

Zdravstvena njega bolesnika s operacijom grkljana

Župan, Magdalena

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:243:181417>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Magdalena Župan

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S
OPERACIJOM GRKLJANA**

Završni rad

Osijek, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Magdalena Župan

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S
OPERACIJOM GRKLJANA**

Završni rad

Osijek, 2022.

Rad je ostvaren u: Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

Mentorica rada: dr. sc. Jasenka Vujanić, mag. med. techn.

Rad ima 40 listova.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Anatomija i fiziologija	1
1.2. Zloćudni tumori grkljana	2
1.2.1. Klinička slika	3
1.2.2. Dijagnostičke metode.....	3
1.2.3. Liječenje.....	4
1.2.4. Rehabilitacija govora nakon operacije grkljana.....	6
1.3. Zdravstvena njega bolesnika s operacijom grkljana	7
1.3.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega	8
1.3.2. Intraoperacijska zdravstvena njega	9
1.3.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega.....	9
1.3.4. Zdravstveni odgoj bolesnika	10
2. CILJ.....	11
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	12
3.1. Proces zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana	12
3.1.1. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana 12	
3.2. Prikaz slučaja bolesnika s operacijom grkljana	15
3.2.1. Sestrinska anamneza i status	16
3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege	19
3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo	23
4. RASPRAVA	26
5. ZAKLJUČAK	31
6. SAŽETAK	32
7. SUMMARY	33
8. LITERATURA	34
9. ŽIVOTOPIS	36

1. UVOD

Sustav gornjih dišnih puteva čine nos, ždrijelo i grkljan kojima je uloga zagrijavanje, vlaženje i čišćenje udahnutog zraka. Donje dišne puteve čine dušnik, dušnice, dva plućna krila s poplućnicama. Njihova je uloga prijenos većih čestica koje su ušle zrakom, iz pluća prema ždrijelu. Izbacivanje čestica vrši se gutanjem ili kašljem. Svaki organ koji sudjeluje u disanju ima svoju ulogu i funkciju (1). Kao i svi organi u ljudskom organizmu, grkljan je podložan raznim činiteljima koji mogu uzrokovati pojedine bolesti. Jedna od bolesti grkljana koja ima rastuću prevalenciju jest zloćudni tumor grkljana (2).

Broj osoba koje obolijevaju od zloćudnog tumora grkljana u svijetu iznosi 2 – 10 na 100 000 stanovnika (3). Ukupan broj svih slučajeva zloćudnih tumora usta, ždrijela i grkljana u Hrvatskoj 2014. godine iznosio je 890, od čega su 746 bili muškarci a 144 žene (4). Za daljnji tijek liječenja i skrbi za bolesnike sa zloćudnim tumorom grkljana, potrebno je poznavati čimbenike koji utječu na pojavu te vrste tumora te simptome kako bi se bolest na vrijeme prepoznala i dijagnosticirala jer je tada vjerojatnost izlječenja veća i manji je postotak smrtnosti (2).

Za postizanje kvalitetne i sveobuhvatne zdravstvene njege, u samom središtu mora biti bolesnik i njegove potrebe. Planovi zdravstvene njege trebaju biti individualizirani za svakog bolesnika kako bi što bolje zadovoljili njegove osnovne ljudske potrebe (2).

1.1. Anatomija i fiziologija

Grkljan (*lat. larynx*) smješten je na prednjoj strani u gornjem dijelu vrata u visini trećeg do šestog vratnog kralješka. Kostur grkljana sačinjen je od triju vrsta hijalinih hrskavica: tiroidne, krikoidne i dviju aritenoidnih hrskavica. Epiglotis (*lat. cartilago epiglottica*) je hrskavica elastične strukture koja izgledom podsjeća na list. Površina epiglotisa prožeta je udubinama i rupicama u kojima je limfno tkivo. Zglobovi i ligamenti omogućuju međusobnu povezanost svih hrskavica grkljana (5, 6).

Anatomska struktura grkljana može se podijeliti na tri regije koje poprečnim presjekom imaju oblik pješčanog sata. Prva je regija supraglotis koju čine laringealna i lingvalna strana epiglotisa, ariepiglotski nabori, dvije aritenoidne hrskavice i ventrikularni nabori. Druga regija grkljana, odnosno glotis, sačinjena je od glasnica te prednje i stražnje komisure. A treća regija

subglotis nalazi se u prostoru ispod donje granice glotisa pa sve do donjeg ruba krikoidne hrskavice (5, 6).

Glavne su zadaće i uloge grkljana respiratorna i zaštitna funkcija. Grkljan je dio respiratornog sustava koji sudjeluje u izmjeni plinova. Pokreti mišića grkljana reguliraju otvaranje glotisa i veličinu otvora, a kontrakcija vanjskih mišića prilikom udisaja grkljan spušta dolje, što rezultira povećanjem negativnog tlaka unutar prsnoga koša i poboljšanjem disanja. Kao što je spomenuto, grkljan ima i zaštitnu ulogu time što sprječava ulazak stranih tijela u dišne puteve. Zaštitni mehanizam funkcionira pomoću sfinktera. Oni imaju ulogu prilikom gutanja ili povraćanja time što sprječavaju ulazak hrane i tekućine u dišne puteve, uz pomoć glasnica djeluju mehanički sprječavajući vraćanje, odnosno izlaz zraka iz trahealnog stabla u grkljan i sudjeluju u fonaciji (5, 6).

1.2. Zloćudni tumori grkljana

U zadnjih nekoliko godina zastupljenost zloćudnog tumora grkljana u značajnom je porastu, a čini oko 2 % svih malignih tumora u organizmu čovjeka. Ta vrsta zloćudnog tumora češće se pojavljuje kod muškaraca starije i srednje dobi, a rjeđa je kod žena. Uzrok te bolesti, odnosno etiologija još uvijek nije u potpunosti razjašnjena, ali zna se da njezinu razvoju uvelike doprinose razni štetni čimbenici, kao što su pušenje duhana i konzumiranje alkoholnih pića, ionizirajuće zračenje te mehanička i termička oštećenja grkljana i kronične upale (5, 6).

Zloćudni tumori grkljana prema regiji u kojoj se nalaze dijele se na supraglotičke, glotičke i subglotičke:

- Tumori supraglotičke regije čine oko 35 – 40 % svih slučajeva zloćudnih tumora grkljana. Za prepoznavanje tog tipa često treba više vremena zbog nekarakterističnih simptoma koji se prvi javljaju. Bolesnici se prvo žale da u grkljanu imaju „strano tijelo“, a kasnije se pojavljuje bol dok bolesnik jede koja se potom širi prema uhu. Ta je regija bogata limfnom mrežom zbog koje je širenje tumorskih stanica po ostatku tijela vrlo izgledno, a regionalne metastaze pojavljuju se u oko 25 – 50 % slučajeva (3, 5, 6).
- Kada je zloćudni tumor lokaliziran na glasnicama, može se reći da se on nalazi u glotičkoj regiji grkljana. Zloćudni tumori grkljana u toj regiji zastupljeni su s oko 50 – 60 %. Tumori u glotičkoj regiji vrlo rano uzrokuju promuklost kod bolesnika, upravo se zbog toga mogu rano dijagnosticirati. Ta regija nije bogata limfnom mrežom i zbog toga zloćudni tumori te

regije dulje ostaju lokalizirani bez metastaza. Učestalost regionalnih metastaza tumora te regije iznosi 10 % (3, 5, 6).

- Oko 5 % zloćudnih tumora grkljana lokalizirano je u subglotičkoj regiji. Tumor se obično prvo pojavljuje na donjem rubu glasnica i širi se prema subglotičnom prostoru. Regionalne metastaze zloćudnog tumora te regije pojavljuju se u oko 30 % tumora (3, 5, 6).

1.2.1. Klinička slika

Zloćudni tumori svih triju regija grkljana uzrokuju probleme u fonaciji, disanju i gutanju. Pojava određenih simptoma uvelike ovisi o lokalizaciji tumora i fazi u kojoj se on nalazi. Najbolju prognozu imaju zloćudni tumori koji se nalaze u glotičkoj regiji, odnosno na glasicama. To područje najsiromašnije je limfnim i krvnim žilama, pa se tumor iz tog područja sporije širi. Točna dijagnoza može se rano postaviti jer je promuklost karakterističan simptom koji bolesnik može lako prepoznati, pa se ti bolesnici na vrijeme jave svojem liječniku. Za razliku od njih, tumori supraglotičke regije, zbog nekarakterističnih simptoma kasnije se dijagnosticiraju. Također brže metastaziraju i lakše se šire van granica regije u kojoj se nalaze. Tumori grkljana lokalizirani u subglotičkoj regiji nemaju dobru prognozu zbog toga što se dijagnosticiraju kasno, kada je tumor već uznapredovao. Tumori te regije često metastaziraju u limfne čvorove donjeg dijela vrata (5, 6).

Metastaze zloćudnih tumora grkljana manifestiraju se najčešće u limfnim čvorovima vrata, osobito uz jugularnu venu. Zahvaćeni limfni čvorovi mogu se prepoznati jer su uvećani i tvrdi te se lako mogu palpirati. Iako su metastaze u udaljenim dijelovima tijela rijetke, najčešće se pojavljuju u plućima, jetri, kostima, pa i mozgu (5, 6).

Kako bi se tumori larinksa što ranije otkrivali i liječili, uspostavljena je praksa da svakog bolesnika koji se žali na promuklost u trajanju od 3 do 4 tjedna, treba uputiti na specijalistički otorinolaringološki (ORL) pregled kako bi se utvrdio točan uzrok problema (2).

1.2.2. Dijagnostičke metode

Proces dijagnostike i utvrđivanja dijagnoze kod bolesnika sa zloćudnim tumorom grkljana počinje razgovorom i uzimanjem anamneze. Temeljito prikupljeni podatci, povijest bolesti i klinička slika simptoma koji su prisutni kod bolesnika uvelike pomažu pri dijagnostici i određivanju stadija tumora. Prvo se provodi klinički pregled koji uključuje inspekciju i palpaciju. Inspekcijom se pregledava vanjski dio grkljana, smještaj, boja kože, promjene u

vanjskom izgledu vrata... Palpacijom se utvrđuju promjene u hrskavičnom skeletu grkljana. Kod tumora grkljana moguće su tvrde izrasline na vratu koje ukazuju na metastatske promjene i tumore vrata. Povećani limfni čvorovi vrata mogu se uočiti i prije nego što drugi simptomi nastupe (5, 6).

