

Zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa

Sabljak, Marko

Master's thesis / Diplomski rad

2014

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:105:273588>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-11**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Marko Sabljak

**Zdravstvena njega bolesnika s karcinomom
larinksa**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Marko Sabljak

**Zdravstvena njega bolesnika s karcinomom
larinksa**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014

Ovaj diplomski rad izrađen je u Općoj županijskoj bolnici Požega na Odijelu otorinolaringologije pod vodstvom doc.dr.sc. Maria Bilića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014.

SADRŽAJ

Sažetak.....	
Summary	
1. Uvod.....	1
1.1. Osnove anatomije i fiziologije larinksa.....	2
1.2. Zloćudni tumori larinksa.....	3
1.2.1. Etiologija	3
1.2.2. Patologija i patohistologija	3
1.2.3. Klinička slika	4
1.2.4. Dijagnostika	5
1.2.5. Liječenje.....	6
1.2.6. Komplikacije nakon operacija karcinoma larinksa.....	8
2. Zdravstvena njega oboljelog od karcinoma larinksa.....	9
2.1. Prikupljanje podataka	10
2.2. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa.....	11
2.2.1. Psihološka priprema bolesnika	12
2.2.2. Fizička priprema bolesnika.....	13
2.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa	13
2.3.1. Njega traheostome.....	15
2.3.2. Prehrana bolesnika nakon operacije karcinoma larinksa	17
2.3.3. Govor nakon operacije karcinoma larinksa	19
2.3.4. Zdravstveni odgoj bolesnika nakon operacije karcinoma larinksa.....	20
3. Cilj rada	22
4. Ispitanici i metoda.....	23
5. Prikaz sestrinske skrbi.....	25
5.1. Sestrinska anamneza	25
5.2. Problemi iz područja zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju.....	26
5.3. Problemi iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju	29
5.4. Sestrinsko otpusno pismo	34
6. Rasprava	37
7. Zaključci	38
8. Zahvala.....	39

9. Literatura	40
10. Životopis	42

Sažetak

Rad nastoji dotaknuti širinu sestrinskog pristupa kako u prepoznavanju tako i rješavanju problema iz područja procesa sestrinske skrbi kod bolesnika s karcinomom larinksa.

U uvodnom dijelu prikazane su osnove anatomije i fiziologije larinksa, vrste i mehanizmi te načini konzervativnog i operacijskog liječenja karcinoma larinksa. Nakon toga se opisuje zbrinjavanje i zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa od početka hospitalizacije, s pristupom bolesniku kroz proces zdravstvene njege i naglaskom na holistički pristup. Posebnosti zdravstvene njege opisane su i razdvojene kroz prijeoperacijsko i poslijeoperacijsko razdoblje. U posebnom dijelu donosi se prikaz sestrinske skrbi kroz dokumentaciju zdravstvene njege izrađene tijekom završnih vježbi.

Prijeoperacijsko razdoblje u bolesnika je obilježeno osjećajima tjeskobe i straha koji su prisutni kroz cijelu bolest, njezino liječenje i rehabilitaciju. U radu je istaknuta važnost kvalitetne psihološke i fizičke prijeoperacijske pripreme koja uvelike utječe na poslijeoperacijsku prilagodbu i očekivanja bolesnika. Ističe se važnost uspostavljanja odnosa podrške i povjerenja te pružanje točnih i potpunih informacija bolesniku i njegovoj obitelji kako bi se uklonili osjećaji tjeskobe i straha koji su često uzrokovani neupućenošću, netočnim informacijama i utjecajem različitih predrasuda, kako bolesnika tako i njegove obitelji. Opisane su zajedničke intervencije medicinske sestre i drugih članova zdravstvenog tima koje se provode u najboljem interesu za oporavak bolesnika kroz multidisciplinirani pristup.

U poslijeoperacijskom razdoblju u bolesnika je prisutna smanjena prohodnost dišnih putova zbog prisutnosti hipersekrecije te visok rizik za infekciju. Smanjena je i mogućnost hranjenja zbog uvođenja nazogastrične sonde koja također ima psihološku pozadinu zbog novonastalih promjena u funkcijama gutanja.

U radu su dijelom prikazani psihosocijalni problemi, kao što su poremećaj samopercepcije te poteškoće u socijalizaciji bolesnika. Navedene su i važnosti samostalnosti i edukacije bolesnika u aktivnostima samozbrinjavanja kao bitnog čimbenika za prihvaćanje samog sebe te ponovnu socijalizaciju bolesnika. U radu je također obrađena i uključenost bolesnikove obitelji u zdravstvenu njegu koja je od neprocjenjive važnosti za bolesnikov oporavak, ali i daljnju socijalizaciju.

Ključne riječi: Larinks, karcinom, zdravstvena njega

Summary

This paper will show a broad nursing approach in identifying as well in solving problems of the process of the nursing care for patients with Larinks carcinoma.

Firstly, the basics of anatomy and physiology of larinks have been given as well as types, mechanisms and methods of conservative and surgical treatment of the Larinks carcinoma. Furthermore, care of patients with Larinks carcinoma with admittance to the hospital, followed by the process of nursing and patient care with special emphasis to the holistic approach. Specific features of patient care have been described and divided to pre-operative and post-operative period. A special part provides an overview of nursing through patient care documentation produced in the course of final practice.

Pre-operational period of the patients is marked with anxiety and fear, which are constantly present, in treating and rehabilitation. The stress is on the importance of quality psychological and physical preparation that greatly influences the post operational adjustment and expectations of the patient. It is very important to establish the relationship of support and trust, as well as providing accurate and complete information to the patient's family, in order to eliminate feelings of anxiety and fear, as a result of lack of knowledge, inaccurate information and prejudices. Mutual interventions (which are in the best interest of the patients' improvement in health), of the nurse and other members of the medical staff are described through the multidisciplinary approach.

Post-operational period of the patients suffer from reduced breath, hyper secretion issues which are highly risky for infection. Ability to eat is also reduced due to applying the nasogastric tube, as a psychological problem connected with new changes in swallowing and chewing habits.

This paper shows psychological problems, self-perception disorder and socialization problems of the patient. The stress is also on the importance of independence and education of the patient related to the activities of self-care as a vital factor in self-perception and socializing. This paper also describes the involvement of the patient 's family in the medical care, which is of the great importance for the patient 's recovery and further socialization as well.

Key words: Larinks, cancer, patient care

1. Uvod

Karcinomi larinksa predstavljaju značajan zdravstveni problem stanovništva Republike Hrvatske te stoga ova lokalizacija tumora glave i vrata zaslužuje u preventivnom i terapijskom pogledu osobitu pažnju (1).

Karcinom larinksa čini oko dva posto svih zloćudnih tumora u organizmu, a od njega mnogo češće obolijevaju muškarci nego žene. U liječenju laringealnog karcinoma vrijedi općeprihvaćeno onkološko načelo da se tumor mora liječiti što ranije. Naime, prošireni tumor može već onemogućiti poštediti zahvat i bolesnika staviti pred dvojbu gubitka larinksa ili poštenog, ali manje uspješnog liječenja. Kirurški stav se danas priklanja preciznim parcijalnim zahvatima uz punu onkološku kontrolu bolesti (2). U prevenciji karcinoma larinksa treba naglasiti da se izbjegavanjem uporabe duhana i alkohola značajno smanjuje pojava laringealnog raka.

U kirurgiji raka larinksa bilježi se 21. prosinca 1873. kao povijesni dan kada je bečki kirurg Billroth izveo prvu totalnu laringektomiju koju je bolesnik preživio (1). Time počinje izvanredno bogata povijest laringektomije u kojoj su sudjelovali mnogi, ponajprije njemački i austrijski kirurzi.

Za postizanje potrebne kvalitete života, kod svih bolesnika, pa tako i kod bolesnika s karcinomom larinksa, uz pozitivan ishod odgovarajućeg medicinskog tretmana neizbježno je i zadovoljavanje bolesnikovih osnovnih ljudskih potreba. Medicinska je sestra u radu s bolesnicima kompetentna procjenjivati i utvrđivati potrebe za zdravstvenom njegom, uočavati čimbenike koji negativno utječu na stanje bolesnika te potom planirati, provoditi i evaluirati provođenje zdravstvene njege. Posebnu ulogu sestra ima u razvijanju i održavanju komunikacije između bolesnika i drugih članova tima i društva.

Višestruki su zahtjevi i mnogobrojni problemi na koje medicinska sestra može naići u skrbi za bolesnika koji boluje od karcinoma larinksa. No, unatoč kompleksnosti i težini zbrinjavanja takvog bolesnika, medicinska sestra ga stavlja u središte svih zbivanja pa tako on postaje aktivni subjekt u čitavoj skrbi. Naročito je to izraženo kroz poseban pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih potreba iz područja zdravstvene njege, tj. procesa zdravstvene njege.

1.1. Osnove anatomije i fiziologije larinksa

Larinks je cjevasti organ koji se nalazi na križanju dišnog i probavnog sustava, između ždrijela i jezika s jedne i dušnika s druge strane.

Oblikuju ga četiri hrskavice. Najveća je štitasta hrskavica, *cartilago thyroidae*, koja se na prednjoj strani vrata u sredini izbočuje kao Adamova jabučica. Ispod štitaste je prstenasta hrskavica, *cartilago cricoidae*, a na stražnjoj i gornjoj strani prstenaste hrskavice nalaze se dvije glasničke vrčolike hrskavice, *cartilagine arytenoidae* (3). Iznad larinksa, pod korijenom jezika, nalazi se još i zasebna hrskavica koja zatvara ulaz u larinks i sprječava ulaz komadićima hrane u dišne puteve pa je nazvana laringealni poklopac, *epiglottis*. Sve laringealne hrskavice međusobno su spojene zglobovima i svezama.

Larinks iznutra oblaže sluznica i oblikuje dva tanka nabora što prolaze sa stražnje strane larinksa i usmjerena su prema naprijed te se sastaju u središnjoj ravnini i vežu za štitnu hrskavicu. To su glasnice ili glasnički nabori, *plicae vocales*, kojih osnovu čine glasničke sveze, *ligamenta vocalis*, i glasnički mišić, a među njima je glasnička pukotina, *rima glottidis* (3).

Mišići koji se nalaze na stražnjoj strani larinksa pomiču glasnične hrskavice te međusobno približuju ili razmiču glasnice pa se glasnična pukotina proširuje ili sužava. Posebno je važan glasnični mišić, *m. vocalis*, koji je uključen u glasnice i aktivno ih napinje pa nastaju vibracije (3). Pri disanju su glasnice razmaknute, a pri govoru i pjevanju priljubljene i vibriraju pa tako nastaju glasovi.

Anatomski, larinks se dijeli na tri regije: supraglotičnu, glotičnu i subglotičnu regiju (3). Primarna funkcija larinksa je respiracija, a sekundarna fonacija (4). Anatomski je građen za svoju prvotnu ulogu, a tek je naknadno prilagođen, tijekom evolucije, za fonaciju. Funkcija je larinksa i zaštita respiratornih putova od stranih tijela.

1.2. Zloćudni tumori larinksa

Karcinom larinksa zauzima posebno mjesto u onkologiji. Češći je kod muškaraca nego kod žena. Učestalost kod muškog spola iznosi oko 97%, a kod ženskog najviše 2 do 3%. Udio karcinoma larinksa u ukupnom broju malignih neoplazmi koje se pojavljuju kod muškaraca iznosi 2,3%, a kod žena 0,4% (2).

