (23.91%)	44 (23.91%)	56 (30.43%)	184 (100 %)

Tabela 1: Mosha e pacienteve me kancer kolorektal

Në tabelen numer 1. Kemi të bëjmë me renditjen e moshave të cilët janë prekur me kancerin kolorektal ku vërejmë se mosha më e prekur nga kjo sëmundje vdekje prurëse është mosha e shtyer mbi 70 vjet që janë 56 pacient ose 30.43%.

Këtu më poshtë do të paraqitet edhe në mënyrë grafike mosha në të cilën janë pacientët me kancer kolorektal.

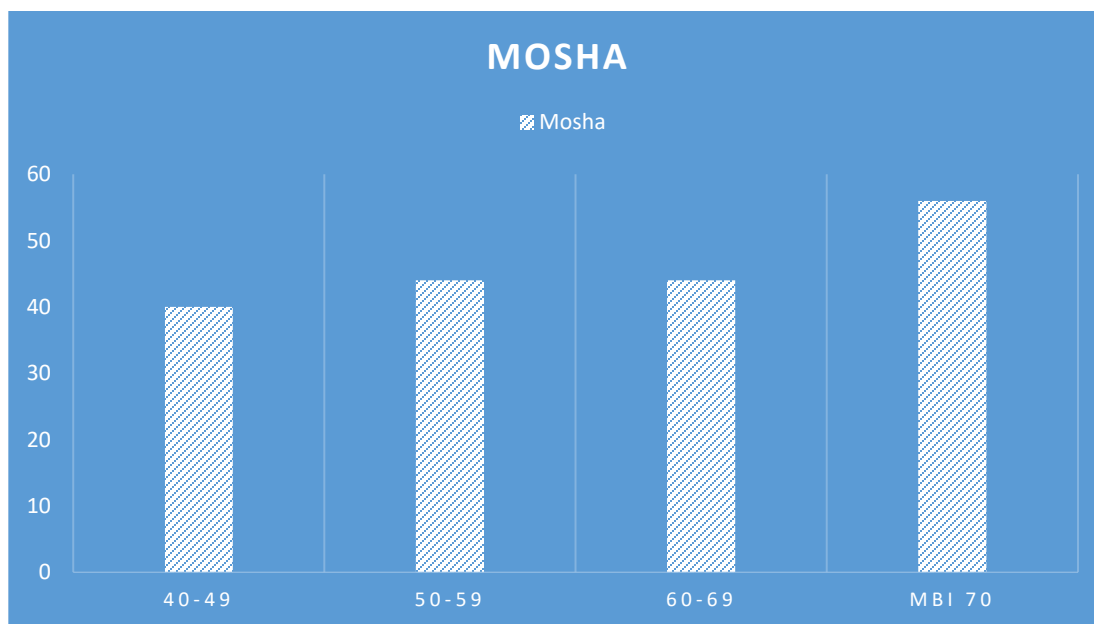


Figura 13; Mosha e pacienteve me kancer kolorektal

Diagnoza	Numri i pacienteve sipas llojit të kancerit			
	Femra	Meshkuj	Total	%
Koloni sigmës	50	35	85	46.20%
Koloni rektumit	40	59	99	53.80%
Total	90	94	184	100%

Tabela 2: Numri i pacienteve me llojin e kancerit kolorektal

Në tabelën e dhënë më lartë vërejmë se kanceri i sigmës është shumë më i shprehur tek paciente e gjinisë femrore, ndërsa me kancerin e rektumit është më e pak e prekur tek ata pacientë, ku kemi 85 paciente ose 46.20% në sigmës dhe 99 paciente ose 53.80% në rektumit.

Vende të cilët vijnë paciente janë nga këto të paraqitura në mënyrë tabelare.

Vendbanimet	Nr i pacientve	Përqindja %
Dragash	5	2.7 %
Prizren	25	13.58 %
Gjakovë	20	10.86 %
Skënderaj	8	4.37 %
Klinë	6	3.26 %
Prishtinë	47	25.54 %
Pejë	23	12.5 %

Gjilan	15	8.15 %
Vushtri	5	2.7 %
Mitrovicë	13	7.06 %
Ferizaj	12	6.52 %
Suharekë	5	2.7 %

Tabela 3: Numri i pacienteve të ndarë në qytetet e Kosovës me kancer kolorektal

Vërejmë se në qytetet e mëdhaja siq janë Prishtina dhe Prizreni, kemi pacientë më shumë me kancer kolotal, pra në qytet tjera janë vetëm nga 5 pacientë.

1. Prishtina ka 47 pacientë ose 25.54% me kancer kolorektal;
2. Prizreni ka 25 paciente ose 13.58% me kancer kolorektal;
3. Gjakova ka 20 paciente ose 10.86% me kancer kolorektal;
4. Peja ka 23 pacientë ose 12.5 % me kancer kolorektal;
5. Gjilani ka 15 pacientë ose 8.15 % me kancer kolorektal;
6. Mitrovica ka 13 pancientë ose 7.06% me kancer kolorektal;
7. Dragashi, Suhareka, Vushtria kanë nga 5 pacientë ose 2.7% me kancer kolorektal;
8. Skënderaji ka 8 pacientë ose 4.37% me kancer kolorektal;
9. Klina ka 6 pacientë ose 3.26% me kancer kolorektal;
10. Ferizaji ka 12 pacientë ose 6.22% me kancer kolorektal;

6 KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

Në këtë temë me titull “**Roli i infermieris në tretmanin paliativ të pacietëve me kacerekolorektal**” kemi folur lidhur me kancerin kolorektal i cili shpërfaqet më shumë e nga moshat e shtyra te pacientet të cilët e përdorin kimoterpinë dhe kanë pak a shumë suksese.