Nakon kliničkog pregleda slijede instrumentalne pretrage koje dodatno olakšavaju postavljanje konačne dijagnoze. Najčešće se provode indirektna i direktna laringoskopija.

Indirektna laringoskopija pregled je grkljana uz pomoć zrcala koje se uvodi u orofarinks. Taj postupak može rezultirati sumnjom na tumor grkljana, zbog toga je vrlo bitan i iziskuje suradnju bolesnika i medicinskog osoblja. Liječnik pregledava dijelove grkljana koje može vidjeti preko ogledalca – bazu jezika, gornji rub epiglotisa i obrnutu sliku grkljana. Ta je metoda često dovoljna za otkrivanje većih tumorskih masa u grkljanu (5, 6).

Kako bi se otkrili manji tumori, proširenost i lokalizacija tumora, koristi se fiberoskopija ili direktna laringoskopija. Ona omogućava izravan pregled grkljana uz pomoć fleksibilne endoskopske cijevi s hladnim svjetlom. Liječnik endoskopom ulazi kroz usta i ždrijelo do grkljana kako bi ga što detaljnije pregledao. Taj postupak može se izvesti i u lokalnoj anesteziji, a za vrijeme postupka moguće je uzeti uzorak za patohistološku analizu ili izvesti mali kirurški zahvat u toj regiji (5, 6).

Ako liječnik nakon tih pretraga sumnja na tumor grkljana, potrebno je učiniti CT vrata koji omogućuje procjenu i određivanje točne lokacije i veličine tumora, kao i zahvaćenost okolnih struktura i prisutnost metastaza.

Za još detaljniji pregled izvodi se laringomikroskopija, pri kojoj se uz pomoć mikroskopa promatra grkljan pod uvećanjem. Ta se pretraga izvodi pod endotrahealnom anestezijom, a konačna dijagnoza potvrđuje se ekscizijom i uzimanjem materijala za patohistološku analizu (5, 6, 7). Kada se postavi točna dijagnoza, odredi mjesto, stupanj i proširenost zloćudnog tumora planira se daljnji pristup i način liječenja (7).

1.2.3. Liječenje

Kako bi borba protiv zloćudnog tumora grkljana bila što uspješnija, a izlječenje i postotak preživljenja veći, vrlo je važno rano otkrivanje bolesti i što raniji početak liječenja. Liječenje onkoloških bolesnika provodi se u specijaliziranim ustanovama pod nadzorom multidisciplinarnog tima koji bolesnicima osigurava kvalitetnu, cjelovitu i sveobuhvatnu skrb

Liječenje bolesnika s tumorom grkljana može biti kirurško, radijacijsko (zračenjem) i polikemoterapijom (citostaticima) ili njihovim kombinacijama (3). Plan liječenja i odabir metode uvelike ovise o lokalizaciji i proširenosti tumora, o patohistološkom nalazu, o prisutnosti regionalnih i udaljenih metastaza i o općem stanju bolesnika (8).

Liječenje kod bolesnika sa zloćudnim tumorom grkljana u prvome je redu kirurško. Grkljan je vrlo važan dio ljudskog organizma koji ima ulogu u funkcijama disanja, govora i gutanja, a kirurško liječenje često za posljedicu ima gubitak prirodnog tijeka jedne od tih funkcija. Postoji nekoliko vrsta kirurških zahvata kojima se odstranjuje tumor grkljana. Također postoje i brojne modifikacije tih zahvata te dodatni zahvati koji se izvode kako bi se bolesnicima nakon operacije osigurala što bolja kvaliteta života. Opseg samog zahvata ovisi o mjestu i veličini tumora, kao i o općem stanju bolesnika (5, 6). Najčešće su vrste kirurških zahvata grkljana parcijalna i totalna laringektomija, supraglotička laringektomija i suprakrikoidna parcijalna laringektomija. Tijekom posljednjih dvadesetak godina mnoga provedena istraživanja upućuju na to da je endoskopska laserska kirurgija jednako uspješna kao i otvoreni kirurški zahvati. Dobar onkološki i funkcionalni ishod pokazala je transoralna laserska mikrokirurgija (TLM) (9).

- Parcijalnim laringektomijama uklanjaju se manji dijelovi grkljana koji su zahvaćeni tumorskim promjenama. Prilikom parcijalnih laringektomija, nakon što se tumor u potpunosti odstrani, rekonstruktivnim se zahvatima potpuno ili djelomično vraćaju izgubljene funkcije grkljana. Važni preduvjeti za takve zahvate jesu ograničena proširenost tumora, procjena respiratornog i kardiološkog stanja bolesnika te psihofizičko stanje u kojemu se bolesnik nalazi. Ti se operativni zahvati izvode vanjskim pristupom, no u današnje vrijeme sve su češće i laserske resekcije (4-6).
- Totalna laringektomija izvodi se u slučaju velikih tumora kod kojih nije moguće izvesti parcijalnu laringektomiju. Kod tog zahvata grkljan se s jezičnom kosti u potpunosti odstranjuje. Prvo se u lokalnoj anesteziji učini traheotomija zbog nemogućnosti endotrahealne intubacije kroz usta, a nakon toga se kroz traheostomu uvede endotrahealni tubus. Tijekom zahvata totalne laringektomije pacijent se uvodi u opću anesteziju. Grkljan se odvaja od okolnih struktura, a odstranjuje se i jezična kost. Trajna traheostoma oblikuje se šivanjem okolne kože uz rub koso prerezanoga dušnika, time se odvaja dišni sustav od probavnog (4, 5, 6).

- Supraglotička laringektomija najčešće se izvodi u slučajevima kada je karcinom supraglotisa već u uznapredovaloj fazi. Tim se zahvatom odstranjuje tumorom zahvaćeni dio supraglotisa i preepiglotički prostor. Vjerojatnost očuvanja organa nakon tog zahvata vrlo je dobra, kod 90 % bolesnika trahealna se kanila uvodi samo privremeno. Ta tehnika često se može zamijeniti transoralnim laserskim zahvatima (9).
- Suprakrikoidna parcijalna laringektomija koristi se u liječenju početnih stadija supraglotičkih tumora i kasnijim fazama transglotičkih. Operacija je kontraindicirana u slučaju širenja zloćudnog tumora izvan granica grkljana. Taj kirurški zahvat smatra se alternativnom metodom za totalnu laringektomiju. Nakon zahvata, funkcije govora i gutanja mogu se ponovno uspostaviti (9).
- Transoralna laserska mikrokirurgija izvodi se pomoću CO₂ lasera, a koristi se u liječenju većinom uznapredovalih tumora supraglotične regije. Najveće su prednosti te tehnike dobri onkološki rezultati, očuvanje hrskavičnog skeleta grkljana, izbjegavanje traheotomije te manji rizik od poslijeoperacijskih komplikacija i brži oporavak. TLM sigurna je opcija liječenja s niskom stopom morbiditeta i dobrim funkcionalnim rezultatima (9).

Radioterapija ili zračenje je metoda liječenja bolesti primjenom ionizirajućeg zračenja. Terapijska doza određuje se ovisno o vrsti i tipu tumora, njegovoj lokalizaciji i općem stanju bolesnika. Liječenje radioterapijom može se primjenjivati kao primarno liječenje, prijeoperacijski, poslijeoperacijski ili kombinirano uz druge metode liječenja zloćudnog tumora grkljana (5, 6, 8)

Kemoterapija je metoda liječenja tumorskih promjena primjenom citostatika koji imaju sposobnost uništiti tumorske stanice i spriječiti njihov rast i diobu. Ta metoda za svrhu ima sprječavanje širenja tumora i olakšanje tegoba koje bolesnik osjeća. U liječenju zloćudnog tumora grkljana, koristi se u kombinaciji s kirurškim zahvatom i/ili radioterapijom (5, 6, 8).

1.2.4. Rehabilitacija govora nakon operacije grkljana

Očuvanost funkcije govora nakon operacije grkljana ovisi o vrsti zahvata i dijelu grkljana koji je operiran. Nakon parcijalne laringektomije bolesnik je promukao, ali funkcija govora mu se nakon nekog vremena u potpunosti vrati, dok kod totalne laringektomije bolesnik gubi funkciju govora. Gubitak funkcije govora nakon totalne laringektomije uvelike narušava kvalitetu života bolesnika, te može dovesti do trajnih psihičkih i socijalnih problema (2).

Glasovna rehabilitacija počinje već u bolnici nakon operacije. Bolesnik uz pomoć logopeda uči o pojedinim načinima govora, a izbor same metode ovisi o općem stanju i životnoj dobi bolesnika, koliko je bolesnik motiviran i zainteresiran za određenu vrstu glasovne rehabilitacije te mogućnostima zdravstvene ustanove u kojoj se bolesnik nalazi. Najzastupljenije metode govorne rehabilitacije nakon totalne laringektomije jesu govorne proteze, ezofagealni govor i elektrolarinks (2, 6, 10).

- Govorna proteza (traheoezofagealna fistula) ugrađuje se kirurški kroz stijenku dušnika i jednjaka. Ona propušta i preusmjerava zrak prilikom ekspirija iz pluća u jednjak i ždrijelo pri čemu se formira glas vibriranjem nabora sluznice jednjaka. Može se ugraditi tijekom zahvata laringektomije, ali i nakon. Glavne prednosti te metode su da se glas nakon operacije može brzo vratiti i da je kvaliteta glasa slična prirodnom glasu (2, 6, 10).
- Ezofagealni je govor način korištenja alaringelanog glasa vlastitom voljom uz korištenje novih energetskih izvora. Novi energetski izvor odnosno rezervoar zraka stvara se ubacivanjem zraka u gornji dio jednjaka gutanjem. Voljnim izbacivanjem zraka iz rezervoara u hipofarinksu i jednjaku stvaraju se vibracije i tvorba glasa. Kod te metode nije potrebno bolesnika izlagati dodatnim kirurškim zahvatima, glas može koristiti spontano a zvuk ezofagealnog glasa minimalno je upadljiv okolini. Jedini je nedostatak taj što tu vrstu govora uspije naučiti samo 40 do 60 % bolesnika nakon laringektomije (2, 6, 10).
- Elektrolarinks se najčešće koristi kod bolesnika koji nisu uspjeli usvojiti ezofagealni govor ili ugraditi govornu protezu, ili u slučajevima kada bolesnik izrazi želju za tim pomagalom. To elektroničko pomagalo proizvodi titraje kada se prsloni na vrat, zatim se te vibracije prenose na stijenke ždrijela gdje se oblikuje glas. Korištenje te metode nije dugotrajno jer je osobi stalno zauzeta jedna ruka kojom drži pomagalo, smanjena je i razumljivost govora zbog neprirodnog zvuka koji proizvodi aparat, pa je time otežana socijalna interakcija bolesnika s drugima (2, 6, 10).