Karcinom larinksa najčešće se pojavljuje između pedesete i sedamdesete godine života (u 70% slučajeva). Između četrdesete i pedesete godine života pojavljuje se u oko 12% slučajeva, a između tridesete i četrdesete godine života karcinom se pojavljuje u 4% slučajeva. Vrlo su rijetki bolesnici mlađi od trideset godina. U dobi između desete i tridesete godine otkriveno je 1 do 2% slučajeva (2).

1.2.1. Etiologija

Karcinom larinksa je neposredno povezan s uporabom duhana. Rizik bolesti je kod pušača 15 do 20 puta veći u odnosu na nepušače (2). Zloupotreba alkohola također povećava rizik raka larinksa. Slaba prehrana udružena s prethodno navedenim rizicima ima dodatni, osobito nepovoljni učinak.

Kronični laringitis, prenaprezanje glasa, dugogodišnje izlaganje drvenoj prašini i parama dizelskog goriva ostali su čimbenici nastanka raka larinksa(2).

Također se sumnja i na genetsku podlogu bolesti jer je primijećena veća incidencija bolesti kod pojedinih obitelji.

1.2.2. Patologija i patohistologija

Od malignih tumora larinksa u više od 95% radi se o karcinomu. Patohistološki su u velikoj većini planocelularni karcinomi, a rjeđe cilindromi i adenokarcinomi.

S obzirom na lokalizaciju, zloćudni tumori larinksa dijele se na supraglotičke, glotičke i subglotičke (4). Takva je podjela opravdana jer se tumori tih lokalizacija razlikuju po simptomima, načinu širenja i prognozi, što upućuje liječnika na odabir specifičnog liječenja.

- **Glotički karcinom** nastaje na glasnicama i to najčešće na prednjem dijelu glasnica. Većinom raste površno, rijetko metastazira i to u istostrane limfne čvorove vrata. Vrlo rano uzrokuje promuklost pa se obično i rano dijagnosticira (2).

Uvjet za ovo rano otkrivanje je podvrgavanje indirektnoj laringoskopiji svih bolesnika koji su promukli više od dva tjedna, posebice ako se radi o pušačima. Na glotičke karcinome otpada preko 70% svih karcinoma larinksa.

- **Supraglotički karcinom** većinom nastaje na laringealnoj strani epiglotisa okrenutoj prema larinksau (5).

Iz ove regije tumor se može proširiti u glotični i subglotični prostor te izvan larinksa na jezik i donji dio ždrijela. Limfnim žilicama karcinom supraglotične regije metastazira u limfne čvorove vrata. Simptomi su: bol u larinksu (jače kod jela) i promjena boje glasa, ali ne u smislu promuklosti. Učestalost karcinoma ove regije kreće se oko 30% svih karcinoma larinksa.

- **Subglotički karcinom** najrjeđi je od svih karcinoma larinksa s učestalošću s oko 1%. Obuhvaća područje ispod glasnica do razine prve trahealne hrskavice (5).

Tumor ove regije može se proširiti na glotičku regiju, zahvatiti dušnik ili prema natrag jednjak. Nerijetko se širi prema naprijed te zahvaća štitnjaču. Metastaze se pojavljuju u prelaringealnom paratrahealnom prostoru te u dubokim limfnim čvorovima vrata. Bolesnik obično dolazi liječniku zbog smetnji disanja. Karcinom ove lokalizacije ima najlošiju prognozu.

1.2.3. Klinička slika

Simptomi karcinoma larinksa ovisit će o lokalizaciji tumora, njegovoj proširenosti i veličini. Glavni simptom kod velike većine bolesti larinksa je promuklost. Poznato je pravilo: ako promuklost traje dulje od 4 tjedna treba isključiti karcinom larinksa. Daljnji simptom karcinoma ove regije je kašalj i obilan iskašljaj. U ispljuvku se ponekad može vidjeti i tračak krvi. Bolesnici nerijetko imaju osjećaj stranog tijela u

larinksu, a ukoliko tumor nekrotizira, i neugodan zadah iz usta. Veliki karcinomi larinksa mogu uzrokovati poremećaje disanja.

Kada se karcinom proširi na okolne strukture ili metastazira u regionalne limfne čvorove, možemo zamijetiti oteklinu na vratu ili se bolesnik može žaliti na otežano gutanje.

Kao kasni simptom pojavljuje se gubitak težine.

1.2.4. Dijagnostika

Sumnja na zloćudni karcinom larinksa postavlja se **indirektnom laringoskopijom** odnosno pregledavanjem larinksa putem zrcala uvedenog u orofarinks. Ova će metoda u najvećem broju slučajeva liječnicima biti dovoljna za otkrivanje većih tumora. Za otkrivanje manjih tumora i za određivanje proširenosti i točnije lokalizacije korisnija je **fiberskopija** koja predstavlja izravni pregled larinksa pomoću fleksibilnog endoskopa s hladnim izvorom svjetla (7).

Indirektnu i direktnu laringoskopiju upotpunjuje **laringomikroskopija** s uzimanjem tkiva za analizu. Laringomikroskopija je metoda koja se izvodi uz dodatak mikroskopa pomoću kojega se može izvršiti još detaljniji pregled larinksa, gledajući binokularno i pod povećanjem (7). Izvodi se u općoj endotrahealnoj anesteziji.

Dijagnoza se potvrđuje probatornom ekscizijom i patohistološkim pregledom uzetog materijala (4). Probatorna ekscizija se može izvesti bilo kojom od spomenutih tehnika, no najsigurnije ju je izvesti tijekom laringomikroskopije. Naime, u općoj anesteziji liječnici lakše odabiru mjesto odakle valja uzeti komadić tkiva za patohistološki pregled, a moguće je i točnije odrediti proširenost tumora (7).

Palpacijom vrata liječnik može utvrditi postoje li povećani limfni čvorovi i kakve su konzistencije. Povećani tvrdi limfni čvorovi upućuju na postojanje metastaze, ali to se može točno utvrditi tek nakon punkcije i citološke analize.

Ultrazvuk vrata također može pomoći u pronalaženju povećanih limfnih čvorova, ali i u određivanju proširenosti metastaza, osobito u odnosu prema velikim krvnim žilama vrata što može utjecati i na izbor načina liječenja.

Kompjutorizirana tomografija (CT) i **magnetska rezonancija (MRI)** daju dodatnu dijagnostičku sigurnost.

Zadaća medicinske sestre u dijagnostici je fizička i psihološka priprema bolesnika te priprema instrumenta i pribora. Neovisno o vrsti pretrage kod bolesnika su često prisutni strah i tjeskoba. Zadaća medicinske sestre je umanjiti strah i tjeskobu bolesnika pojašnjavanjem svrhe same pretrage, upozoriti bolesnika na bol kada se ona očekuje i pružiti informacije glede postupka, korištene opreme i poslije dijagnostičkih očekivanja.

1.2.5. Liječenje

Uspjeh liječenja ovisi o ranom otkrivanju tumora te o ranom početku liječenja. Liječenje karcinoma larinksa može biti **kirurško, radijacijsko** (zračenje), **polikemoterapijom i imunoterapijom**. (4).

Koja će se od spomenutih terapija koristiti, ovisi o lokalizaciji i proširenosti tumora, o patohistološkoj slici i o općem stanju bolesnika. Odluku o liječenju dogovorno donosi onkološki tim stručnjaka odgovoran za dijagnostiku i terapiju bolesnika. Iako danas postoje neki dogovoreni stavovi o liječenju karcinoma pojedinih lokalizacija i patohistoloških slika, treba naglasiti da se svaki slučaj mora individualno razmatrati i liječenje planirati ravnopravnim dogovorom svih članova tima (5).

Kirurško liječenje karcinoma larinksa

Liječenje karcinoma larinksa u prvom je redu kirurško. Larinks je, kao dio aerodigestivnog trakta, organ koji je odgovoran za više iznimno važnih, čak vitalnih funkcija. To je na prvom mjestu disanje, zatim gutanje, ali i govor. Kirurško liječenje često je povezano sa žrtvovanjem funkcija larinksa.

O mjestu i veličini tumora, ali i o općem stanju bolesnika, ovisi opseg kirurške resekcije. Moguće je samo odstranjivanje dijela ili cijele glasiljke, ali i većih dijelova larinksa, sve do **totalne laringektomije** (7).

Pri parcijalnim laringektomijama se nakon odstranjenja tumora, rekonstruktivnim zahvatima, potpuno ili djelomično vraćaju narušene funkcije (disanje, gutanje, govor). To znači da bolesnici nakon tih operacija dišu i hrane se normalnim putem, a djelomično je očuvan i govor. Preduvjeti za izvođenje takvih

operacija su ograničena proširenost tumora, dobro stanje pluća i srca te psihički i fizički stabilni bolesnici.

Klasični primjeri tih operacija su **horizontalne supraglotičke laringektomije, vertikalne laringektomije i hemilaringektomije** (7). Operacije se izvode vanjskim pristupom, a u novije se vrijeme katkada izvode i laserske resekcije.

Laringofisura osnovni je kirurški postupak pri otvorenome pristupu na tumore glasiljki.

Kordektomija se može učiniti u slučajevima kada je tumor zahvatio dio ili cijelu glasiljku, pri čemu ne postoji infiltracija dubljih struktura glasiljke, odnosno pokretljivost glasiljke je očuvana (7).

Vertikalna laringektomija veći je zahvat od kordektomije. Indicirana je za tumore glotisa koji zahvaćaju jednu glasiljku, bez znakova širenja u subglotički prostor ili na suprotnu stranu (7). Poslije takve laringektomije obično nema smetnji gutanja i već nakon šest do osam dana možemo odstraniti nazogastričnu sondu. Ponekad se čak niti ne upotrebljava sonda nego se pacijent hrani dva do tri dana infuzijama. Kanila se također može odstraniti već nakon tjedan dana, međutim ako je potrebno postoperativno zračenje, kanila ostaje do završetka zračenja.

Postoje 3 tipa **Horizontalne laringektomije**: epiglotidektomija, hiotiroepiglotidektomija i supraglotička laringektomija. Funkcije larinksa, nakon horizontalne laringektomije, dosta su očuvane. Glas ostaje dobar, a i funkcija gutanja uspostavlja se najkasnije između desetog i četrnaestog dana.

Totalnu laringektomiju liječnici izvode kod bolesnika s velikim tumorima zbog kojih nije moguće učiniti parcijalnu laringektomiju. Pri toj operaciji larinks se odstranjuje u cijelosti, zajedno s jezičnom kosti (7).

Nakon totalne laringektomije bolesniku ostaje trajna traheostoma i definitivno se odvaja dišni od probavnog puta. Nazogastrična sonda za postoperativnu prehranu odstranjuje se deseti do dvanaesti dan nakon operacije. Drenaža operativnog područja odstranjuje se nakon tri do četiri dana (5).

Zadaća medicinske sestre je da bolesnika kod kojeg je izvedena totalna laringektomija upozna s postoperativnim tokom: s održavanjem prohodnosti i toaleta trahealne kanile, svakodnevnim mijenjanjem kanile. Prije otpuštanja iz bolnice medicinska sestra bolesnika treba naučiti samostalno mijenjati kanilu, za što je potrebna upornost i strpljivost. U daljnjem tijeku, bolesnika valja osloboditi kanile, a uvjet je za to dovoljno široka traheostoma.