Që problemet që trajtuam më sipër të jenë sa më të vogla dhe që ata të zgjidhen sa më mirë, duhet një bashkëpunim ndërmjet stafit mjekësor, sidomos midis infermieres, pacientit dhe familjarëve.

Pacienti dhe familjarët duhet të kenë sa më shumë njohuri mbi situatën që do të krijohet dhe menaxhimin e saj.

Disa aspekte të këtij edukimi janë:

- Pacienti duhet të marrë nga goja vetëm ato gjëra për të cilat e ka lejuar mjeku. Kur ushqehet duhet që të përtypet mirë, e që të mos futet ajër në stomak, të mbajë gojen të mbyllur.
- Të shmangë marjen e ushqimeve që i japin discomfort, të marrë më shumë lëngje sidomos më të nxehtë.
- Të zgjerojë stomën nëse për një moment ajo nuk po lejon daljen e përmbajtjes. Për këtë në gishtin drejtues futet një gisht doreze, lyhet me lubrifikant dhe futet ngadalë në stomak ku do të mbahet për disa minuta.
- Të ndërrojë qesen shpesh që të eliminojë erën e keqe. Kur përdor ushqime që mund të shkaktojnë erë të keqe, të bëjë një fashaturë ekstra mbi qese.

- Të bisedojë me mjekun sa herë që lind nevoja e përdorimit të një preparati laksativ ose edhe kur ka diare mbi 2 ditë. Nëse bënë shpëlarje të zorrës(lavazh), ta kryejë atë gjithnjë në një orë të ditës.
- Të peshohet rregullisht dhe me të konstatuar rënie në peshë të lajmërojnë mjekun. Shetitjet dhe veprimtaritë jashtë shtëpisë nuk duhet të kufizohen. Por kur lëviz jashtë, mund të qëllojë të qëndrojë më gjatë dhe mund të lindë nevoja për ndërrim të qeses dhe larjes, prandaj këshillohet që të marrë me vete materialet për kujdesin e stomes.
- Roli thelbësor i infermieres qëndron në ndihmën e individit, të sëmurë ose të shëndetshëm, në ruajtjen ose rifitimin e shëndetit (ose në ndodhjen pranë çasteve të fundit), nëpërmjet kryerjes së detyrave të cilat ai mund t'i përmbushë vetë nëse do të ketë forcë, vullnet ose do të zotërojë njohuritë e duhura, dhe në lehtësimin e pjesëmarrjes aktive të tij, për ta ndihmuar të rifitojë pavarësinë e tij sa më shpejt të jetë e mundur.
- Për menaxhim të mirë të sëmundjes infermierja planifikon dhe organizon përkujdesjet e tyre ditore në mënyrë të tillë që disa procedura të grupohen dhe të kryhen në të njëjtën kohë pa e lodhur pacientin.
- Infermierja jep informacione mbi procedurën e ekzaminimit si dhe e ndihmon klientin që të tejkalojë dhimbjen dhe lodhjen në rastin e ndërhyrjeve të tilla.

Vlerësimi i rezultateve përbën fazën përfundimtare procesit të kujdesit infermieror. Ai mund të kryhet gjatë periudhës së shtrimit, nëpërmjet vlerësimeve të vazhdueshme por edhe në fund të shtrimit, para se pacienti të dalë për në shtëpi. Vlerësimi realizohet nëpërmjet observimit, ekzaminimit objektiv, intervistës dhe konsultimit me dokumentacionin. Rezultatet e arritura duhet të pasqyrohen në kartelën përkatëse.

7. REFERENCAT

1. Bonadonna, G. (2007). *Medvine Onkologica*. Milano.
2. Brunton, L. P. (2006). "Le basi farmacologiche delle terapia. "Goodman & Gilman".
3. Cittadini, G. (2008). *Diganostica per immagini e radioterapia*. New York.
4. James, K. (2020). <https://pdf.wecabrio.com/kujdesi-infermieror-per-pacientet-me-ileostomi.pdf>.
5. Jermann, D. P. (2020). *Instituti of pholongo*. Basel.
6. Karmer, J. (2020, 09 12). <https://pdf.wecabrio.com/kujdesi-infermieror-per-pacientet-me-ileostomi.pdf>. Gjetur në <https://pdf.wecabrio.com/kujdesi-infermieror-per-pacientet-me-ileostomi.pdf>.
7. Kocillari, A. (2013). *Kujdesi inferior palativ*. Prishtinë.
8. Kocillari, A. (2015). *Kujdesi infermieror ne kirurgji*. Prishtinë.
9. Mihajlloski, D. D. (2009). *Kujdesi Palativ*. Moskov.
10. Spahia, D. B. (2008). *Kontrollit te kancerit*. Tiranë.
11. Spahia, D. B. (2011). *KONTROLLIT TË KANCERIT*. Tiranë.
12. Haybittle JL, Blamey RË, Elston CË, Johnson J, Doyle PJ, Campbell FC, Nicholson RI, Griffiths
K. A prognostic index in primary breast cancer. *British journal of cancer*. 1982 Mar; 45(3):361-6.
13. Todd JH, Doële C, Ëilliams MR, Elston CË, Ellis IO, Hinton CP, et al. Confirmation of a prognostic index in primary breast cancer. *British journal of cancer*. 1987;56:489-92

14. Galea MH, Blamey RÈ, Elston CE, Ellis IO. The Nottingham Prognostic Index in primary breast

cancer. *Breast Cancer Research & Treatment* 1992;22(3):207-19

15. Garner J, Goodfelloë P The Nottingham Prognostic Index Questions for the MRCS vivas 2004