1.3. Zdravstvena njega bolesnika s operacijom grkljana

Zdravstvena njega osnovna je djelatnost svake medicinske sestre, utemeljena je na znanju i vještinama o brizi za bolesnike. Briga za bolesnike sa zloćudnim tumorom grkljana zahtjeva pripremljenost cijelog multidisciplinarnog tima od samog prijema bolesnika na odjel i pripreme za operaciju pa sve do poslijeoperacijske skrbi, rehabilitacije i otpusta. Uloga medicinske sestre ključna je u svim fazama zdravstvene skrbi za bolesnike s operacijom na grkljanu. U prijeoperacijskom razdoblju i pripremi bitno je da medicinska sestra educira bolesnika i smanji

njegove brige i strahove kako bi bolesnik bio spreman za operaciju i poslijeoperacijsko razdoblje. A svrha poslijeoperacijske skrbi za bolesnika nakon operacije na grkljanu je pratiti bolesnikovo stanje, povećati njegovu samostalnost i privikavati ga novom načinu života koji je nastupio nakon operacije (2, 11).

1.3.1. Prijeoperacijska zdravstvena njega

Svrha pripreme bolesnika za operaciju grkljana jest omogućiti bolesniku fizičku, psihičku i duhovnu spremnost za zahvat. A u tome glavnu ulogu imaju svi članovi zdravstvenog tima. Liječnik odrađuje pregled bolesnika i upućuje ga na pretrage prije operacije, nutricionist bolesniku prepisuje dijetu kako bi bio spreman za zahvat, svećenik zadovoljava bolesnikove duhovne potrebe, a medicinske sestre zadovoljavaju bolesnikove potrebe za zdravstvenom njegom i skrbi (11).

Kod bolesnika, prije operacije, prisutni su različiti osjećaji i strahovi. Zbog toga je psihička priprema jednako bitna kao i fizička. Svrha psihološke pripreme jest bolesniku omogućiti što bolju psihološku spremnost za operaciju. Medicinska sestra vrlo lako razgovorom može dobiti informacije o bolesnikovim strahovima i brigama. A bolesnici prije operacije na grkljanu imaju mnoge strahove koji su povezani s njihovom dijagnozom. Tijekom prijeoperacijskog razdoblja bolesnik treba steći povjerenje, postavljati pitanja i verbalizirati svoje strahove i nesigurnosti vezane uz kirurški zahvat. Dokazano je da bolesnik koji je prošao kvalitetnu psihološku pripremu prije zahvata, bolje podnosi taj zahvat te se brže i uspješnije oporavlja (11, 12).

Fizička priprema bolesnika prije operacije na grkljanu obuhvaća opće i specijalne pretrage kojima se utvrđuje fizička spremnost bolesnika za operaciju, određivanje specijalne dijetete, edukaciju i pripremu probavnog trakta. Tijekom fizičke pripreme bolesnik mora obaviti pretrage koje su mu potrebne za kirurški zahvat i primjenu anestezije. Kod bolesnika sa zloćudnim tumorom grkljana vrlo su bitni biopsija i CT kojima se dokazuju i određuju značajke tumora bitne za planiranje kirurškog zahvata. Također je bitna edukacija bolesnika i njegove obitelji o pravilnoj pripremi i kirurškom zahvatu. Medicinska sestra treba odgovoriti na pitanja bolesnika i obitelji te im pružiti psihičku potporu. Vrlo je važno prijeoperacijsko podučavanje bolesnika o sprječavanju poslijeoperacijskih komplikacija i poteškoća, vježbama disanja, iskašljavanja i brizi o traheostomi i trahealnoj kanili koju će bolesnik provoditi nakon traheotomije (11-13).

1.3.2. Intraoperacijska zdravstvena njega

Dolaskom bolesnika u operacijski blok medicinska sestra iz anesteziološkog tima provodi identifikaciju i pripremu bolesnika. Tijekom kirurškog zahvata na grkljanu vrlo je bitno pratiti bolesnikovo stanje, a medicinska sestra trebala bi posebnu pažnju posvetiti vitalnim znakovima i respiratornom statusu. Kod laringektomije, prije zahvata radi se traheotomija zbog nemogućnosti endotrahealne intubacije kroz usta. Operacija se izvodi u općoj anesteziji. Cijeli tim u operacijskoj sali sudjeluje u praćenju bolesnikovog stanja i uočavanju mogućih komplikacija. Bolesnicima kojima je rađena disekcija vrata, uvode se dva Redon drena zbog povećane količine sekreta i bržeg cijeljenja rane. Neposredno nakon operacije bolesnik se premješta u sobu za buđenje gdje počinje poslijeoperacijska zdravstvena njega (11).

1.3.3. Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Operacije na grkljanu dugotrajne su i iscrpljujuće za bolesnika pa nakon operacije bolesnici zahtijevaju intenzivnu skrb. Prioritet je uspostava normalnog disanja i prohodnosti dišnog puta i trahealne kanile. Svrha cjelokupnog poslijeoperacijskog razdoblja je da pacijent što prije samostalno zadovoljava svoje potrebe. Njega bolesnika nakon operacije na grkljanu usmjerena je na osiguranje prohodnosti trahealne kanile i dišnih puteva, sprječavanje infekcija, dobru oksigenaciju, očuvanje integriteta kože i okoline rane te osiguranje pravilne prehrane i načina komunikacije. Bolesniku je potrebno osigurati povišeni položaj koji omogućuje lakše iskašljavanje i ventilaciju pluća te osigurati povoljne mikroklimatske uvjete. Potrebno je mjeriti i bilježiti vitalne funkcije. Važno je osigurati potrebnu količinu vlažnog zraka/kisika koju bolesnik udiše i očuvanje integriteta kože u okolini stome. Potrebno je provoditi osobnu higijenu, njegu usne šupljine, sprječavati komplikacije dugotrajnog ležanja, osigurati pravilnu prehranu i dovoljan unos tekućine. Toaleta traheostome uključuje aspiraciju sekreta iz dišnih puteva, čišćenje unutrašnje kanile, promjenu zavoja ili vrpce i promjenu kanile. Aspiracija sekreta provodi se pomoću katetera spojenog na aspirator, svakih 1 do 2 sata. Medicinska sestra promatranjem i osluškivanjem procjenjuje potrebu za aspiracijom sekreta iz dišnih puteva. Aspiracija se provodi po svim pravilima asepse. Čišćenje unutarnje kanile, neposredno nakon operacije, izvode liječnik i medicinska sestra, a kada rana zacijeli čišćenje obavlja bolesnik. Unutarnju kanilu potrebno je čistiti 2 do 3 puta dnevno. Uz čišćenje kanile potrebno je promijeniti i zavoj, promjenu zavoja trebale bi izvoditi dvije osobe zbog manjeg rizika od ispadanja kanile. Vanjska kanila mijenja se između trećeg i petog dana nakon kirurškog zahvata.

Izvodi je liječnik i medicinska sestra u aseptičnim uvjetima (2, 11). Bolesniku su u poslijeoperacijskom razdoblju privremeno uvodi nazogastrična sonda zbog otežanog gutanja i mogućih komplikacija. Hranjenje putem nazogastrične sonde provodi se 10 – 12 dana (2).

1.3.4. Zdravstveni odgoj bolesnika

Poučavanje bolesnika aktivan je proces s ciljem poticanja i stvaranja značajnih promjena u stavovima i/ili ponašanju bolesnika. Zdravstveni odgoj počinje u prijeoperacijskom razdoblju psihološkom pripremom bolesnika za operaciju. U poslijeoperacijskom razdoblju bitno je da bolesnik usvoji vještine higijene okolice traheostome i pravila asepsse. Medicinska sestra treba podučiti bolesnika kako se samostalno čisti i održava prohodnost trahealne kanile te kada i kako se mijenjaju zavoji. Potrebno je objasniti kako se održava čistoća okolice i vlažnost zraka u prostoriji u kojoj boravi. Bolesnike treba uputiti u način primjene govornih pomagala i važnost suradnje s logopedom, psihologom, grupama i mentorima za psihološku podršku (2, 11, 12). Sve te postupke bolesnik mora primjenjivati kod kuće nakon otpusta kako bi se njegova kvaliteta života nakon operacije povećala (11).

2. CILJ

Cilj je rada prikazati proces zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana, utvrđene dijagnoze u procesu zdravstvene njege, planirane i provedene intervencije u prijeoperacijskoj pripremi i poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi bolesnika s operacijom grkljana usmjerene na rješavanje bolesnikovih problema.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Proces zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana

Proces zdravstvene njege objedinjuje procjenu, planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege i skrbi bolesnika. Provođenjem se u četiri faze koje se odvijaju tijekom sestrinske skrbi za bolesnika kod kojeg je prisutan problem u obrascima zdravstvenog funkcioniranja. Problem u procesu zdravstvene njege stanje je kod kojeg se zbog odstupanja od poželjnog tijekom prve faze prikupljaju podatci o bolesniku i definiraju sestrinske dijagnoze. U drugoj fazi utvrđuju se prioritete, definiraju ciljevi i planiraju daljnje intervencije sa svrhom unaprjeđenja zdravlja i rješavanja problema. Realizacija plana odvija se u trećoj fazi procesa zdravstvene njege, a evaluacija cilja i revizija plana dio su zadnje, četvrte faze (14).

Operacija na grkljanu bolesnicima mijenja kvalitetu života, dolazi do mnogih promjena koje kod bolesnika mogu dovesti do pojave problema i poteškoća. Medicinska sestra mora kvalitetno i cjelovito prikupiti podatke važne za planiranje sestrinske skrbi, uzeti podatke intervjuom, mjerenjem, promatranjem i analizom dokumentacije kako bi mogla na vrijeme uočiti probleme i pravodobno reagirati. Nakon operacije na grkljanu bolesnici se suočavaju s promjenama u načinu komunikacije, poteškoćama s hranjenjem, novim životnim navikama, strahom, tugom, pa i ljutnjom. Zbog toga ti bolesnici zahtijevaju trajno praćenje i pažnju cijelog zdravstvenog tima (2, 13).