Razvojem kirurških tehnika i sve boljom opremljenošću centara koji liječe ove bolesnike, danas je moguće sve više bolesnika operirati konzervativnom kirurgijom larinksa u cilju postizanja što boljih funkcionalnih rezultata i poboljšane kvalitete života.

1.2.6. Komplikacije nakon operacija karcinoma larinksa

Nakon operacije karcinoma larinksa moguće su komplikacije koje se mora znati prepoznati i uočiti. Jedna od najčešćih i najneugodnijih komplikacija poslije takvih operacija jesu **krvarenja** iz gornje laringealne arterije ili štitne arterije. Zato je ponekad potrebno hitno intervenirati kako bolesnik ne bi iskrvario.

Aspiracijska pneumonija danas je mnogo rjeđa, ali se ipak još uvijek pojavljuje. **Faringokutane fistule** katkad su vrlo tvrdokorne i zahtijevaju veliku strpljivost bolesnika i liječnika. **Infekcije** rane događaju se još i danas usprkos upotrebi antibiotika. **Striktore** laringealnog lumena zahtijevaju dugotrajno liječenje, a ponekad i više plastičnih zahvata. **Kraste** u traheji veoma su neugodne za bolesnika, a mogu izazvati naglo gušenje.

Postoperativni šok ne bi se smio događati uz suvremenu i dobru predoperativnu pripremu.

Hilom se ponekad pojavi prilikom velikih zahvata na vratu u blizini klavikule i uz povrede duktusa toracikusa. **Subkutani emfizem, pneumomediastinum i pneumotoraks** te **emfizem toraksa** također se mogu pojaviti. **Kozmetička unakaženja** na vratu ponekad zahtijevaju dugotrajne korekture. **Salivacijska inkontinencija** iz usta uzrokuje bolesniku mnogo poteškoća.

Otežano žvakanje, gutanje i govor često uzrokuju psihičku depresiju bolesnika (1).

2. Zdravstvena njega oboljelog od karcinoma larinksa

Zdravstvena njega osnovna je djelatnost sestrinstva kao profesije. Zdravstvena njega primjenjuje metode rada utemeljene na znanju, a kao općeprihvaćenu metodu uključuje proces sestrinske skrbi.

Primjena zdravstvene njege, a naročito primjena procesa sestrinske skrbi, zahtijeva znanje o anatomskim i fiziološkim pojavama, kao i kliničkom, odnosno operacijskom dijelu, kako bi uočavanjem simptoma i znakova prepoznao i riješio probleme koje je tehničar/sestra ovlašten rješavati. Znanje omogućava sestri da opiše potrebne intervencije koje treba provesti u cilju olakšanja simptoma vezanih uz bolest.

Cjelovito promatranje, odnosno holistički pristup, zahtijeva razumijevanje ljudske prirode i zdravlja, što iziskuje poznavanje biološke osnove ljudskog ponašanja. Pri tome treba imati na umu da je svaka osoba jedinstvena, da postoje razlike s obzirom na dob, spol, kulturu, etničko porijeklo, kao i to da neočekivana promjena načina života kod nekih osoba donosi puno više problema nego što bi se moglo pretpostaviti u usporedbi s drugom osobom.

Stoga skrb i zdravstvena njega za bolesnike s medicinski identičnom dijagnozom karcinoma nikako ne znači identično djelovanje u zdravstvenoj njezi, već donosi još širu lepezu sestrinskih dijagnoza, intervencija, ciljeva te različitih evaluacijskih tvrdnji.

Bolesnici s karcinomom larinksa zahtijevaju veliku pažnju, znanje i vještine djelatnika, kako pri izvođenju medicinskih postupaka, tako i u ophođenju prema njima.

Odluka bolesnika na totalnu laringektomiju vrlo je teška jer takva operacija ima za posljedicu trajni gubitak govora i trajno formiranje otvora za disanje na donjem dijelu vrata (traheostoma).

Uloga medicinske sestre vrlo je važna u svim fazama skrbi za bolesnika. U prijeoperacijskoj fazi važno je da bolesnik shvati da u novonastaloj situaciji neće biti sam, a u poslijeoperacijskoj fazi ga educiramo kako će živjeti s traheostomom. Sestrinska briga o laringektomiranim bolesnicima ne prestaje ni nakon hospitalizacije jer oni dolaze na odjel i u polikliniku gdje im sestra pruža stručni savjet i toplu riječ.

Profesionalni rad svih zdravstvenih djelatnika uključenih u zbrinjavanje i skrb o bolesniku koji je došao u bolnicu zbog karcinoma larinksa, ostvaruje se u zajedničkoj suradnji i dopunjavanju.

2.1. Prikupljanje podataka

Holistički pristup i zbrinjavanje bolesnika s karcinomom larinksa, od trenutka njegova dolaska i prijema, tijekom boravka u bolnici pa sve do otpusta, zahtijeva trajno praćenje.

Prilikom prijema bolesnika u bolnicu te, posebno kasnije tijekom hospitalizacije, važno je procjenjivati stanje bolesnika, utvrditi njegove potrebe, odrediti prioritete, uočiti promjene, izvršiti reviziju plana zdravstvene njege i uskladiti ga s novonastalim stanjem.

Procjena sestre pri utvrđivanju potreba za zdravstvenom njegom započinje prvim kontaktom, pri prijemu bolesnika, prikupljanjem podataka iz različitih izvora i različitim tehnikama. Promatranje, intervju, analiza subjektivnih i objektivnih podataka (simptoma i znakova) te analiza dokumentacije, samo su neki od postupaka koji prethode sustavnoj skrbi bolesnika.

Intervju je profesionalnim ciljem usmjeren razgovor dviju osoba koje imaju međusobno komplementarne uloge. U koliko je bolesnik pri prijemu svjestan, orijentiran u vremenu i prostoru, medicinska sestra može početi prikupljati podatke kroz intervju s bolesnikom, smatrajući bolesnika primarnim izvorom podataka (8).

Kod bolesnika koji ne može sam dati podatke, intervju se provodi s osobama koje su u pratnji bolesnika. Obično su to članovi obitelji ili bliske osobe koje u toj situaciji služe kao sekundarni izvor podataka. Tijekom intervjuja sestra se može koristiti otvorenim, zatvorenim, sugestivnim i provokativnim pitanjima, tehnikom refleksije i parafrazije. Bez obzira na koju se vrstu intervjuja sestra odluči, svakako će intervju doprinijeti stvaranju pozitivnog odnosa, omogućiti bolesniku da dobije potrebne i željene informacije i pomoći sestri pri utvrđivanju potreba bolesnika za zdravstvenom njegom.

Prilikom prijema bolesnika na odjel, sestra se služi i tehnikom promatranja kojom dolazi do podataka o različitim aspektima bolesnikovog stanja i okolinskih utjecaja. Podatci koje tada dobije izuzetno su važni i radi usporedbe stanja bolesnika

nakon operacijskog zahvata, kada se uglavnom događaju značajnija odstupanja od uobičajenih vrijednosti.

Sukladno zadanim standardima procesa zdravstvene njege, sestra će promatrati izgled i funkciju dijelova tijela s obzirom na položaj, pri čemu pregled počinje od glave i nastavlja se prema donjem dijelu tijela. Ovdje se uključuje ocjena općeg stanja i vitalnih znakova. Također se može koristiti promatranje velikih tjelesnih sustava: respiratorni, kardiovaskularni, živčani, gastrointestinalni, urogenitalni, lokomotorni.

Ovisno o stanju bolesnika ili preferencijama medicinske sestre, ona se može odlučiti i za prikupljanje podataka prema obrascu psihofizičkog funkcioniranja M. Gordon koji obuhvaća sljedeće: percepciju vlastitog zdravstvenog stanja, prehranu i metabolizam, eliminaciju, aktivnosti, spavanje i odmor, senzorne i kognitivne funkcije, percepciju samog sebe, ulogu i odnos s drugima, seksualnu aktivnost i reprodukciju, sučeljavanje i toleranciju na stres, sustav vrijednosti i stavove te fizikalni pregled (8). Prikupljene podatke potrebno je razlikovati prema određenim kriterijima, a sve s obzirom na ukupno kirurško liječenje bolesnika. Tako je potrebno razlikovati dimenziju subjektivno-objektivno kod bolesnika, potrebno je razlikovati činjenice i interpretaciju činjenica te podatke koji se odnose na sadašnje stanje i one koji se odnose na ranije stanje.

Posebnost u planiranju zdravstvene njege stanje je bolesnika pri prijemu, odnosno prije operacije i predviđeno stanje u poslijeoperacijskom tijeku, što zahtijeva obaveznu reviziju podataka i promjenu plana zdravstvene njege.

Nakon faze prikupljanja, medicinska sestra mora prikupljene podatke obraditi i grupirati za daljnju analizu, provjeriti njihovu dosljednost, provjeriti zastupljenost holističkog pristupa te sve uskladiti sa sveukupnom skrbi za bolesnika, tj. s predviđenim operacijskim liječenjem.

2.2. Prijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa

Osim akcijske usmjerenosti na zbrinjavanje bolesnika koji je hospitaliziran zbog karcinoma larinksa, neophodno je pokrenuti kvalitetnu međuljudsku komunikaciju i holistički pristup tom bolesniku.

Svrha je pripreme bolesnika za operaciju osigurati mu najbolju moguću fizičku, psihološku i duhovnu spremnost za kirurški zahvat (9). To je cilj svih članova zdravstvenog tima. Individualne potrebe bolesnika uvjetuju tko će sudjelovati u pripremi bolesnika za operaciju, a uspjeh kirurškog zahvata ovisi o učinkovitosti svih članova zdravstvenog tima.

Prije operacije u bolesnika su prisutni različiti osjećaji, a često i sam strah (strah od činjenice da će biti predan liječniku, da neće znati što se s njim događa, tko i što ga čeka u operacijskoj dvorani, strah od ishoda – uspješnost kirurškog zahvata, daljnjeg liječenja), pa stoga skrb za bolesnika ne smije biti vezana samo za vrijeme prije i nakon operacije, nego mora uključivati i skrb tijekom operacije (9). Planovi zdravstvene njege izrađuju se za svakog bolesnika posebno, na osnovi sustavno i cjelovito utvrđenih potreba, kako prije zahvata, tako i u operacijskoj dvorani.

2.2.1. Psihološka priprema bolesnika

Svrha je psihološke pripreme bolesnika osigurati bolesniku najbolju moguću spremnost za kirurški zahvat. Bolesnik mora osjećati povjerenje u osoblje koje sudjeluje u njegovu liječenju i zdravstvenoj njezi (9).

Psihološku pripremu bolesnika kod kojega se planira laringektomija počinje kirurg koji će na razumljiv način objasniti bolesniku potrebu, važnost i korist kirurškog zahvata. Ako se planira totalna laringektomija, bolesnika će se upoznati s činjenicom da više neće disati kroz nos, nego će imati trajnu traheostomu, te ga se mora suočiti s gubitkom glasa.