3.1.1. Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana

Na temelju prikupljenih podataka i njihove analize sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana opisane u literaturi mogu biti sljedeće:

- anksioznost i depresija u/s onkološkom dijagnozom i operacijom na grkljanu
- visok rizik za aspiraciju u/s prekomjernim stvaranjem sekreta 2° kirurškim zahvatom na grkljanu
- visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine, otežanim gutanjem
- poremećena slika o tijelu i nisko samopouzdanje u/s kirurškim zahvatom na vratu, promjenama strukture i funkcije grkljana (13).

Nakon što su definirane sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege slijedi određivanje prioriteta, jasnih i preciznih ciljeva i planiranje intervencija kako bi se postigli željeni ishodi i riješili utvrđeni problemi. U idućem dijelu prikazane su češće prisutne dijagnoze u procesu zdravstvene njege, definirani ciljevi i intervencije u sestrinskoj skrbi za bolesnika s operacijom na grkljanu prema relevantnoj stručnoj literaturi (12-14).

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** anksioznost u/s onkološkom dijagnozom i operacijom na grkljanu

Cilj: Bolesnik će tijekom boravka u bolnici, nakon provedenih intervencija, izraziti manju razinu anksioznosti.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- procijeniti razinu anksioznosti – blaga/umjerena/teška/panika
- biti uz bolesnika ali poštovati osobni prostor
- uspostaviti komunikaciju
- pružiti bolesniku sigurnost i utjehu
- omogućiti postavljanje pitanja bolesniku i obitelji
- poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja
- podržati bolesnikove načine suočavanja sa stresom
- govoriti i objašnjavati smireno i polako
- izraziti empatiju i razumijevanje
- uključiti rehabilitiranu osobu s istom dijagnozom, poticati bolesnika na razgovor (13, 15, 16).

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** visok rizik za aspiraciju u/s prekomjernim stvaranjem sekreta 2° kirurškim zahvatom na grkljanu

Cilj: Bolesnik tijekom boravka u bolnici neće aspirirati sekret iz dišnih puteva.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- utvrditi uzročne čimbenike
 - procjenjivati respiratorni status bolesnika
 - smjestiti bolesnika u položaj u kojem će lakše iskašljavati
 - educirati bolesnika o metodama učinkovitog iskašljavanja
 - promatrati izgled sekreta
 - aspirirati sekret prema potrebi
 - pružiti bolesniku potporu
 - savjetovati bolesniku veći unos tekućine
 - održavati optimalne mikroklimatske uvjete i vlažnost zraka u sobi
 - primijeniti ordiniranu terapiju – ekspektoranse
 - koristiti skale za procjenu boli kod bolesnika, primijeniti ordinirani analgetik
 - uputiti bolesnika na njegu usne šupljine (13, 15, 16).
- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine, otežanim gutanjem

Cilj: Bolesnik će tijekom boravka u bolnici, povećati unos hrane i pokazati poboljšanu sposobnost gutanja.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- utvrditi bolesnikove dnevne potrebe za hranom
 - omogućiti odgovarajuću dijetu i hranu koju će bolesnik lakše gutati
 - ponuditi češće male obroke umjesto nekoliko većih
 - smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj
 - promatrati bolesnika tijekom jela, uočiti promjene prilikom gutanja
 - potaknuti i pomoći bolesniku kod održavanja oralne higijene
 - primijeniti propisani analgetik prema potrebi (13, 15, 16).
- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** poremećena slika o tijelu i nisko samopouzdanje u/s kirurškim zahvatom na vratu, promjenama strukture i funkcije grkljana

Cilj: Bolesnik će tijekom boravka u bolnici, nakon operacije, verbalizirati i pokazati prihvaćanje svog tjelesnog izgleda.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- uspostaviti odnos povjerenja
- poticati bolesnika na izražavanje osjećaja i problema
- poticati bolesnika na postavljanje pitanja
- slušati bolesnika i pružiti mu podršku
- izbjegavati kritiku
- osigurati privatnost bolesnika i sigurno okruženje
- omogućiti razgovor s obitelji
- upoznati bolesnika s grupama potpore
- uključiti rehabilitiranu osobu s istom dijagnozom, poticati bolesnika na razgovor (13, 15, 16).

Nakon provedene zdravstvene njege bolesnika s operacijom na grkljanu slijede evaluacije cilja i plana. Prvo je potrebno napraviti usporedbu i procjenu bolesnikova stanja s očekivanim unaprijed određenim ishodom kako bi se utvrdilo jesu li ciljevi postignuti i do koje mjere. Ako cilj nije ostvaren, bitno je utvrditi razlog, no ako je ostvaren treba provjeriti postoji li rizik od povratka istog problema. Evaluacija plana može rezultirati ponovnim planiranjem i promjenama u postojećem planu, ovisno o uspješnosti postavljenog cilja (14).

3.2. Prikaz slučaja bolesnika s operacijom grkljana

Prije prikupljanja podataka i izrade završnog rada, bolesnik je dobio na uvid pisanu obavijest o svrsi završnog rada te izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog bolesnika za sudjelovanje u izradi završnoga rada. Bolesnik je također obaviješten da je sudjelovanje anonimno te da će prikupljeni podatci biti dostupni samo studentu i Etičkom povjerenstvu Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku. Bolesnik je pristao na sudjelovanje u izradi završnog rada te je to potvrdio svojim potpisom na dokumentu o pristanku i suglasnosti. U idućem dijelu prikazani su prikupljeni podatci u sestrinskoj anamnezi i statusu, utvrđene potrebe, definirane sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege, planovi s ciljevima i provedenim intervencijama, evaluacija i otpusno pismo bolesnika s operacijom na grkljanu.

3.2.1. Sestrinska anamneza i status

Bolesnik N. N. u dobi 64 godine iz Osijeka je, umirovljenik, oženjen i otac dviju kćeri. Zaprimljen je redovitim prijemom na Kliniku za otorinolaringologiju, Kliničkog bolničkog centra Osijek, zbog dogovorenog kirurškog zahvata na larinksu. Indikacija za kirurško liječenje je medicinska dijagnoza: *Ca Laryngis*.

Prije hospitalizacije bolesniku su propisani lijekovi: Zipantol 20 mg, *per os*, ujutro; Kreon 2500 iu, *per os*, ujutro i navečer tijekom jela; Zaldiar 37,5 mg/325 mg, *per os*, prema potrebi.

Bolesnik pri prijemu navodi da u mladosti nije teže bolovao. To bolesniku nije prva hospitalizacija. Operirao je desno koljeno 1985. godine zbog ozljede zadobivene na nogometnoj utakmici. Prije dvadeset godina bolesnik je imao upalu gušterače zbog koje i danas ima propisanu terapiju Kreon 2500 dva puta dnevno tijekom obroka. Prije dvije godine, bolesnik je hospitaliziran zbog ruptur slezene te je učinjen kirurški zahvat odstranjenja slezene (splenektomija). Unazad godinu dana bolesnik je primijetio postupnu promuklost u glasu koja se vremenom pogoršavala. Zbog otežanog disanja kćerka ga je dovela na hitni prijem Kliničkog bolničkog centra Osijek (KBCO), gdje je pregledan i hitno upućen na Kliniku za otorinolaringologiju na kojoj je učinjena traheotomija i uvedena trahealna kanila. Zbog sumnje na maligne promjene grkljana, bolesniku je učinjena biopsija larinksa i CT. Nalazi učinjenih pretraga potvrdili su karcinom grkljana zbog čega je učinjen kirurški zahvat: *totalna laringektomija i disekcija vrata*.

Bolesnik je pušio 50 godina, u prosjeku kutiju i pol dnevno, no nakon traheotomije i uvođenja trahealne kanile bolesnik navodi da je prestao pušiti. Alkohol ne pije 5 godina, no prije toga je pio 2 litre piva dnevno. Ima alergiju na kivi, zbog koje dobije osip po cijelom tijelu. U obitelji nije bilo sličnih bolesti, brat mu je umro prije 10 godina od infarkta miokarda. Sada u bolnici surađuje s medicinskim osobljem, usvaja sve savjete te ih se pridržava. Od hospitalizacije očekuje brz oporavak i dobar odnos s medicinskim osobljem.

Kod kuće je imao dva glavna obroka i tri međuobroka dnevno. Ujutro kad se probudio samo je pio šalicu kave. Prvi veći obrok bio je u 13 sati, najčešće nešto poput kelja, gulaša ili paprikaša, odnosno jela koje je lakše konzumirao nakon traheotomije. Objašnjava: „Nakon prve operacije lakše mi je bilo jesti variva i sitnije narezanu hranu, još uvijek osjećam nelagodu kada gutam.“ Drugi obrok imao je oko 20 sati, najčešće kruh, namaz i suhomesnati proizvodi narezani na sitnije komade. Oko 17 sati pio je kavu sa suprugom. ProSure 220 ml napitke bolesnik je pio u 9, 15 i 22 sata. Obroke je pripremao sa suprugom. Najviše je volio jesti slavonsku hranu. Pio je

najmanje 2 litre tekućine dnevno, vodu i negazirane sokove. Uz glavne obroke uzimao je terapiju Kreon 25000 tablete. Unazad tri mjeseca bolesnik je izgubio oko 10 kilograma.

Bolesniku je nakon operacije grkljana uvedena nazogastrična sonda koju će imati sve dok ne bude mogao ponovno gutati. U bolnici ima tri glavna i dva međuobroka dnevno. Za doručak unese oko 200 ml, za ručak 400 ml, a za večeru oko 200 ml tekuće hrane za sondu. Kao međuobroke, bolesnik dobiva ProSure koje ne unese u potpunosti zbog osjećaja sitosti. Dnevno unese oko 1200 ml tekuće hrane i 500 ml vode.

Kod kuće je mokrio 5 – 6 puta dnevno, a stolicu je imao jednom u 3 dana, najčešće ujutro nakon kave. Noću se jednom ustajao kako bi mokrio. Nije primijetio nikakve promjene u količini, boji i mirisu mokraće, niti primjese u stolici. Kod kuće je nakon traheotomije neprestano iskašljavao žuti sadržaj. Sada u bolnici stolicu ima svaki treći dan, a dnevno mokri 6 – 7 puta. Urin je zlatnožute boje, karakterističnog mirisa, a stolica je normalne konzistencije, bez promjena u izgledu. Tijekom dana ponekad mu je vruće, a ponekad hladno. Nakon operacije bolesnik nije imao mučninu niti povraćanje, nema sekreta i iskašljaja.

Bolesnik je kod kuće aktivnosti odijevanja, hranjenja i eliminacije obavljao samostalno. Prilikom obavljanja osobe higijene pomagala mu je supruga. Tuširao se i prao kosu u kadi tri puta tjedno, s toplom vodom i Nivea gelom. Brisao se mekim ručnikom. Slobodno vrijeme provodio je gledajući TV, čitajući novine i šetajući. Nakon traheotomije bolesnik je educiran o njezi traheostome, higijeni i čišćenju kanile koju je kod kuće provodio samostalno.

U bolnici se hrani putem nazogastrične sonde, a hrani ga medicinska sestra. Pisanim putem navodi: „ Teško mi je zbog operacije dizati ruke kako bih dohvatio sondu i sam si usipao hranu.“ Bolesnik sam može oprati i posušiti lice, ruke, prsa, trbuh, genitalije i noge, a zbog ograničene pokretljivosti ruku i bola ne može tijekom tuširanja sam oprati kosu i leđa. Bolesnik se tušira svaki drugi dan, toplom vodom i Nivea gelom. Higijenu usne šupljine obavlja ujutro i navečer. Samostalno se može obući, koristi pidžame na dugmad zbog lakšeg odijevanja. U ormariću ima i čisto rublje te sav potreban pribor za provođenje osobne higijene. Samostalno obavlja i higijenu trahealne kanile te sav potreban pribor ima u ormariću. Eliminaciju obavlja samostalno u toaletu. Ne koristi pomagala niti pomoć druge osobe pri kretanju, premještanju, sjedenju, stajanju, niti pri promjeni položaja. U bolnici svakodnevno šeće hodnikom odjela, najčešće između ručka i večere.

Kod kuće je spavao 10 sati dnevno, uobičajeno od 23 sata do 9 sati ujutro. Prije spavanja je volio gledati TV, što mu je pomagalo prilikom uspavlivanja. Spavao je u krevetu sa suprugom

u toploj prostoriji. Volio je spavati s dva jastuka. Preko dana je spavao jedan do dva sata. Odmarao se čitajući teletekst na TV-u ili gledanjem sportskih programa te čitajući novine. Kod kuće se tijekom noći budio samo kada je trebao na toalet.

U bolnici ide spavati u 22, a ujutro se budi oko 7. Tijekom noći budi se zbog odlaska na toalet nakon čega ponovno zaspi. Ujutro se budi naspavan. Tijekom dana uspije odspavati sat vremena. Krevet mu je udoban, spava u pidžami.

Bolesnik nosi naočale samo prilikom čitanja novina, za gledanje na daljinu nisu mu potrebne. Ističe: „Nisam dugo bio na kontroli vida jer mi naočale odgovaraju.“ Bolesnik slabije čuje na oba uha, navodi da je to zbog vrste posla i okoline u kojoj je radio niz godina. Nema problema s pamćenjem i učenjem novih stvari. Bolesnik je nakon traheotomije otežano komunicirao, kod kuće je koristio najčešće papir i olovku. Kod kuće, bol je ublažavao primjenom analgetika Zaldiar 37,5 mg/325 mg, *per os* i/ili odmaranjem u mirnoj i mračnoj prostoriji. Nakon operacije bolesnik osjeća bol i nelagodu prilikom dizanja ruku ili pomicanja vrata, ističe: „Boli me rana od operacije kad dignem ruke ili kada se naglo okrenem.“ Intenzitet boli na ljestvici za bol od 0 do 4 procjenjuje s 3. Na mjestu kirurške rane postavljena dva Redon drena, izvađena peti dan nakon operacije. U bolnici mu je propisan analgetik Analgin 500 mg i.v. prema potrebi. Intravenska kanila uvedena je u desnu ruku te se mijenja najmanje svaka 72 sata. Nakon operacije grkljana, bolesniku je govor otežan i nerazumljiv. Prilikom komunikacije s drugima koristi papir i olovku, a s obitelji komunicira SMS porukama.

Bolesnik sebe doživljava kao komunikativnu i vedru osobu s puno optimizma, te da svaku situaciju gleda na pozitivan način. Niti u jednom trenutku od spoznaje dijagnoze, bolesnik nije gubio nadu za oporavkom. U teškim trenucima pomaže mu razgovor sa suprugom i kćerima koje su mu najveća podrška u životu.

Živi sa suprugom u stanu u Osijeku, u braku su 41 godinu. Ima dvije kćeri te troje unučadi. Sa suprugom i obitelji u odličnim je odnosima i svakodnevno komuniciraju SMS porukama. Obitelji mu je velika podrška u svemu.

Nije spolno aktivan.

Bolesnik je u proteklih godinu dana imao nekoliko stresnih situacija kao što su operacije i promjena stila i načina života u odnosu na život koji je živio prije operacija. U teškim situacijama i kod svakodnevnih stresova pomaže mu supruga i razgovor s njom. Bolesnik se

nada pozitivnom ishodu i što boljem i bržem oporavku. Jedva se čeka vratiti svojim svakodnevnim aktivnostima kod kuće.

Vjernik je. Na mise ne odlazi iako njegova supruga redovito ide. Svake se večeri moli. Planovi su mu što brži oporavak te uspješno svladavanje svih prepreka i promjena. Najveće vrijednosti u životu su mu obitelj, zdravlje i dom.

FIZIKALNI PREGLED I PROMATRANJE:

Bolesnik je visok 172 cm i ima 48 kg. ITM = 16,2. Temperatura mjerena tubarno iznosi 36,6 °C. Frekvencija pulsa je 67 otkucaja u minuti, punjenost je dobra, a ritam pravilan. Tlak iznosi 100/60 mm/Hg, mjereno na lijevoj ruci u sjedećem položaju. Frekvencija disanja je 16 udisaja u minuti, dubina je normalna, dispneja pri disanju nije prisutna. Boja kože je normalna, toplina kože afebrilna, turgor normalan. Koštanih izbočenja nema. Prisutna je oteklina vrata i lica nakon operacije i ožiljci od prijašnjih operacija na abdomenu i desnoj nozi. Bolesnik ima osjećaj svrbeža kože u području oko rane. Vidljive su manje bijele naslage na jeziku, sluznica usne šupljine nije oštećena. Bolesnik ima vlastite i nepotpune zube. Hoda samostalno, ravnoteža je stabilna i uravnotežena. Invalidnost nema, orijentiran je. Procjena na Knoll ljestvici iznosi 6 bodova.

3.2.2. Sestrinske dijagnoze i planovi u procesu zdravstvene njege

Utvrđene sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana sljedeće su:

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta, otežanim gutanjem

Cilj: 1. Bolesnik će tijekom terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta dnevno unijeti 1500 ml propisane hrane putem nazogastrične sonde.

2. Bolesnik će nakon terapijskog mirovanja uspostaviti normalnu mogućnost gutanja i postupno povećati unos hrane i tekućine. Neće gubiti na tjelesnoj masi.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- uputiti bolesnika u važnost unosa propisane količine hrane i zadovoljavanja kalorijskih potreba
- pružati bolesniku psihološku potporu
- pratiti dnevni unos hrane
- osigurati bolesniku tekuću hranu za sondu i ProSure napitke
- pomoći bolesniku pri hranjenju putem nazogastrične sonde
- osigurati dovoljno vremena za hranjenje
- uočavati moguće poteškoće prilikom hranjenja
- poticati bolesnika nakon terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na postupno uzimanje prvo tekućine, a zatim i hrane
- osigurati tekuću i kašastu hranu
- savjetovati bolesnika uzimanje više manjih i češćih obroka
- dokumentirati količinu unesene hrane
- mjeriti bolesnikovu tjelesnu težinu tri puta tjedno
- dokumentirati napredak u tjelesnoj težini
- educirati bolesnika o važnosti oralne higijene nakon jela.

Evaluacija: Ciljevi su postignuti. Bolesnik je tijekom terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta imao dnevni unos 1500 ml propisane hrane nazogastričnom sondom. Bolesnik je nakon terapijskog mirovanja uspostavio normalnu mogućnost gutanja i postupno povećao unos hrane i tekućine. Nije gubio na tjelesnoj masi.

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** smanjena mogućnost brige o sebi: osobna higijena (2) u/s smanjenom pokretljivošću ruku i vrata 2° disekcija vrata, što se očituje nemogućnošću pranja kose i leđa tijekom tuširanja

Cilj: Bolesnik će tijekom boravka u bolnici samostalno oprati i posušiti lice, trup, ruke, gluteuse, noge i genitalije, a uz pomoć medicinske sestre oprat će i osušiti kosu i leđa.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika
- dogovoriti s bolesnikom vrijeme tuširanja
- primijeniti prema potrebi ordinirani analgetik (Analgin 500 mg i.v.) prije tuširanja
- omogućiti bolesniku da samostalno pripremi pribor za osobnu higijenu

- osigurati sigurnu okolinu i privatnost
- pripremiti kupaonicu, prilagoditi mikroklimatske uvjete, suh pod
- zaštititi stomu od ulaska vode; koristiti nastavak koji omogućuje lakše tuširanje i sprječava ulazak vode
- biti uz bolesnika tijekom tuširanja
- osigurati dovoljno vremena za tuširanje
- kontrolirati prilikom tuširanja traheostomu i kiruršku ranu
- poticati bolesnika da samostalno opere lice, trup, ruke, gluteuse, noge i genitalije
- pomoći bolesniku oprati i osušiti kosu i leđa ručnikom
- pohvaliti svaki napredak bolesnika.

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik je tijekom boravka u bolnici samostalno oprao i posušio lice, trup, ruke, gluteuse, noge i genitalije, a uz pomoć medicinske sestre oprao je i posušio kosu i leđa.

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** otežana komunikacija u/s anatomskim nedostatkom grkljana 2° laringektomijom, što se očituje otežanim i nerazumljivim govorom

Cilj: Bolesnik će tijekom poslijeoperacijskog opravka, uz pomoć pomagala za komunikaciju, uspješno komunicirati s drugima.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom
- pružiti bolesniku psihološku potporu
- procijeniti pismenost i mogućnost komunikacije pisanim putem
- staviti zvono bolesniku na dohvat ruke
- osigurati papir i olovku
- savjetovati bolesnika da koristi dioptrijske naočale prilikom pisanja i čitanja
- osigurati bolesniku dovoljno vremena za pisanje
- biti strpljiva u komunikaciji s bolesnikom, ne požurivati bolesnika
- savjetovati obitelj da ne zovu bolesnika nego da komuniciraju putem poruka
- pohvaliti bolesnika za svaki napredak
- uključiti logopeda u rad s bolesnikom.

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik je tijekom poslijeoperacijskog opravka, uz pomoć pomagala za komunikaciju, uspješno komunicirao s drugima.