Zatim se u pripremu uključuje medicinska sestra koja svojim pristupom i radom kod bolesnika nastoji smanjiti strah, tjeskobu i zabrinutost, pomoći mu izgraditi povjerenje i samopouzdanje te mu pomoći u usvajanju poželjnog ponašanja. Medicinska sestra će osigurati profesionalni prijem na bolesnički odjel. Upoznat će ga s osnovnim prostorom bolesničke sobe, predstaviti mu druge bolesnike u sobi, pokazati mjesto gdje će držati odjeću i osobne stvari. Niz naizgled malih pojedinosti može umanjiti, ako ne i otkloniti prisutni strah od novog i nepoznatog. Medicinska sestra bolesnika će uključiti u planiranje i provedbu zdravstvene njege, što će pridonijeti tome da bolesnik stekne povjerenje, postavlja pitanja, izražava svoju

nesigurnost i strah, a sve to pak sigurno pridonosi uspješnoj pripremi za kirurški zahvat.

U razgovoru s bolesnikom sestra mora saznati što ga opušta te mu savjetovati da to čini u vremenu prije operacije. Opuštajuće mogu biti vježbe disanja, slušanje glazbe, slikovite predodžbe ugodnih doživljaja iz života, molitva i druge aktivnosti. Bolesnicima vjericima pomoći će posjet duhovnika. Dokazano je da nakon dobre psihičke pripreme bolesnik bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, treba manje analgetika, a boravak u bolnici skraćuje se za jedan do dva dana.

2.2.2. Fizička priprema bolesnika

Priprema obuhvaća pretrage koje omogućuju ocjenu općeg zdravstvenog stanja nužnog radi anestezije. Liječnik određuje osnovne, rutinske laboratorijske pretrage krvi i urina, elektrokardiogram, snimku pluća, a traži se i mišljenje kardiologa i neke pretrage koje su potrebne pri utvrđivanju eventualne prisutnosti neke kronične bolesti.

Medicinska sestra u prije operacijskoj pripremi osigurava prilagođavanje prehrane i obroka s obzirom na potrebe bolesnika i vrijeme planirane operacije. Važna je pravilna priprema probavnog trakta, kao i priprema samog operacijskog polja s ciljem smanjivanja bakterijske flore na koži. Također je vrlo važno poučavanje bolesnika o sprječavanju poslijeoperacijskih komplikacija i komplikacija dugotrajnog ležanja tako da provodimo vježbe disanja, iskašljavanja i vježbe udova.

2.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa

Iako skrbi za svakog bolesnika treba pristupiti individualno, ipak postoje određeni okviri poslijeoperacijskog liječenja i zbrinjavanja bolesnika nakon operacije karcinoma larinksa. Operacijski zahvati u području glave i vrata obično su dugotrajni i iscrpljujući te poslije operacije najčešće zahtijevaju intenzivno liječenje.

U tom periodu, koji slijedi neposredno iza operacijskog zahvata prvi prioritet je uspostava normalnog disanja, a bolesnik može biti priključen na respirator prvih

dvanaest do trideset šest sati. Bolesnika se pojačano nadzire, prati se stanje vitalnih znakova i stupanj budnosti. Kontroliraju se zavoji na kirurškoj rani, drenovi, te se osigurava prohodnost kanile i dišnih putova.

Opće stanje bolesnika tada ovisi također i o kroničnim bolestima i poteškoćama te o općem stanju bolesnika prije operacijskog zahvata. Nastavak liječenja bolesnika na odjelu može se očekivati kada su za to zadovoljeni osnovni kriteriji: stabilni vitalni znakovi, dobra respiratorna funkcija, orijentacija u vremenu i prostoru, zadovoljavajuća satna diureza, izostanak mučnine, prisutnost boli samo u niskom intenzitetu.

Zdravstvena njega bolesnika nakon operacije karcinoma larinksa usmjerena je na prepoznavanje i sprečavanje poslijeoperacijskih komplikacija. Zbog toga su sestrinske intervencije na prvom mjestu usmjerene osiguranju prohodnosti dišnog puta. Bolesnika je potrebno staviti u povišeni položaj jer povišeni položaj omogućava proces izmjene zraka i smanjuje poslijeoperacijske edeme koji mogu uzrokovati opstrukciju dišnih putova (10).

U poslijeoperacijskom razdoblju može doći do upale pluća ako se sekret zadržava u plućima. Bolesnika se upućuje na što ranije ustajanje iz kreveta, iskašljavanje i duboko disanje kako bi se sekret učinkovitije uklanjao. Ukoliko bolesnik ne može iskašljati sekret, respiratorni se trakt treba aspirirati. Ukapavanje sterilne fiziološke otopine pomoći će sprječavanju nastanka čepova sluzi u bolesnika s traheofleksom. Aspiracija treba biti osobito oprezna kako se ne bi ozlijedila trahea što može uzrokovati krvarenje.

Otprilike tri dana nakon traheotomije, (plastična kanila koja se može napuhati tako da prione uz trahealnu stjenku) zamijenit će se s plastičnom kanilom bez cuffa. Kanila uzrokuje manji pritisak na trahealnu sluznicu i lakša je za održavanje. Kada se bolesnik dovoljno oporavi nakon operacije da mu pogled na traheostomu nije odbojan, medicinska će ga sestra početi educirati o njezi (10).

Nakon operacije važna je provjera drenova kao i drenažnog sadržaja. Prvih dvadeset i četiri do sedamdeset i dva sata izrazito su bitni u nadgledanju količine i sastava drenažnog sadržaja jer mogu upućivati na poslijeoperacijske komplikacije. Drenaža se uklanja kada količina drenažnog sadržaja postane minimalna (10).

Osim spomenutih intervencija, medicinska sestra će u poslijeoperacijskom razdoblju mjeriti vitalne funkcije, promatrati disanje te sprječavati nastanak infekcije operativnog polja i respiratorne infekcije. Također će osigurati povoljne

mikroklimatske uvjete što znači da će osigurati potrebnu količinu vlažnog zraka koji bolesnik udiše.

Provodit će osobnu higijenu od njege kože, usne šupljine, sprječavanja komplikacija dugotrajnog ležanja te osigurati pravilnu prehranu. Važan je način komunikacije, a primjenjivati će medikamentoznu parenteralnu terapiju koju je odredio liječnik.

U bolesnika mogu biti prisutne depresija i nesаница. Intervencije medicinske sestre trebale bi se usredotočiti na psihološku podršku, poučavanje bolesnika u provođenju aktivnosti samozbrinjavanja i poticanju samostalnosti (10).

Kvalitetna zdravstvena njega koja obuhvaća fizičku, psihološku i emocionalnu podršku bolesniku u poslijeoperacijskom razdoblju bitan je čimbenik za krajnji ishod bolesnikova liječenja (10).

Kako se bolesnik oporavlja, dobiva snagu i sve se bolje osjeća, mogućnosti za komplikacije se smanjuju. Neki se bolesnici u tom razdoblju već pripremaju za dodatne tretmane. Nakon uspješnog kirurškog liječenja, moguća je potreba za dodatnom radioterapijom i kemoterapijom.

2.3.1. Njega traheostome

Traheostoma je umjetno stvoreni otvor na prednjoj stijenci vratnog dijela dušnika. Može biti privremena i trajna (7). Privremena traheostoma se izvodi kao priprema za opsežne operacijske zahvate u predjelu glave i vrata. Spontano se zatvara u postoperativnom oporavku. Trajna traheostoma izvodi se kod malignih oboljenja na larinksu kada ostaje trajni otvor kao dišni put.

Traheotomija je kirurški zahvat kojim se otvara prednji dio traheje i uvodi trahealna kanila. Najčešće se izvodi u visini 2-3 trahealnog prstena. Četiri osnovna razloga za traheotomiju su opstrukcija gornjeg dišnog trakta, toaletu donjeg dišnog trakta, skraćanje gornjeg dišnog puta i olakšavanje respiracije, prevencija aspiracije sadržaja iz usne šupljine i probavnog trakta (7).

Traheostoma se formira ovisno o predvidivom trajanju. Ukoliko se radi o trajnoj potrebi, u pravilu, nakon totalne laringektomije, trahealna hrskavica ušiva se za kožu i cirkularnim šavovima osigurava zacjeljivanje spoja trahealne sluznice i kože.

Postupak izmjene kanile daleko je jednostavniji i sigurniji kod trajne traheostome, mada je i kod privremenih traheostoma već nakon sedam do deset dana kanal najčešće dobro formiran i prohodan bez dodatnih intervencija (11).

Neposredno nakon operacije kanilu će mijenjati kirurg, kao i kod bolesnika s jako debelim vratom, kod bolesnika za koje je poznato da je izmjena otežana i kod bolesnika kod kojih se pri izmjeni pojavljuje krv. Rutinske izmjene kanile može obavljati medicinska sestra koja je za to educirana.

Medicinska sestra posebnu pozornost poklanja osiguravanju previjanja rane i izmjene kanile u aseptičkim uvjetima koji uvjetuju primarno cijeljenje rane i sprječavaju infekcije.

Učestalost toaleta traheostome i kanile ovisi o količini sekrecije, krvarenju i infekciji. Ona može biti potrebna svaka dva sata ili jedanput u smjeni. Toaleta traheostome uključuje: aspiraciju sekreta iz dišnih putova, čišćenje unutarnje kanile, promjenu zavoja i vrpce koja pridržava kanilu, promjenu kanile.

Izmjena kanile

Neposredno prije izvođenja postupka, medicinska sestra priprema potreban pribor za izmjenu kanile i to: sterilnu kanilu odgovarajuće veličine, sterilne rukavice, sterilnu pincetu, sredstvo za dezinfekciju, trake, zavoj, sterilnu otopinu 0,9% NaCl, škare, bubrežastu zdjelicu i aspiracijsku pumpu te upoznaje bolesnika s izvođenjem postupka i njegovom važnošću. Kanila se u pravilu fiksira s mekom trakom oko vrata koja ne smije biti suviše zategnuta zbog cirkulacije, ali ni previše labava jer kanila pri kašlju može izletjeti iz traheje.

Kožu ispod kanile treba zaštititi od maceracije iskašljanim sekretom najbolje nepropusnom oblogom, a ako se koristi gaza, treba ju promijeniti čim se natopi sekretom (11).

Aspiracija sekreta iz dišnih putova

Aspiracija je postupak uklanjanja sekreta iz dišnih putova s pomoću katetera za aspiraciju spojenog s izvorom negativnog tlaka (9). Kada kod bolesnika s kanilom mehanizam kašlja nije dovoljan za izbacivanje sekreta, potrebno je sekret iz donjih dišnih putova odstranjivati aspiracijom. Kada bolesnik surađuje i može iskašljavati,

nije potrebno često aspirirati, a kateter ne treba plasirati dublje od same kanile (unos infekcije). Frekvencija aspiracije ovisi o količini trahealnog sekreta, statusa pluća (upala) i općem stanju pacijenta.

Medicinska sestra bolesniku će objasniti važnost postupka, umirivati ga za vrijeme aspiracije jer bolesnik može biti uplašen zbog kašlja i po potrebi primijeniti terapiju kisikom 5 minuta prije i nakon aspiracije. Tijekom izvođenja zahvata sestra će poticati bolesnika na duboko disanje i cijelo vrijeme ga promatrati. Aspiracija se mora provoditi po svim pravilima asepse.