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** akutna bol u/s kirurškom ranom 2° totalnom laringektomijom i disekcijom vrata, što se očituje bolesnikovim navodom: „Boli me...“ i procjenom intenziteta bola s 3 na ljestvici od 0 do 4

Cilj: Bolesnik će pola sata nakon provedenih postupaka i primjene propisanog analgetika opisati manju razinu intenziteta bola i bol na ljestvici od 0 do 4 procijeniti s 1.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju i značajkama bola
- prepoznati znakove bola kod bolesnika
- poticati bolesnika da opiše osjećaj bola
- izmjeriti vitalne znakove
- savjetovati bolesnika da zauzme položaj u kojem osjeća najmanji bol
- primijeniti propisani analgetik: Analgin 500 mg i.v.
- prozračiti sobu, osigurati povoljne mikroklimatske uvjete
- podučiti bolesnika metodama otklanjanja pozornosti od bola; preporučiti čitanje knjige, gledanje TV-a
- procijeniti ponovno bol 30 minuta nakon primjene terapije.

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik je pola sata nakon provedenih postupaka i primjene propisanog analgetika opisao manju razinu intenziteta bola i bol na ljestvici od 0 do 4 procijenio s 1.

- **Dijagnoza u procesu zdravstvene njege:** visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta 2° laringektomijom

Cilj: Bolesnik tijekom terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta neće razviti znakove oštećenja sluznice usne šupljine.

Planirane intervencije:

Medicinska sestra će:

- educirati bolesnika o znakovima oštećenja sluznice usne šupljine
- uputiti bolesnika u važnost oralne higijene
- educirati bolesnika kako ispravno provoditi higijenu usne šupljine
- provjeriti usvojenu vještinu oralne higijene
- pregledavati svakog dana bolesnikovu usnu šupljinu
- poticati bolesnika da ukaže na promjene u usnoj šupljini ako ih uoči.

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnik tijekom terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta nije razvio znakove oštećenja sluznice usne šupljine.

3.2.3. Sestrinsko otpusno pismo

Bolesnik N. N. rođen 1958. godine. Zaprimljen je redovitim prijemom na Kliniku za otorinolaringologiju, Kliničkog bolničkog centra Osijek zbog dogovorenog kirurškog zahvata na grkljanu. Indikacija za kirurško liječenje je medicinska dijagnoza: *Ca Laryngis*.

Utvrđene su sljedeće dijagnoze u procesu zdravstvene njege:

1. Visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta, otežanim gutanjem.
2. Smanjena mogućnost brige o sebi: osobna higijena (2) u/s smanjenom pokretljivošću ruku i vrata 2° disekcija vrata, što se očituje nemogućnošću pranja kose i leđa tijekom tuširanja.
3. Otežana komunikacija u/s anatomskim nedostatkom grkljana 2° laringektomijom, što se očituje otežanim i nerazumljivim govorom.
4. Akutna bol u/s kirurškom ranom 2° totalnom laringektomijom i disekcijom vrata, što se očituje bolesnikovim navodom: „Boli me...“ i procjenom intenziteta bola s 3 na ljestvici od 0 do 4.
5. Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta 2° laringektomijom.

Ad 1. Nakon operativnog zahvata kod bolesnika je postojao visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba jer zbog zarastanja rane nije smio uzimati hranu i tekućinu na usta te je uvedena nazogastrična sonda. Kako bi se osigurala odgovarajuća prehrana prilagođena nutritivnim potrebama, dnevni je unos hrane putem nazogastrične sonde bio 1500

ml raspoređen u šest obroka uz dodatke prehrani ProSure. Postupno je bolesnik nakon terapijskog mirovanja potican na uzimanje tekuće i kašaste hrane na usta. Ukupnu dnevnu količinu hrane i tekućine unosio je više puta dnevno. Postupno se vraćala normalna mogućnost gutanja. Kako bi se mogao pratiti odgovarajući unos hranjivih tvari i kako bi se prehrana eventualno prilagodila, bolesnik se vagao tri puta tjedno. Nije gubio na tjelesnoj masi. Kod kuće se preporučuje unositi raznoliku hranu nastaviti s preporučenim dodatcima prehrani, vagati se tri puta tjedno i evidentirati povećanje tjelesne mase. Nakon obroka provesti njegu usne šupljine.

Ad 2. Bolesnik nakon disekcije vrata nije mogao podići ruke i okretati vrat, a pri pokretima je osjećao bol. Zbog toga je imao smanjenu mogućnost obavljanja osobne higijene, a kod tuširanja mu je pomagala medicinska sestra. S ciljem da bolesnikove osnovne ljudske potrebe budu zadovoljene, medicinska sestra je prvo procijenila bolesnikov stupanj samostalnosti i dogovorila s njim vrijeme provođenja osobne higijene. Za smanjenje bola bolesniku je primijenjen propisani analgetik – Analgin 500 mg i.v. i bila mu je omogućena samostalna priprema za obavljanje osobne higijene. Tuširao se u skladu sa svojim mogućnostima, uz pomoć medicinske sestre prao je i sušio kosu i leđa, a samostalno je prao i sušio lice, trup, ruke, gluteuse, noge i genitalije. Tijekom tuširanja kontinuirano je praćeno stanje bolesnika i izgled kirurške rane i stome. Po otpustu bolesnika iz bolnice, bolesniku i njegovoj obitelji savjetuje se provođenje osobne higijene bolesnika uz pomoć druge osobe i poticanje bolesnika na što veću samostalnost. Bolesniku je rečeno da zaštititi kiruršku ranu i stomu prilikom tuširanja ili kupanja, a u slučaju promjene u izgledu kirurške rane ili osjećaju boli javiti se odabranom liječniku obiteljske medicine i primijeniti propisani analgetik.

Ad 3. Zbog zloćudnog tumora na grkljanu, bolesniku je u potpunosti kirurškim zahvatom odstranjen grkljan te je on izgubio sposobnost verbalne komunikacije. Kako bi bolesnik uspješno uspostavio komunikaciju koristeći se drugim pomagalima za komunikaciju, bilo je bitno uspostaviti odnos povjerenja između bolesnika i osoblja te bolesniku pružiti psihološku potporu. Procijenjena je pismenost i bolesnikova mogućnost komunikacije pisanim putem, a bio mu je osiguran i pribor za pisanje. Tijekom komunikacije s bolesnikom, medicinsko osoblje bilo je strpljivo i bolesniku je davalo dovoljno vremena za izražavanje. Obitelj je savjetovana da s bolesnikom komunicira putem poruka. U rad i rehabilitaciju uključen je logoped. Nakon bolesnikova otpusta kući, savjetuje se nastavak komunikacije pisanim putem radi lakšeg sporazumijevanja i jednostavne uporabe. Bolesnik treba nastaviti raditi s logopedom na

rehabilitaciji govora, a preporučuje se i posjet lokalnoj udruzi laringektomiranih bolesnika zbog dodatne edukacije i razmjene iskustava s drugim bolesnicima.

Ad 4. Usljed kirurških zahvata laringektomije i disekcije vrata bolesnik je osjećao bol. Intenzitet bola je procijenio je s 3 na ljestvici od 0 do 4. Kako bi bolesnik opisao manju razinu intenziteta bola, prikupljeni su podatci o lokalizaciji, trajanju i značajkama bola, savjetovano mu je da zauzme položaj u kojem najmanje osjeća bol, mjereni su mu vitalni znakovi i osigurani povoljni mikroklimatski uvjeti u sobi. Primijenjen je propisani analgetik – Analgin 500 mg i.v. i bolesnik je podučen metodama otklanjanja pozornosti od bola. Nakon pola sata bolesnik je intenzitet bola procijenio s 1 na ljestvici od 0 do 4. Nakon otpusta savjetuje se izbjegavanje težih fizičkih aktivnosti te da zauzimanje položaja u kojem je bol najmanji, a u slučaju pojave bola primijeniti propisani analgetik od strane liječnika obiteljske medicine.

Ad 5. Tijekom terapijskog mirovanja od unosa hrane, kod bolesnika je bio prisutan visoki rizik za oštećenje sluznice usne šupljine. Kako ne bi došlo do pojave znakova oštećenja sluznice usne šupljine, bolesnik je na vrijeme bio educiran o važnosti ispravne higijene usne šupljine. Bolesnikova usna šupljina redovito je pregledavana, a bolesnik je upoznat sa znakovima oštećenja usne šupljine i kako ih prepoznati. U slučaju pojave znakova oštećenja sluznice usne šupljine, bolesnik je savjetovan da medicinskoj sestri javi primijećene promjene. Nakon bolesnikova otpusta kući savjetuje se nastavak redovite higijene usne šupljine nakon svakog obroka. U slučaju pojave znakova oštećenja u usnoj šupljini obratiti se obiteljskom liječniku.

4. RASPRAVA

Medicinska sestra koja skrbi za bolesnika s operacijom na grkljanu ima vrlo važnu zadaću od prijema bolesnika na odjel pa sve do njegovog otpusta kući. Zbog toga je ključno već na početku temeljito prikupiti podatke o bolesniku i procijeniti njegovo stanje. Ne procjenjuje se samo fizičko stanje bolesnika, bitne su i psihička, duhovna i socijalna procjena. A kako bi dobila cjelovitu sliku bolesnika, medicinska sestra se također služi medicinskom dokumentacijom, ljestvicama za procjenu i upitnicima (14). Na temelju prikupljenih podataka i procjene bolesnikovog stanja planirat će se daljnje intervencije, postupci i smjer zdravstvene njege tijekom prijeoperacijskog i poslijeoperacijskog razdoblja zdravstvene skrbi za bolesnika s operacijom na grkljanu.

Bolesnici se nakon laringektomije susreću s raznim promjenama koje utječu na njihov daljnji život i funkcioniranje. Kako bi suočavanje s promjenama bilo što bezbolnije, a oporavak brži, vrlo su bitne priprema, upućenost i edukacija bolesnika. Autori Gröndahl i suradnici u svome radu zaključuju da i dalje postoji velika potreba za edukacijom i savjetovanjem bolesnika prije i nakon operacije jer takav pristup ima veliki učinak na kvalitetu bolesnikova života. Čak 85 % od 480 ispitanika navodi da su nakon prijeoperacijske edukacije bili upoznati s metodama zdravstvene skrbi i liječenja te postupcima koje će provoditi nakon otpusta kući. Bolesnici koji su dobili potrebnu edukaciju, osjećaju manju razinu straha, bolje se suočavaju s problemima i lakše prihvaćaju novonastalu situaciju. Poučavanje bolesnika treba početi što ranije tijekom bolesnikova boravka u bolnici, a treba ga nastaviti i u izvanbolničkom okruženju, bolesnikovom domu, ustanovama za rehabilitaciju te u grupama podrške (17). Naravno, mogućnost usvajanja novih znanja uvelike ovisi o dobi bolesnika, stupnju edukacije, emocionalnom i fizičkom stanju te spremnosti za učenje novih sadržaja i vještina (13).