Čišćenje trahealne kanile

Začepljenje kanile sasušenim sekretom problem je koji se lako prevenira čestim vlaženjem fiziološkom otopinom, aspiracijom sekreta iz kanile i redovitim čišćenjem uložka kanile (11). Uložak se čisti, odnosno mijenja više puta dnevno, ovisno o količini i gustoći sekreta. Pri ispiranju obavezno je čišćenje uložka valjkastom četkicom i, nakon toga, provjera čistoće jer začepljeni uložak smanjuje dovod zraka u traheju.

Medicinska sestra mora bolesniku objasniti postupak jer su mnogi bolesnici uplašeni, boje se da će kanila za vrijeme njege ispasti, a sestra će samo znanjem i dobrom komunikacijom umanjiti i ukloniti bolesnikov strah.

2.3.2. Prehrana bolesnika nakon operacije karcinoma larinksa

Pravilan način prehrane koji podrazumijeva odgovarajući kalorijski unos s optimalnom količinom hranjivih tvari, naročito bjelančevina, vitamina i minerala, bitan je čimbenik za cijeljenje rane i oporavak bolesnika.

Velika većina pacijenata u ranoj postoperativnoj fazi hrani se putem nazogastrične sonde, neovisno o disfagičnim smetnjama (11). Prehrana pomoću sonde obično započinje kada se uspostavi peristaltika. Obroci trebaju biti česti, polutekuće konzistencije i ne preopsežni zbog mogućnosti regurgitacije, a hrana treba biti na tjelesnoj temperaturi (11).

Hranjenje na sondu može se odvijati preko sondomata koji postupno neprekidno unosi hranu u želudac ili neposrednim ulijevanjem u sondu preko

štrcaljke ili lijevka. Bolesnika je potrebno što prije osamostaliti, tj. educirati samostalnom hranjenju putem nazogastrične sonde uzimajući u obzir bolesnikovu snagu, volju i znanje. Hranjenje treba biti pod nadzorom medicinske sestre u uspravnom položaju tijekom i 30 minuta nakon uzimanja hrane zbog mogućnosti aspiracije. Nakon zacjeljenja operativne rane započinje evaluacija funkcije gutanja. Ukoliko bolesnik može gutati slinu, ima sačuvanu oralnu kompetenciju i reflekse iskašljavanja, može se započeti s vježbanjem gutanja (5).

Kod rizičnih pacijenata uputno je uvježbati gutanje prije dekaniliranja zbog moguće aspiracije u dišni put koja se tada može i medijalno riješiti usisavanjem aspiriranog sadržaja kroz kanilu. Istovremeno, vježbanje govora s čepljenjem kanile pogoduje normalizaciji oralne funkcije.

Nazogastrična sonda za postoperativnu prehranu bolesnika odstranjuje se deset do četrnaest dana nakon operacije (7).

Prehrana putem sonde zahtijeva sestrinsku brigu, znanje, vještinu i strpljivost kod hranjenja bolesnika. U suradnji s liječnikom i dijetetičarom, sestra vodi brigu o kvaliteti hrane u kojoj moraju biti zastupljeni ugljikohidrati, masti, bjelančevine, vitamini i minerali te nutritivni pripravci obogaćeni omega-3 nezasićenim masnim kiselinama. Sestra mora voditi kontrolu i o dovoljnom unosu tekućine, uzimajući u obzir koje napitke bolesnik voli. Hranu treba davati u čestim i ne preopsežnim pripravcima, a samo hranjenje treba trajati od deset do petnaest minuta.

Nakon svakog hranjenja, kroz sondu je potrebno dati bolesniku malo čaja ili vode, kako se u sondi ne bi zadržali ostaci hrane. Špricu za hranjenje nakon svakog korištenja treba dobro mehanički oprati i posušiti.

Valja napomenuti da peroralna prehrana nije samo proces hranjenja, već i psihosocijalni ritual i izvor zadovoljstva pa je rehabilitacija ovog procesa za pacijenta izuzetno značajna. Gubitak tjelesne mase javlja se u čak 80% bolesnika s karcinomom u području glave i vrata. Taj gubitak tjelesne mase uzrokuje pad kvalitete života, onemogućava provođenje planiranog liječenja, povisuje nuspojave liječenja i mortalitet, odnosno loš je prognostički znak. Tumorska kaheksija može biti i posljedica poremećenog metabolizma. U korekciji i liječenju metaboličkih poremećaja kaheksije, povoljno djeluje prehrana ili nutritivni pripravci obogaćeni s omega-3 nezasićenim masnim kiselinama (12).

Vaganje bolesnika dva puta tjedno također se preporučuje kako bi se vidjelo je li smanjenje tjelesne težine vezano uz smanjen unos hrane ili uz povećanu potrebu

organizma za kalorijama. Rano otkrivanje tog problema rezultiralo bi povećanim nutritivnim unosom (10).

Pažljivom prilagodbom hrane, promatranjem i izvještavanjem o unosu hrane i tekućine te pružanjem primjerene pomoći, medicinska sestra iskonski će doprinijeti brzom i kvalitetnom oporavku bolesnika.

2.3.3. Govor nakon operacije karcinoma larinksa

Govor nakon operacije ovisi o količini žrtvovanog tkiva. Nakon kordektomije i hemilaringektomije glas je u početku promukao no s vremenom se može posve popraviti. Nakon totalne laringektomije bolesnik gubi mogućnost normalnog govora jer njegov dišni put sada počinje na traheostomi.

U komunikaciji s takvim bolesnikom medicinska sestra treba biti strpljiva, puna razumijevanja i suosjećanja. Bolesniku treba pružiti podršku, dati informacije i upute, a sve u svrhu ublažavanja neugodnih osjećajnih stanja kao što su potištenost, tjeskoba i drugi.

Također je bitno da sestra promatra i primijeti neverbalne znakove, izraz lica, geste, položaj tijela i drugo. Na početku se mogu sporazumijevati tako da pacijent sva svoja pitanja, želje i probleme piše na papir.

Ima nekoliko mogućnosti za govornu rehabilitaciju. Jedna je učenje ezofagealnog govora. Kako bi proizveo ezofagealni glas, laringektomirani bolesnik mora atmosferski zrak iz usne šupljine ubaciti u predio gornjeg dijela jednjaka. Pri izlasku iz jednjaka taj zrak dovodi do vibriranja faringoezofagealnog segmenta i okolnih struktura. Taj će se glas artikulacijom pretvoriti u ezofagealni govor (7). Takav je govor isprekidan i promuknut, no vježbanjem se može postići prilično dobra razumljivost. Rehabilitaciju ezofagealnog glasa i govora provodi logoped logopedskim vježbama koje traju mjesecima.

Druga mogućnost rehabilitacije glasa i govora je stvaranje traheoezofagealne fistule kirurškim putem u koje se mogu postaviti različite govorne proteze. To su jednosmjerne valvule koje propuštaju ekspiratorni zrak za fonaciju, a onemogućavaju aspiraciju prilikom gutanja (7).

Rehabilitacija laringealnog glasa kod traheoezofagealne fistule također se provodi uz manji broj logopedskih vježbi. Logoped poučava bolesnika tehnici zatvaranja traheostome i postizanja kvalitetnog traheoezofagealnog govora.

Komunikaciju nakon totalne laringektomije omogućuju i govorni aparati. Pacijenti koji dobiju aparat također pohađaju govorne vježbe s logopedom koji ih poučava o funkcioniranju govornog aparata i o tehnici korištenja aparata.

Velike su prednosti laringealnog glasa i zbog toga treba inzistirati osim na prevenciji i na ranoj dijagnostici karcinoma larinksa. Što je maligni tumor glasnice ranije otkriven, veće su mogućnosti spontanog, odnosno potpomognutog razvoja zadovoljavajuće glasovne komunikacije (13).

2.3.4. Zdravstveni odgoj bolesnika nakon operacije karcinoma larinksa

Poučavanje bolesnika predstavlja aktivni proces s temeljnim ciljem: poticanje i stvaranje značajnih promjena u stavovima i/ili ponašanju bolesnika (14).

Medicinska sestra mora prilagoditi način poučavanja bolesniku i posebno ga hrabriti da aktivno sudjeluje u prijeoperacijskom i poslijeoperacijskom tijeku. Savjetovanje i poučavanje mora biti prilagođeno bolesniku, njegovom općem stanju, intelektualnim, materijalnim i socijalnim mogućnostima. Sestra mora uzeti u obzir bolesnikove intelektualne sposobnosti, pažnju i motivaciju.

Zdravstveni odgoj bolesnika koji će imati trajnu traheostomu počinje bolesnikovom psihološkom pripravom za operaciju. Bolesniku i njegovoj obitelji treba objasniti važnost kirurškog zahvata i uputiti ih u promjene koje će nastati nakon operacije. Nakon operacije bolesnik mora, što prije, ovisno o svojim psihološkim i fizičkim sposobnostima, prihvatiti i usvojiti postupke koje će raditi cijeli život. Kada bolesnik nije u mogućnosti skrbiti se sam o sebi, u edukaciju moramo uključiti obitelj (9).

Za vrijeme boravka u bolnici bolesnika je potrebno postupno upoznavati i uključivati u izvođenje postupaka koje će poslije činiti sam. Bolesnik s traheostomom i/ili članovi njegove obitelji prije otpusta iz bolnice moraju znati promijeniti zavoj, očistiti i mijenjati kanilu. Za pacijenta je bitno da usvoji način komunikacije, što znači da prilikom govora treba prekriti stomu, odnosno zatvoriti kanilu kako sugovornika ne

bi poprskao sekretom iz kanile. Bolesnike nakon totalne laringektomije treba uputiti u upotrebu govornih pomagala, odnosno uputiti ih kod logopeda.

Nadalje, važno je da medicinska sestra objasni bolesniku kako će održavati čistoću svoje okoline i da zrak u prostoriji uvijek mora imati dovoljno vlažnosti.

Također je bitno da pacijent dolazi redovito na kontrole i pridržava se zdravstvenog ponašanja. Da bi se spriječio povratak bolesti, mora se naglasiti moguća smrtna opasnost uzrokovana pušenjem i konzumiranjem alkohola te inzistirati na prestanku njihove konzumacije (10).

Depresija je često dio poslijeoperacijskog razdoblja te je od neprocjenjive važnosti suradnja s psihologom kao i s grupama i mentorima za psihološku podršku.

3. Cilj rada

Cilj rada je prikazati osnove zdravstvene njege i sestrinske prakse kod bolesnika s karcinomom larinksa.

Opisane su posebnosti u skrbi za ovakve bolesnike, kao što su psihička priprema bolesnika za zahvat i postoperativne poteškoće bolesnika, uz naglasak na njegu traheostome, prehranu bolesnika i govor nakon laringektomije.

U posebnom prilogu prikazana je dokumentacija iz procesa zdravstvene njege.

4. Ispitanici i metoda

U radu je prikazan bolesnik B.K. (muškarac star 63 godine) obolio od karcinoma larinksa hospitaliziranog na Odjelu za uho, grlo i nos u siječnju 2014. godine. Prikazani su sestrinski problemi kod bolesnika kroz metodu procesa zdravstvene njege koji se sastoji od četiri faze: utvrđivanja, planiranja, provođenja i evaluacije zdravstvene njege.

Utvrđivanje potreba kao prva faza procesa započinje prikupljanjem podataka, njihovom analizom te definiranjem problema. U ovoj fazi uzeta je sestrinska anamneza temeljena na podacima iz primarnih, sekundarnih i tercijarnih izvora služeći se sljedećim metodama: intervjuom, promatranjem, mjerenjem i analizom sestrinske i medicinske dokumentacije.

Za prikupljanje podataka korišten je pripremljeni strukturirani obrazac koji sadrži sljedeće stavke: opće podatke o bolesniku, podatke o prijemu, uzimanje lijekova prije hospitalizacije, snalaženje u bolnici, fizikalni pregled i promatranje te tjelesnu aktivnost prije i sada.

Potom je korišteno jedanaest obrazaca zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon te planiranje otpusta. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja M. Gordon omogućuju prepoznavanje bolesnikovih zdravstvenih problema, a odnose se na:

- percepciju i održavanje zdravlja
- nutritivno metabolički obrazac
- eliminaciju
- tjelesnu aktivnost
- odmor i spavanje
- kognitivno percepcijski obrazac
- samopercepciju
- obrazac uloga i odnosa
- seksualno-reprodukcijski obrazac
- sučeljavanje i toleranciju stresa
- obrazac vrijednosti i vjerovanja

Od ostale dokumentacije korišteni su obrasci za izradu plana sestrinske skrbi.

Nakon prikupljanja podataka, pristupilo se njihovoj analizi koja uključuje reviziju podataka, njihovu interpretaciju i validaciju problema. Na taj način sortirani su oni podaci koji se odnose na isto područje, te definirane sestrinske dijagnoze.

Planiranje zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija. To zapravo predstavlja zajedničku aktivnost medicinske sestre, bolesnika, njegove obitelji i ostalih članova zdravstvenog tima.

Nakon toga pristupilo se izradi plana zdravstvene njege. Plan, koji je sastavni dio bolesnikove dokumentacije, mora sadržavati četiri osnovne skupine informacija. To su sestrinske dijagnoze, cilj, intervencije i evaluacija s kojom završava postupak planiranja.

Provođenjem zdravstvene njege provjeravali su se ispravnost i valjanost plana, analizirali uvjeti njegova provođenja te provođenje planirane intervencije.

Evaluacijom zdravstvene njege kao završnom fazom procesa ponovno se radila procjena bolesnikovog stanja te se istu uspoređivalo s predviđenim. U slučaju djelomičnog postignuća ili nepostignutog cilja, vrši se ponovna procjena stanja bolesnika, korekcija postojećeg ili izrada novog plana kako bi bolesnikove potrebe bile zadovoljene.

5. Prikaz sestrinske skrbi

5.1. Sestrinska anamneza

Bolesnik B.K. rođen je 1951. godine, oženjen je, otac dvoje odrasle djece. Bavi se poljoprivredom. Živi kao umirovljenik u obiteljskoj kući sa suprugom. Dobrih je socijalno-ekonomskih uvjeta.

Zaprimljen je na Odjel za uho, grlo i nos u siječnju 2014. godine redovnim prijemom radi planiranog operacijskog zahvata u općoj anesteziji pod dijagnozom karcinom larinksa. Bolesnik dolazi na bolničko liječenje s učinjenim laboratorijskim, radiološkim, internističkim i anesteziološkim nalazima.

Iz anamneze se doznaje da nikada nije bio teže bolestan ni hospitaliziran. Negira teže obiteljske bolesti. Pušač je od svoje osamnaeste godine. Unazad godinu dana pušio je dvije kutije cigareta na dan. Alkoholna pića konzumirao je gotovo svakodnevno. Od ljeta prošle godine ima promukao glas, a prije mjesec dana primijetio je čvorić na vratu što je i bio razlog posjete liječniku. Nakon specijalističkog pregleda i direktne laringomikroskopije s uzimanjem tkiva za patohistološku analizu, dijagnosticiran mu je karcinom larinksa. Svoju bolest povezuje s pušenjem i alkoholom. Od saznanja dijagnoze nije konzumirao alkohol i nije pušio. Tijekom hospitalizacije bitna mu je ljubaznost i pomoć zdravstvenog osoblja. Od liječnika je upoznat sa svojom bolešću, predviđenim operacijskim zahvatom i vrstom anestezije. Bolesnik je izjavio: „Želim znati više što me čeka nakon operacije“.

Prije hospitalizacije imao je tri obroka dnevno. Tolerira svu hranu, a najviše voli jesti domaće suhomesnate proizvode. Negira alergije. Unazad mjesec i pol dana izgubio je na težini (7kg). Bolesnik je izjavio: „Jeo sam normalno, a kilogrami su odlazili“.

Nakon operacije bolesnik se deset dana hranio preko nazogastrične sonde. Stolica mu je redovita, normalne boje, nešto tvrđe konzistencije. Mokrenje je u skladu s unosom tekućine. Znojenje nije prisutno.

Prije hospitalizacije aktivan i samostalan u aktivnostima samozbrinjavanja. Bavio se lovom. U slobodno vrijeme voli čitati. U bolnici, nakon operacije, bila mu je potrebna pomoć pri hranjenju. Spava oko sedam sati. Kod kuće je odlazio spavati oko 22:00, a budio se u 5:00. Voli zaspati uz gledanje televizora. U bolesničkoj sobi također ima televizor i nema poteškoća sa snom. Dobro čuje, dobro vidi. Naočalama

se koristi samo pri čitanju, pisanju i obavljanju preciznih radnji. Redovito odlazi na kontrolne preglede kod okulista. Dobro pamti, odluke donosi samostalno.

Inače je vedra i vesela osoba, uvijek na sve situacije u životu gleda pozitivno. Sada je tjeskoban zbog neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata, kaže: „Ne znam kako će sve ovo završiti“. Ujedno se boji i načina života poslije operacije. Bolesnik izjavljuje: „Sigurno će me ljudi čudno gledati, neću nikud ni ići kad neću moći pričati“. Bolesnik kaže da su mu djeca i supruga najveća podrška i da su svi jako zabrinuti zbog njegove dijagnoze, a najviše mu pomaže razgovor sa suprugom. Negira veće stresne situacije u životu. U teškim mu situacijama najviše pomaže obitelj i razgovor. Obitelj i zdravlje smatra najvećom vrijednosti.

Promatranje i fizikalni pregled: tjelesna visina - 174 cm, tjelesna težina - 61 kg, RR - 130/90, tjelesna temperatura - 36,5 C aksilarno, puls frek./min 60, dobro punjen, ritam - pravilan, disanje - 16/min., eupnoičan, boja kože - blijeda, turgor - normalan. Nema koštanih izbočenja, edema ni svrbeži. Prisutan povećan limfni čvor na vratu. Hoda samostalno, očuvane ravnoteže. Bolesnik je orijentiran u vremenu i prostoru.

5.2. Problemi iz područja zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju

Na osnovi prikupljenih podataka iz primarnih, sekundarnih i tercijalnih izvora, upotrebljavajući intervju, promatranje, mjerenje i analizu dokumentacije, a u skladu s tumačenjem zdravstvene njege prema M. Gordon, prikupljanjem podataka prema obrascima zdravstvenog funkcioniranja kod bolesnika, u prijeoperacijskom su razdoblju prisutni sljedeći sestrinsko-medicinski problemi i problemi iz područja zdravstvene njege:

1. Neupućenost u poslijeoperacijski tijek u/s nedostatka određenog znanja što se očituje izjavom bolesnika: „Želim znati više što me čeka nakon operacije“.
2. Tjeskoba u/s neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata što se očituje izjavom bolesnika: „Ne znam kako će sve ovo završiti“.

Tablica 1. Plan zdravstvene njege bolesnika oboljelog od karcinoma larinksa u prijeoperacijskom razdoblju prema sr. dijagnozi - Neupućenost u poslijeoperacijski tijek

Sest. dijagnoza	Cilj	Intervencije	Evaluacija
Neupućenost u poslijeoperacijski tijek u/s nedostatka određenog znanja što se očituje izjavom bolesnika: „Želim znati više što me čeka nakon operacije“.	Bolesnik će s razumijevanjem verbalizirati o poslijeoperacijskom tijeku (položaj, disanje, komunikaciju)	Sestra će: - uspostaviti odnos podrške i povjerenja - provjeriti što želi znati - poticati ga da postavlja pitanja, odgovoriti mu točno i iskreno - provesti psihološku prijeoperacijsku pripremu bolesnika i njegove obitelji - omogućiti kontakt s bolesnikom koji je bio podvrgnut takvoj operaciji - obavijestiti ga i objasniti mu očekivane promjene njegova stanja zbog bolesti i operativnog zahvata - dogovoriti način komunikacije poslije kirurškog zahvata	Cilj je postignut. Bolesnik je s razumijevanjem verbalizirao poslijeoperacijski tijek, izjavio je da mu je puno lakše kada on i njegova obitelj znaju što mogu očekivati nakon operacije

Iz prikaza slučaja sestrinske skrbi, uspostavljanjem odnosa povjerenja s bolesnikom i njegovom obitelji, pružanje psihološke podrške i davanje točnih informacija u prijeoperacijskom razdoblju vezanih za poslijeoperacijska očekivanja, bitno su utjecali na smanjenje zabrinutosti, uspostavljanje podrške i povjerenja bolesnika i njegove obitelji sa zdravstvenim timom.

Tablica 2. Plan zdravstvene njege bolesnika oboljelog od karcinoma larinksa u prijeoperacijskom razdoblju prema sr. dijagnozi - Tjeskoba

Sest .dijagnoza	Cilj	Intervencije	Evaluacija
Tjeskoba u/s neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata što se očituje izjavom bolesnika: „Ne znam kako će sve ovo završiti“.	Bolesnik će tijekom hospitalizacije biti manje tjeskoban, verbalizirat će svoje osjećaje	<p>Sestra će:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uspostaviti odnos poštovanja i povjerenja - pružiti podršku - pristupiti bolesniku mirno i sabrano - saznati što bolesnik zna o predstojećem operacijskom zahvatu, kako tumači i doživljava sadašnje stanje - poticati ga da postavlja pitanja, odgovoriti mu točno i iskreno - ohrabrivati ga kako bi verbalizirao osjećaje i tjeskobu - olakšati mu razgovor o očekivanim promjenama na tijelu - dati mu upute i jasna objašnjenja u poslijeoperacijskom razdoblju što uključuje: prisutnost boli i njezinog olakšanja, traheotomije, hranjenje nazogastričnom sondom - dogovoriti način komunikacije poslije operacije - uključiti obitelj kao podršku bolesniku 	Cilj je postignut. Bolesnik je u prijeoperacijskom razdoblju verbalizirao svoju tjeskobu, izjavio je kako mu je nakon razgovora puno lakše i da je manje tjeskoban

Tjeskoba i strah kao prateća obilježja su dio prijeoperacijskog razdoblja. Kao uzroci tjeskobe i straha, su gubitak dijela tijela, gubitak tjelesne funkcije, bolest koja onesposobljuje osobu, kirurški zahvat i njegov ishod, nedostatak specifičnog znanja i gubitke funkcije (10). Kod našeg su bolesnika spomenuti uzroci tjeskobe i straha također bili prisutni te smo prema njima proveli i edukaciju bolesnika uz nazočnost njegove obitelji. Mnogi autori opisuju važnost uspostavljanja odnosa povjerenja s bolesnikovom obitelji, njihovu podršku bolesniku i sudjelovanje u zdravstvenoj njezi, kao važan čimbenik za bolesnikov oporavak, rehabilitaciju i socijalizaciju (10).