Operacija totalne laringektomije ima povoljnu stopu preživljavanja, no svejedno donosi mnoge probleme bolesnicima tijekom poslijeoperacijskog razdoblja. Budući da utječe na normalno disanje, gutanje, govor i druge tjelesne funkcije čovjeka, ta operacija doprinosi razvoju psiholoških, fizičkih, ekonomskih i socijalnih problema. Neki od tih problema rješavaju se tijekom bolesnikovog boravka u bolnici, dok drugi mogu potrajati dulje te trajno utjecati na bolesnikovu kvalitetu života (18). Kvaliteta života laringektomiranih bolesnika uvelike ovisi o uspješnosti poslijeoperacijske zdravstvene skrbi, zbog toga je bitno da medicinska sestra na vrijeme prepozna aktualne i potencijalne probleme u procesu zdravstvene njege te da utvrdi prioritete i izradi plan zdravstvene njege.

Iz prikazanog slučaja može se primijetiti da se bolesnik N. N. prije operacije, s obzirom na godine, spol i životne navike, nalazio u rizičnoj skupini za oboljenje od karcinoma grkljana. Iz provedenog istraživanja rizičnih čimbenika za oboljenje od zloćudnog tumora grkljana, zaključuje se da su muške osobe nakon 60. godine života u većem riziku za oboljenje, a tome doprinosi podatak da je pojava karcinoma grkljana 10 puta češća kod muškaraca nego kod žena. Također pušenje se smatra jednim od glavnih čimbenika za nastanak karcinoma grkljana, a pušači imaju 10 do 20 puta veći rizik od nepušača. Kao i pušenje, alkohol također doprinosi većem riziku od oboljenja bez obzira konzumira li se sam ili u kombinaciji s pušenjem (19).

Jedan od potencijalnih problema koji se pojavio kod bolesnika N. N., čiji je slučaj prikazan u ovome radu, bio je visok rizik za neuravnoteženu prehranu uslijed smanjenog unosa hrane i terapijskog mirovanja uzimanja hrane i tekućine na usta. Bolesnik je također izgubio 10 kilograma unazad tri mjeseca od kad je počeo s liječenjem. Taj je problem često opisan u literaturi jer se smatra jednim od vodećih kod bolesnika s operacijom na grkljanu. Autorica Christina Wagner u svom radu problem neuravnotežene prehrane i gubitka tjelesna težine povezala je sa smanjenim unosom hrane, otežanim gutanjem uslijed edema grkljana, bolom te promjenama u osjetu okusa i mirisa. Istaknula je da svaki drugi bolesnik sa zloćudnim tumorom glave i vrata ima smanjenu tjelesnu težinu već od smog početka liječenja. Također objašnjava da stanje pothranjenosti kod bolesnika s operacijom na grkljanu može uzrokovati daljnje komplikacije kao što su povećan rizik od infekcije, sporije cijeljenje kirurške rane, depresiju i sporiji odgovor bolesnika na provedeno liječenje (20). Kako ne bi došlo do dodatnih problema i komplikacija nakon operacije, medicinska sestra treba postaviti realan cilj koji će biti u skladu s bolesnikovim stanjem i mogućnostima i odrediti intervencije koje će zadovoljiti bolesnikove potrebe za hranom, i u isto vrijeme spriječiti daljnji gubitak tjelesne težine. Kod tih bolesnika ključna je priprema i edukacija za daljnje provođenje pravilne i prilagođene prehrane nakon otpusta iz bolnice (2).

Bolesnik N. N. zbog zarastanja rane nakon operacije na grkljanu nije smio uzimati hranu i tekućinu na usta te mu je zbog toga uvedena nazogastrična sonda. U ovom slučaju taj način unosa hrane i tekućine privremen je. Prema literaturi, hranjenje putem nazogastrične sonde kod bolesnika nakon operacije na grkljanu traje u prosjeku 10 dana, nakon čega bolesnici ponovno mogu postupno unositi hranu i tekućinu na usta bez opasnosti za razvoj komplikacija (2). Autorice Bulğurcu i Çukurova navode da preduga uporaba nazogastrične sonde može uzrokovati nekoliko komplikacija kao što su trajna deformacija nosnog otvora, akutni sinusitis, gastroezofagealni refluks, trajnu disfagiju i faringokutanu fistulu. Zbog velikog broja mogućih

komplikacija, bitno je provesti kvalitetnu edukaciju bolesnika s nazogastričnom sondom te svakodnevno prilikom hranjenja promatrati bolesnika i prisutnost mogućih poteškoća. U dogovoru s bolesnikom potrebno je odrediti točno vrijeme uklanjanja nazogastrične sonde jer produženo vrijeme korištenja povećava mogućnost pojave komplikacija (21).

Nakon kirurškog zahvata na grkljanu, kod bolesnika N. N. bila je prisutna i smanjena mogućnost za obavljanje osobne higijene. Bolesnikova samostalnost za obavljanja osobne higijene procijenjena je s 2 na ljestvici od 0 do 4, odnosno bolesniku je bila potrebna pomoć druge osobe budući da mu je pokretljivost vrata i ruku bila smanjena nakon kirurškog zahvata, te nije mogao samostalno oprati pojedine dijelove tijela. Iz literature je vidljivo da je taj problem iz područja zdravstvene njege vrlo čest kod bolesnika nakon kirurških zahvata, zbog čega je multidisciplinarni zdravstveni tim razvio vještine kojima bolesnicima pružaju podršku, pomoć i edukaciju s ciljem da bolesnik u što kraćem razdoblju stekne željeni stupanj samostalnosti. Autorica Anne Söderlund Schaller u svom radu objašnjava kako nemogućnost samostalne brige o sebi kod bolesnika uzrokuje smanjeno samopoštovanje, depresiju, ljutnju i osjećaj manje vrijednosti. Također ističe da je u radu s takvim bolesnicima bitno uspostaviti odnos povjerenja, ostvariti interakciju i pružiti bolesniku mogućnost sudjelovanja u planiranju i provođenju zdravstvene njege. Takav pristup problemu doprinosi smanjenju rizika od daljnjih komplikacija, unaprjeđuje bolesnikovu kvalitetu života i psihičko stanje (22).

Operacije grkljana bolesnicima ostavljaju brojne posljedice i promjene s kojima se moraju suočiti neposredno nakon kirurškog zahvata. Jedna je od njih i gubitak mogućnosti verbalne komunikacije. Bolesnik čiji je slučaj prikazan u ovome radu nakon totalne laringektomije izgubio je mogućnost govora, što je dovelo do problema otežane komunikacije. Autori Mallis i sur. proveli su istraživanje nad skupinom laringektomiranih bolesnika, te su uz pomoć upitnika o kvaliteti života nakon kirurškog zahvata dobili rezultate da više od 50 % bolesnika ima problem u komunikaciji sa strancima, a njih 30 % teže komunicira čak i sa svojom obitelji. Za više od tri četvrtine ispitanih bolesnika najveći problem predstavlja komunikacija telefonom, odnosno kada se ne mogu koristiti drugim načinima komunikacije osim verbalnom (23). Zbog toga je jedan od glavnih ciljeva poslijeoperacijske skrbi za takve bolesnike usvajanje alternativnih metoda komunikacije. Neposredno nakon laringektomije bolesnike se potiče na komunikaciju pisanim putem ili neverbalnim znakovima, a nakon toga u zdravstvenu edukaciju i skrb uključuje se logoped koji bolesnika upoznaje s rehabilitacijom glasa i govora. Uspješno usvajanje novih vještina govora poboljšava bolesnikovu kvalitetu njegova života i sprječava njegovo povlačenje u sebe te socijalnu izolaciju (2).

Na iskustvo bola koji bolesnik osjeća utječu razni čimbenici. Neki od njih su dob i spol bolesnika, iskustva i reakcije na osjećaj bola, kultura iz koje bolesnik dolazi te njegova očekivanja prema uklanjanju bola. Ti čimbenici utječu na osobnu percepciju, toleranciju i reakciju na bol (11). Bolesnik N. N. nakon kirurškog zahvata na grkljanu osjećao je bol, a intenzitet bola procijenio je s 3 na ljestvici od 0 do 4. Kod tog bolesnika glavni uzrok za pojavu bola bio je kirurški zahvat i rana na vratu, a najintenzivniju bol osjećao je prilikom promjene položaja ili fizičkih aktivnosti. Prema saznanjima autorice Ashley Hinthner i njezinih suradnika prisutnost akutne boli u poslijeoperacijskom razdoblju utječe na smanjenu pokretljivost bolesnika, sporije cijeljenje rane, fizičku aktivnost i aktivnosti samozbrinjavanja, san i apetit. A uspješna kontrola bola može doprinijeti povećanju bolesnikove samostalnosti nakon kirurškog zahvata te mu olakšati i skratiti boravak u bolnici (24). Bolesnik koji osjeća bol najbolji je izvor informacija o lokalizaciji, intenzitetu i trajanju bola. No uslijed otežane komunikacije kod bolesnika s operacijom na grkljanu, medicinska sestra služi se ljestvicama za procjenu bola i promatranjem prisutnih znakova bola. Podatci koje prikupi pomažu joj u boljoj i preciznijoj izradi plana i intervencija za ublažavanje boli.

Tijekom formuliranja sestrinskih dijagnoza potrebno je odrediti i prepoznati je li promatran problem aktualan ili potencijalan. Ako je problem potencijalan definira se visokorizična dijagnoza koja ukazuje da postoji povećan rizik za razvoj aktualnog problema (14). Kako do toga ne bi došlo, bitna je pravovremena reakcija medicinske sestre koja će na vrijeme prepoznati rizik i na pravi način intervenirati. Bolesnik N. N. je tijekom poslijeoperacijskog razdoblja razvio visoki rizik od oštećenja sluznice usne šupljine. Nakon operacije hranu i tekućinu nije unosio kroz usta, a na jeziku su mu bile vidljive manje bijele naslage. Prema stručnoj literaturi, svaka promjena u izgledu (boji, vlažnosti ili čistoći) sluznice i ponašanju bolesnika prilikom jela ili govora može ukazivati na oštećenje sluznice usne šupljine (16). Pauloski i suradnici za zaključak svog istraživanja iznijeli su da je poboljšanje oralnog unosa hrane i tekućine povezano s boljim stanjem sluznice usne šupljine te da ograničen unos hrane oralnim putem uvelike doprinosi razvoju oštećenja sluznice (25). Zbog toga je iznimno važno bolesnika podučiti higijeni usne šupljine s ciljem prevencije razvoja oštećenja.

Medicinska sestra tijekom provođenja procesa zdravstvene njege bolesnika s operacijom na grkljanu mora promišljati kritički, a svoje vještine i znanja usmjeriti prema kvalitetnom planiranju i pružanju zdravstvene skrbi i edukacije. Da bi na vrijeme prepoznala i definirala probleme iz zdravstvene njege, vrlo je bitno da posjeduje specifična znanja iz područja zdravstvene njege i procesa te potrebne vještine kojima će utvrđene probleme riješiti. Proces

zdravstvene njege predstavlja zajednički jezik među svim zdravstvenim djelatnicima, olakšava međusobnu komunikaciju i pomaže pri rješavanju problema u području zdravstvene njege i skrbi za bolesnike (26).

5. ZAKLJUČAK

U ovome radu prikazan je slučaj bolesnika s operacijom grkljana, kojemu je zbog medicinske dijagnoze *Ca Laryngis* učinjena planirana totalna laringektomija i disekcija vrata. Zbog utvrđenih problema iz područja zdravstvene njege bolesniku je pružena individualizirana zdravstvena skrb, edukacija i holistički pristup.

Tijekom poslijeoperacijske zdravstvene njege utvrđene su sljedeće sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege: visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta, otežanim gutanjem; smanjena mogućnost brige o sebi: osobna higijena (2) u/s smanjenom pokretljivošću ruku i vrata 2° disekcija vrata, što se očituje nemogućnošću pranja kose i leđa tijekom tuširanja; otežana komunikacija u/s anatomskim nedostatkom grkljana 2° laringektomijom, što se očituje otežanim i nerazumljivim govorom; akutna bol u/s kirurškom ranom 2° totalnom laringektomijom i disekcijom vrata, što se očituje bolesnikovim navodom: „Boli me...“ i procjenom intenziteta bola s 3 na ljestvici od 0 do 4; visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta 2° laringektomijom.

Planirane i provedene intervencije tijekom poslijeoperacijskog razdoblja usmjerene su na rješavanje problema nastalih nakon operacije na grkljanu. Bolesnik tijekom terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta imao dnevni unos 1500 ml propisane hrane putem nazogastrične sonde, a nakon terapijskog mirovanja uspostavio je normalnu mogućnost gutanja i postupno povećao unos hrane i tekućine. Nije gubio na tjelesnoj masi. Samostalno je oprao i posušio lice, trup, ruke, gluteuse, noge i genitalije, a uz pomoć medicinske sestre oprao je i posušio kosu i leđa. Tijekom poslijeoperacijskog oporavka, uz pomoć pomagala za komunikaciju, uspješno je komunicirao s drugima. Pola sata nakon provedenih postupaka i primjene propisanog analgetika opisao manju razinu intenziteta bola i bol na ljestvici od 0 do 4 procijenio s 1. Za vrijeme razdoblja terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta nije razvio znakove oštećenja sluznice usne šupljine. Bolesnik je educiran o postupcima koje mora nastaviti provoditi nakon otpusta iz bolnice.

Kvalitetna zdravstvena njega i skrb bolesnika sa zloćudnim tumorom grkljana temeljena je na znanstvenim spoznajama i stručnim kompetencijama zdravstvenog osoblja. Holističkim pristupom medicinska sestra promatra bolesnika kao cjelinu te mu tijekom boravka u bolnici kontinuirano pruža fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu pomoć u rješavanju problema iz procesa zdravstvene njege.

6. SAŽETAK

Cilj rada: Prikazati proces zdravstvene njege bolesnika s operacijom grkljana i utvrđene sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege. Planirane i provedene intervencije u poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi usmjerene su na rješavanje bolesnikovih problema.

Opis slučaja: Tijekom hospitalizacije, uz pomoć procjene fizičkog i psihičkog stanja, bolesniku su utvrđene sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege: visok rizik za neuravnoteženu prehranu: manji unos od tjelesnih potreba u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine i otežanim gutanjem; smanjena mogućnost obavljanja osobne higijene u/s smanjenom pokretljivošću ruku i vrata; otežana komunikacija u/s anatomskim nedostatkom grkljana; akutna bol u/s kirurškom ranom i visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s terapijskim mirovanjem unosa hrane i tekućine na usta. Nakon provedenih intervencija bolesnik je dnevno unosio 1500 ml hrane nazogastričnom sondom, uspostavio je normalnu mogućnost gutanja i nije gubio na težini. Samostalno je oprao i posušio lice, trup, ruke, gluteuse, noge i genitalije, a uz pomoć medicinske sestre oprao je i posušio kosu i leđa. Uz pomoć pomagala za komunikaciju uspješno je komunicirao s drugima. A nakon primjene propisanog analgetika, verbalizirao je manju razinu intenziteta bola. Za vrijeme terapijskog mirovanja unosa hrane i tekućine na usta nije razvio znakove oštećenja sluznice usne šupljine.

Zaključak: Kvalitetna zdravstvena skrb bolesnika sa zloćudnim tumorom grkljana utemeljena je na znanstvenim spoznajama i stručnim kompetencijama zdravstvenog osoblja. Holističkim pristupom medicinska sestra promatra bolesnika kao cjelinu te mu kontinuirano pruža fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu pomoć u rješavanju problema iz procesa zdravstvene njege.

Ključne riječi: laringektomija; poslijeoperacijska, zdravstvena njega; zloćudni, tumor grkljana.

7. SUMMARY

Nursing healthcare for patient with larynx surgery

Objectives: This paper aims to present the nursing process for patients with laryngeal surgery, the established nursing diagnoses within the nursing process, and the planned interventions during the patient's postoperative care aimed at resolving their problems.

Case: The following nursing diagnoses were established based on the patient's physical and psychological assessment during hospitalization: unbalanced diet: Less than body requirements associated with reduced food intake; deficit in food intake associated with nasogastric tube and limited arm and neck mobility; deficit in hygiene associated with limited arm and neck mobility; limited verbal communication associated with laryngectomy; acute pain associated with change of position; risk for impaired oral mucosa associated with inability to take oral food. After the procedures performed, the patient did not lose weight and consumed 1500 ml of food daily via a nasogastric tube. The patient washed and dried his face, chest, abdomen, arms, buttocks, legs, and genitals. Assisted by the nurse, he washed and dried his hair, neck, and back. With the help of a communication aid, he was able to successfully communicate with others. After administration of the prescribed analgesic, the patient verbalized decreased pain intensity. During the postoperative inability to eat orally, the patient did not develop any signs of oral mucosal impairment.

Conclusion: High-quality health care for patients with malignant laryngeal tumor is based on scientific evidence and the professional expertise of the medical team. With a holistic approach, nurses consider patients as a whole and provide them with continuous physical, psychological, social, and spiritual help in solving problems in the care process.

Key words: laryngectomy; postoperative, health care; malignant, laryngeal tumor

8. LITERATURA

1. Klocke RA. Human respiratory system. Dostupno na:
<https://www.britannica.com/science/human-respiratory-system/The-pharynx>. Datum pristupa: 26.7.2022.
2. Bajtl V i sur. Vodič kroz karcinom grkljana. Osijek: Klinički bolnički centar Osijek; 2020.
3. Katić V, Prgomet D i sur. Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata. Zagreb: Naklada Ljevak; 2009.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Incidencija raka u Hrvatskoj 2014. 39. izd. Zagreb: Bilten; 2016.
5. Padovan I, Kosoković F, Pansini M, Poljak Ž. Otorinolaringologija. Zagreb: Školska knjiga; 1991.
6. Bumber Ž, Katić V, Nikšić – Ivančić M, Pegan B, Petric V, Šprem N i sur. Otorinolaringologija. Zagreb: Naklada Ljevak; 2004.
7. Bilić M, Vagić D. Smjernice za karcinom larinksa. Med Jad 2020;50(3):163-168
8. Vrdoljak E, Krajina Z, Šamija M, Kusić Z, Petković M, Gugić D. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
9. Jenckel F, Knecht R. State of the art in the treatment of laryngeal cancer. Anticancer Res. 2013;33(11):4701-10.
10. Milanović N, Momić J, Rošić M, Sabatti L. Komunikacija zdravstvenog djelatnika s laringektomiranom osobom. Glas. pul. boln. 2016; 12(12):19-23.
11. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
12. Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SCO, Bare BG. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
13. Linton AL. Introduction to medical – surgical nursing. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2016.
14. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. 2. izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1992.
15. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF. Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care. 11th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017.
16. Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
17. Gröndahl W, Muurinen H, Katajisto J, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. BMJ Open. 2019;9: e023108.

18. Hirani I, Siddiqui AH, Muhammad Khyani IA. Apprehensions and problems after laryngectomy: Patients' perspective. *J Pak Med Assoc.* 2015; 65(11):1214-8.
19. Zhang Q, Wang H, Zhao Q, Zhang Y, Zheng Z, Liu S i sur. Evaluation of Risk Factors for Laryngeal Squamous Cell Carcinoma. *Front. Oncol.* 2021; 11:606010.
20. Wagner C. Nutritional management during treatment for head and neck cancer. *Memo.* 2020; 13:405-408.
21. Bulğurcu, S, Çukurova, İ. Comparison of Early Versus Delayed Oral Feeding After Total Laryngectomy in Terms of Pharyngocutaneous Fistula Development. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2018;56(4):217-220.
22. Söderlund Schaller A. Impact of Pain and Evaluation of Education and Self-Care in Patients with Head and Neck Cancer. Linköping: Linköping University; 2018.
23. Mallis A, Goumas PD, Mastronikolis NS, Panogeorgou T, Stathas T, Prodromaki K, Papadas TA. Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2011;15(8):937-42.
24. Hinthner A, Nakoneshny SC, Chandarana SP, Wayne Matthews T, Dort JC. Efficacy of postoperative pain management in head and neck cancer patients. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;47(1):29.
25. Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, Lundy D, Bernstein M, McBreen C i sur. Relation of mucous membrane alterations to oral intake during the first year after treatment for head and neck cancer. *Head Neck.* 2011;33(6):774-9.
26. Nurseslabs. Nursing Care Plans (NCP): Ultimate Guide and Database. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>. Datum pristupa: 20.8.2022.