5.3. Problemi iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju

U bolesnika je učinjen operacijski zahvat nakon kojeg bolesnik ima kiruršku ranu s obje strane vrata i traheostomu. Uvedena mu je nazogastrična sonda kao privremeni način prehrane, odnosno dok rana ne zacijeli i uspostavi se funkcija gutanja. Bolesnik je nakon operacije boravio četrdeset i dva sata u jedinici intenzivnog liječenja.

Po premještanju na odjel, u bolesnika smo uočili sljedeće probleme iz područja zdravstvene njege:

1. Smanjena prohodnost dišnih putova u/s hipersekrecijom i nemogućnošću iskašljavanja
2. Visok rizik za infekciju rane
3. Smanjena mogućnost hranjenja u/s kirurškim zahvatom 2 postavljenom nazogastričnom sondom
4. Poremećaj samopercepcije u/s promijenjenim izgledom i načinom komunikacije

Tablica 3. Plan zdravstvene njege bolesnika oboljelog od karcinoma larinksa u poslijeoperacijskom razdoblju prema sr. dijagnozi - Smanjena prohodnost dišnih putova

Sest. dijagnoza	Cilj	Intervencije	Evaluacija
Smanjena prohodnost dišnih putova u/s hipersekrecijom i nemogućnošću iskašljavanja	Bolesnik će tijekom hospitalizacije imati prohodne dišne putove	Sestra će: - održavati mikroklimatske uvjete u sobi - postaviti bolesnika u visoki Fowlerov položaj - kontrolirati vitalne znakove svakih jedan do dva sata - promatrati stanje: ritam, učestalost i dubinu disanja, prisutnost stridora - poticati bolesnika na duboko disanje i iskašljavanje - prilikom iskašljavanja pomoći bolesniku zauzimanje sjedećeg položaja - opskrbiti bolesnika sa staničevinom i papirnatim ubrusima - primijeniti aspiraciju sekreta po potrebi - povremeno ukapavati sterilnu fiziološku otopinu u otvor traheostome	Cilj je postignut. Dišni putovi su prohodni, bolesnik eupnoičan.

Osobito važan i zahtjevan vid pružanja njege bolesniku koji je bio podvrgnut operaciji karcinoma larinksa, odnosno totalnoj laringektomiji, jest uspostava normalnog disanja i sprječavanje respiratornih komplikacija u poslijeoperacijskom razdoblju, što zahtijeva educirano osoblje u provođenju gore navedenih intervencija.

Tablica 4. Plan zdravstvene njege bolesnika oboljelog od karcinoma larinksa u poslijeoperacijskom razdoblju prema sr. dijagnozi - Visok rizik za infekciju rane

Sest. dijagnoza	Cilj	Intervencije	Evaluacija
Visok rizik za infekciju rane	Bolesnik tijekom hospitalizacije neće dobiti infekciju operativne rane	Sestra će: - kontrolirati drenažu i njezinu učinkovitost, evidentirati količinu sadržaja - kontrolirati zavoje na kirurškoj rani - procijeniti stanje kože oko kirurške rane - previjati ranu prema pravilima asepsa - ograničiti broj posjetitelja - poučiti higijeni i pranju ruku - kontrolirati vitalne znakove - osigurati i poticati bolesnika na uzimanje hrane i tekućine - poticati bolesnika na odmor - primijeniti ordiniranu terapiju	Cilj je postignut. Bolesnik tijekom hospitalizacije nije dobio infekciju.

Infekcija rane ozbiljan je problem do kojeg može doći nakon svake operacije. Kao prevenciju infekciji, liječnici u praksi već intraoperacijski, a i u neposrednom poslijeoperacijskom periodu, bolesniku propisuju antibiotike. Medicinska sestra posebnu pozornost poklanja osiguravanjem previjanja rane u aseptičkim uvjetima, koji uvjetuju primarno cijeljenje rane i sprječavaju infekcije.

Tablica 5. Plan zdravstvene njege bolesnika oboljelog od karcinoma larinksa u poslije

operacijskom razdoblju prema sr. dijagnozi - Smanjena mogućnost hranjenja

Sest. dijagnoza	Cilj	Intervencije	Evaluacija
Smanjena mogućnost hranjenja u/s kirurškim zahvatom 2 postavljenom nazogastričnom sondom	Bolesnik će se hraniti uz pomoć medicinske sestre - sudjelovati u hranjenju primjereno vlastitom stanju i mogućnostima - povećati stupanj samostalnosti pri hranjenju	Sestra će: - procijeniti prehrambeni status prije operacije, konzultirati dijetetičara - osigurati bolesniku odgovarajući kalorijski unos hrane - primijeniti propisano hranjenje putem nazogastrične sonde kroz manje i češće obroke - prije hranjenja provjeriti položaj sonde - educirati bolesnika samostalnom hranjenju putem nazogastrične sonde	Cilj je djelomično postignut. Bolesnik je nakon operacije teško prihvatio hranjenje na sondu te nije uvijek želio pojesti sve predviđene obroke. Nakon provedene edukacije pokazivao je veću želju i zanimanje za hranom.

Intervencije medicinske sestre kod bolesnika s nazogastričnom sondom trebale bi se usredotočiti na psihološku podršku i poučavanje bolesnika samozbrinjavanju. Iz prikaza slučaja našeg bolesnika i literature možemo se složiti s činjenicom da prihvaćanje brige o samome sebi uvelike utječe na prihvaćanje samog sebe i ponovnu socijalizaciju.

Tablica 6. Plan zdravstvene njege bolesnika oboljelog od karcinoma larinksa u poslijeoperacijskom razdoblju prema sr. dijagnozi - Poremećaj samopercepcije

Sest. dijagnoza	Cilj	Intervencije	Evaluacija
Poremećaj samopercepcije u/s promijenjenim izgledom i načinom komunikacije	Bolesnik će tijekom hospitalizacije prihvatiti sebe, svoj izgled (traheostoma), pozitivno misliti o sebi i učinkovito komunicirati	Sestra će: - pomoći bolesniku učinkovito komunicirati - osigurati materijal za pisanje poruka - osigurati zvono za poziv - razviti neverbalne načine komunikacije - konzultirati logopeda - ohrabrivati bolesnika, stvoriti pozitivan optimističan stav - promicati realno stanje - surađivati s članovima obitelji kako bi ih uključili u pružanje podrške i ohrabrenje bolesnika - konzultirati psihologa	Cilj je djelomično postignut. Bolesnik teško prihvaća traheostomu i nemogućnost verbalne komunikacije, ali uz veliku podršku svoje obitelji ima puno pozitivnije mišljenje.

U prikazu našeg bolesnika, plan načina komunikacije nakon operacijskog zahvata dogovoren je s bolesnikom u prijeoperacijskom razdoblju. Unatoč dogovoru s bolesnikom o pisanom načinu komunikacije u poslijeoperacijskom razdoblju, nemogućnost komunikacije i prisutnost traheostome na bolesnika djelovali su frustrirajuće te bolesnik u početku nije htio pisati.

Poremećaj samopercepcije u svezi s promijenjenom slikom tijela je opisano (10, 19). Promjene u izgledu poslije operacije mogu izazvati osjećaj straha od neprihvatanja svoje okoline (9, 10).

Briga o samom sebi glavni je čimbenik u prihvaćanju samog sebe. Intervencije medicinske sestre trebaju se usredotočiti na psihološku podršku i edukaciju bolesnika u aktivnostima samozbrinjavanja.

5.4. Sestrinsko otpusno pismo

Bolesnik B.K., hospitaliziran na Odjelu za uho, grlo i nos Opće županijske bolnice Požega početkom 2014. godine, pod dijagnozom karcinom larinksa. Dolazi od kuće, naručen za operativni zahvat.

Za vrijeme hospitalizacije otkriveni su slijedeći problemi iz područja zdravstvene njege:

1. Neupućenost u poslijeoperacijski tijek u/s nedostatka određenog znanja što se očituje izjavom bolesnika: „Želim znati više što me čeka nakon operacije“.
2. Tjeskoba u/s neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata što se očituje izjavom bolesnika: „Ne znam kako će sve ovo završiti“.
3. Smanjena prohodnost dišnih putova u/s hipersekrecijom i nemogućnošću iskašljavanja
4. Visok rizik za infekciju rane
5. Smanjena mogućnost hranjenja u/s kirurškim zahvatom 2° postavljenom nazogastričnom sondom
6. Poremećaj samopercepcije u/s promijenjenim izgledom i načinom komunikacije

Ad. 1. Bolesnik je želio znati više o tome što ga čeka nakon operacije. S bolesnikom i njegovom obitelji uspostavili smo odnos povjerenja, saznali koliko znaju o bolesti, liječenju i poticali ih da postavljaju pitanja vezana za poslijeoperacijsko razdoblje. Bolesnikova obitelj dobila je pisane upute o mogućnosti konzultacije s liječnikom i posjetama za vrijeme boravka u jedinici intenzivnog liječenja i na Odjelu otorinolaringologije .

Bolesniku je objašnjeno da će nakon operacije biti smješten u povišeni položaj kako bismo mu olakšali disanje i omogućili bolju prohodnost dišnih putova. Ukazali smo mu na važnost dubokog disanja i iskašljavanja sekreta te ga educirali o vježbama dubokog disanja. Kako bi bolje shvatio prehranu putem nazogastrične sonde, bolesnik je i o tome educiran. Zbog trajne traheostome koju će imati nakon

operacije bolesnik neće moći verbalno komunicirati te je dogovoren način komunikacije za poslijeoperacijsko razdoblje.

Ad. 2. Bolesnik je u prijeoperacijskom razdoblju bio tjeskoban. Izjavio je da je zabrinut zbog neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata kao i zbog svega što ga poslije operacije može čekati. Saznali smo što bolesnik zna o predstojećem operacijskom zahvatu, kako ga tumači i doživljava te koji su najveći razlozi tjeskobe vezani uz neizvjestan ishod operacijskog zahvata.

Bolesnika smo poticali i ohrabivali da postavlja pitanja i verbalizira tjeskobu, a članovima njegove obitelji dali smo jasne upute i objašnjenja vezana uz očekivanja u poslijeoperacijskom razdoblju i omogućili im razgovor s liječnikom. Večer prije operacijskog zahvata primjenili smo ordiniranu terapiju anksiolitika.

Ad. 3. Bolesnik je traheotomiran. U bolesničkoj sobi osigurali smo odgovarajuće mikroklimatske uvjete s udjelom vlažnog zraka. Bolesnika smo postavili u visoki Fowlerov položaj koji omogućava bolju ventilaciju pluća. Kontrolirali smo vitalne znakove i pratili ritam, učestalost i dubinu disanja kako bismo na vrijeme uočili znakove koji mogu upućivati na neprohodnost dišnih putova.

Bolesnika smo poticali na duboko disanje i iskašljavanje sekreta. Prilikom iskašljavanja bolesniku smo pomogli zauzeti sjedeći položaj. Zbog otežanog iskašljavanja vršili smo aspiraciju dišnog puta kako bismo izbjegli atelektaze i pneumoniju.

Prije aspiracije pripremili smo bolesnika i objasnili mu postupak. Kako bismo spriječili nastanak čepova sluzi i razrijedili sekrete, bolesniku smo ukapavali u traheostomu sterilnu fiziološku otopinu. Bolesnika smo opskrbili sa staničevinom i papirnatim ubrusima te ga educirali o važnosti održavanja čistoće svoje okolice.

Ad. 4. Nakon premještaja iz jedinice intenzivnog liječenja bolesniku smo uzeli bris rane na vratu i traheostome. Nalaz brisa je bio sterilan. Primjenjivali smo ordiniranu terapiju, osigurali mu prehranu bogatu bjelančevinama i ugljikohidratima i poticali ga na unos tekućine.

Kiruršku ranu na vratu previjali smo u aseptičkim uvjetima. Pri previjanju promatrali smo zarastanje rubova kože, izgled drenažnog sadržaja, ispravnost drenaže i bilježili njegovu količinu. Četvrti postoperativni dan, kada je količina

drenažnog sadržaja bila minimalna, drenovi su uklonjeni. Sedmi postoperativni dan skinuti su šavovi, rana zarasla per primam.

Ad. 5. U poslijeoperacijskom razdoblju bolesnik se hranio uz pomoć medicinske sestre putem nazogastrične sonde. Bolesniku smo osigurali odgovarajući kalorijski unos hrane koji smo prethodno dogovorili s dijetetičarom uz dodatak dijetetskih pripravaka namijenjenih pojačanoj prehrani. Primijenili smo propisano hranjenje putem nazogastrične sonde kroz manje i češće obroke (šest obroka dnevno).

Prva tri dana bolesnik je bio izrazito tjeskoban i teško je prihvaćao prehranu putem sonde. Bolesnik nije uvijek pojeo sve predviđene obroke. Potali smo ga samostalnom hranjenju putem nazogastrične sonde. Četvrti poslijeoperacijski dan bolesnik je izrazio želju za edukacijom uz nazočnost supruge. Nakon provedene edukacije bolesnik se samostalno hranio putem sonde i pokazivao veće zanimanje za hranom. Deseti postoperativni dan bolesnik je otpočeo s oralnom prehranom. Kako bismo bolesniku olakšali konzumiranje hrane, osigurali smo mu tekuću, kašastu i mlaku hranu te uporabu žličice i savjetovali mu unošenje manjih zalogaja. Provedena je edukacija supruge o načinu pripreme hrane nakon otpusta iz bolnice.

Ad. 6. Bolesnik je imao poremećaj samopercepcije zbog traheostome i nemogućnosti verbalne komunikacije. S bolesnikom smo uspostavili odnos povjerenja i stvorili pozitivan optimističan stav uz promicanje realnog stanja. Kao vid podrške uključili smo bolesnikovu obitelj.

Bolesniku smo osigurali materijal za pisanje poruka i dogovorili način pozivanja putem zvona. Naglašavali smo bolesnikove mogućnosti, bodrili pozitivno samopoštovanje te poticali samostalnost u aktivnostima samozbrinjavanja.

Bolesnikove posjetitelje pripremili smo na bolesnikov promijenjen izgled, onemogućenu komunikaciju, promijenjen način hranjenja i disanja kako bi mu pružili podršku. Bolesnika i njegovu suprugu educirali smo o toaleti traheostome, promjeni i održavanju trahealne kanile. Zbog učenja i vježbanja ezofagealnog govora, bolesniku smo preporučili odlazak logopedu.

Otpusno pismo više medicinske sestre sadržava detaljan opis procesa sestrinske skrbi kao i preporuke za daljnji tretman kod kuće.

6. Rasprava

Kroz sestrinsku praksu koja uključuje prikaz našeg bolesnika možemo se složiti s teorijom autorica M.A. Horn i J.V. Badley koje kažu da zdravstvena njega bolesnika s karcinomom larinksa može biti jedno od najtežih i najizazovnijih, ali i jedno od najzahvalnijih područja pružanja holističke zdravstvene njege.

Po prirodi bolesti, oboljelima od karcinoma glave i vrata mogu biti zahvaćena najvitalnija područja njihove egzistencije i osobnosti: disanje, komunikacija, unos hrane i tekućine, vanjski izgled. Mnogi su utvrdili da je to najgore mjesto nastanka karcinoma jer se bolest, a ni njezino liječenje, ne mogu skriti od pogleda (10).

Bolesnik zbog svoje uočljivosti može biti nesvjestan predmet radoznalih promatrača. M.A. Horn i J.V. Badley navode da medicinska sestra za onkologiju glave i vrata ima zadatak educirati, intervenirati i nadgledati povratak nezavisnih funkcija do najvišeg mogućeg stupnja. Pružena njega mora odražavati stav suosjećanja bez sažalijevanja, optimizma, bez lažne nade i stalnog podržavanja i poticanja bolesnikove samostalnosti (10).

Uspješan oporavak bolesnika s karcinomom larinksa zahtijeva multidiscipliniran pristup bolesniku pa se od sestre očekuje uspješno funkcioniranje unutar tima različitih profila zdravstvenih djelatnika, a sve u interesu što boljeg i što ranijeg oporavka bolesnika.

Postavljanje realnih ciljeva u suradnji s bolesnikom i osobama koje su uključene u njegovo zbrinjavanje izuzetno je važno kao strategija u sestrinskom radu. Gubitak integriteta tjelesnog funkcioniranja dovodi kod bolesnika do poremećaja osnovnih ljudskih potreba i aktivnosti, što je naročito izraženo kod osoba starije životne dobi kod kojih je ponekad uz sve napore i trud svih osoba uključenih u skrb vrlo teško dostići kvalitetu života koju je bolesnik imao prije operacije.

7. Zaključci

Problem dolaska na bolničko liječenje u uznapredovalom stadiju bolesti, upućuje na potrebu zdravstvenog odgoja ranog prepoznavanja znakova i simptoma bolesti koji bi uvelike utjecao na kvalitetu života nakon operacije i preživljavanje bolesnika. Zdravstveni odgoj o štetnosti pušenja i alkoholizma nužan je za širu populaciju, osobito za mlade osobe jer se štetne navike najčešće usvajaju u tinejdžerskoj dobi.

Prijeoperacijsko razdoblje kod bolesnika obilježeno je zabrinutošću, tjeskobom i strahom te zahtijeva dobru psihološku pripremu bolesnika utemeljenu na uspostavljanju odnosa podrške, povjerenja zdravstvenog tima, pružanju točnih informacija bolesniku i njegovoj obitelji.

Sudjelovanje bolesnikove obitelji u zdravstvenoj njezi izrazito je važno za bolesnika zbog bolesnikova osjećaja sigurnosti, podrške i jačanja samopouzdanja. Poticanjem bolesnika i povećanjem stupnja samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja (hranjenje nazogastričnom sondom, samostalno čišćenje kanile) olakšava se prihvaćanje novonastalih promjena u izgledu i funkcijama te potiče napredak u prihvaćanju samog sebe i socijalizaciji bolesnika.

Liječenje i rehabilitacija bolesnika s karcinomom larinksa zahtijeva multidiscipliniran pristup bolesniku. U multidiscipliniranom timu medicinska sestra ima ključnu ulogu uspješne koordinacije tima u najboljem interesu za bolesnika. Razvitak multidiscipliniranih timova zahtijeva ujednačenu razinu obrazovanja svih članova tima. Stoga je trajna edukacija medicinske sestre/tehničara izrazito važna za daljnji razvoj sestrinstva i pružanje kvalitetne zdravstvene njege bolesniku.

Promjene tjelesne i psihosocijalne prirode zahtijevaju pružanje psihološke podrške od strane stručnjaka te edukaciju medicinske sestre u tom području.

8. Zahvala

Ovim putem se zahvaljujem svome mentoru doc.dr.sc. Mariu Biliću, dr.med. na stručnoj pomoći i savjetima, Predsjedniku povjerenstva prof.dr.sc. Dragi Prgometu, članu Povjerenstva prof.dr.sc. Mirku Ivkiću. Isto tako se zahvaljujem na velikoj pomoći prilikom odrađivanja pripravničkog staža šefu odjela Otorinolaringologije Mr.sc.Miljenku Vukoji,dr.med., glavnoj sestri odjela Štefaniji Leikauff, bacc.med.techn., te ostalim zdravstvenim djelatnicima na Odjelu u Općoj županijskoj bolnici Požegi.

9. Literatura

1. Padovan, I.: Otorinolaringologija 3, Školska knjiga, Zagreb, 1987.
2. Turić, M., Kolarić, K., Eljuga, D.: Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 1996.
3. Keros, P., Pećina, M., Ivančić-Košuta, M.: Temelji anatomije čovjeka, Naklada Naprijed, Zagreb, 1999.
4. Mladina, R., Poljak, Ž.: Otorinolaringologija za srednje i više medicinske škole, Školska knjiga, Zagreb, 1990.
5. Krajina, Z.: Otorinolaringologija i cervikofacijalna kirurgija, Školska knjiga, Zagreb, 1983.
6. Krajina, Z.: Kirurška terapija karcinoma larinksa, Školska knjiga, Zagreb, 1980.
7. Bumber, Ž. i sur.: Otorinolaringologija, Naklada Ljevak, Zagreb, 2004.
8. Fučkar, G.: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
9. Prlić, N., Rogina, V. i Muk, B.: Zdravstvena njega IV, Školska knjiga, Zagreb, 2001.
10. Horn, M.A., Badley, J.V.: Nursing Care in Cancer of the head and neck, fourth edition, Saunders Philadelphia, Pennsylvania, 2003.
11. Aljinović, N., Ratković, N., Živko, V.: Postupci s trahealnom kanilom i hranjenje bolesnika nakon operacije u Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, 2006.
12. Juretić, A.: Patofiziologija tumorske kaheksije i uloga specifičnih pripravaka i dodataka prehrani u Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, 2006.
13. Večerina, S., Kirinić Papeš, V., Živković, T.: Mogućnost glasovne komunikacije nakon kirurškog liječenja malignih tumora larinksa u Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, 2006.
14. Barath, A.: Kultura, odgoj i zdravlje, Zbirka nastavnih tekstova, Viša medicinska škola, Zagreb, 1995.
15. Prlić, N.: Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb, 2003.
16. Prpić, I.: Kirurgija za više medicinske škole, Medicinska naklada, Zagreb, 1996.
17. Fučkar, G.: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

18. Capernito, J. L.: Nursing Diagnosis, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
19. Brunner and Suddarth's.: Textbook of Medical Surgical Nursing, seventh edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
20. Henderson, V.: Osnovna načela zdravstvene njege, Hrvatska udruga za setrinsku edukaciju, Zagreb, 1994.
21. Havelka, M.: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
22. Breakwell, G. M.: Umijeće vođenja intervjuja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2001.

10. Životopis

Osobni podaci:

Ime i prezime: Marko Sabljak

Mjesto i datum rođenja: Požega, 21.02.1989.

Adresa stanovanja: Svetinja 11, 34308 Jakšić

E-mail: marko.sabljak89@gmail.com

Telefon: 097/794/1807

Obrazovanje:

1996-2004. Osnovna škola, OŠ Julija Kempfa Požega

2004-2008. Srednja škola, Srednja škola Pakrac

(smjer: medicinska sestra/tehničar)

2008-2012. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Studij sestrinstva

2012. Sveučilište diplomskog studija sestrinstva u Zagrebu

Radni odnos:

2013 - 2014 – Pripravnički staž