

Prikaz bolesnika s karcinomom usne šupljine u prijeoperacijskom razdoblju i nakon *commando* operacije

Oral cavity carcinoma in preoperative period and after commando procedure: a case report

Sanja Kičić¹

SAŽETAK: U radu je prikazana zdravstvena njega bolesnika s karcinomom usne šupljine u prijeoperacijskom razdoblju i poslije *commando* operacijskog zahvata. Prijeoperacijsko razdoblje u bolesnika je obilježeno osjećajem tjeskobe i straha koji su prisutni tijekom bolesti, liječenja i rehabilitacije. Ističe se važnost potpore i uspostavljanja povjerenja u bolesnika i njegove obitelji te pružanja točnih i potpunih informacija kako bi se umanjio osjećaj tjeskobe i straha koji su često uzrokovani neupućenošću, netočnim informacijama i utjecajem različitih predrasuda. Poslijeoperacijsko razdoblje u bolesnika obilježeno je specifičnim problemima iz područja zdravstvene njege. Prisutna je smanjena prohodnost dišnih putova zbog prisutne hipersekrecije i edema, smanjena mogućnost hranjenja, bol, te visok rizik od infekcije, tromboze i krvarenje. U radu su prikazani psihosocijalni problemi nakon kirurškog liječenja koji uključuju poremećaj samopercepcije bolesnika zbog novonastale funkcionalne invalidnosti, izgleda i izmijenjenog obrasca komunikacije. S obzirom na bolesnikovu poslijeoperacijsku kvalitetu života, karcinom usne šupljine jedan je od najzahtjevnijih oblika zloćudne bolesti u smislu bolesnikova sučeljavanja s bitno izmijenjenim obrascem svakodnevnog životnog funkcioniranja.

Ključne riječi: karcinom usne šupljine, *commando* operacija, sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije

ABSTRACT: The process of health care in a patient with oral cavity carcinoma during preoperative period and after *commando* surgical procedure is described. Preoperative period is characterized with the patient's sense of anxiety and fear during illness, treatment and rehabilitation. The importance of establishing support and confidence in the patient and his family is stressed as well as providing correct and complete information in order to diminish the sense of anxiety and fear which are often caused by lack of knowledge, incorrect information and impact of various prejudices. Postoperative period was marked with specific problems related to patient health care – airway obstruction due to hypersecretion and edema, reduced possibility for feeding, pain, high risk for infection, thrombosis and hemorrhage. The paper presents various psychosocial problems in a patient after surgical procedure including self-perception disorder due to newly established functional disability, the appearance and changed pattern of communication. With regards to patient's postoperative quality of life, oral cavity carcinoma presents one of the most demanding forms of malignant disease with respect to patient's confrontation with significantly altered everyday life functioning patterns.

Key words: oral cavity carcinoma, *commando* surgery, nursing diagnoses, nursing interventions

Zaprimljeno/Received: 09.02.2009.

Prihvaćeno/Accepted: 23.02.2009.

UVOD

Karcinom usne šupljine odnosi se na zloćudnu tvorbu u usnoj šupljini i orofarinksu. Zloćudni tumori usne šupljine čine 5% svih malignih tumora u europskim zemljama i SAD-u i ubrajaju se među deset najčešćih tumora. Prema histološkom tipu preko 95% malignih tumora glave i vrata čini planocelularni karcinom gornjeg dijela dišnog i probavnog sustava. Prosječna je dob oboljelih 55 godina, a omjer muškaraca u odnosu na žene 7:3.¹

Etiološki čimbenici

Epidemiološki podatci jasno upućuju na to da je karcinom sluznice usne šupljine i orofarinksa ponajprije bolest osoba koje redovito konzumiraju alkohol i puše.² Iako je utjecaj alkoholizma i pušenje na nastanak oralnog karcinoma mnogo veći, način prehrane, tj. smanjen unos voća i povrća, kao pri-

marnih izvora beta-karotena, te vitamina C i E može se dovesti u vezu s povećanim rizikom od nastanka oralnog karcinoma te karcinoma drugih regija.³ Virusne infekcije također imaju ulogu u nastanku oralnog karcinoma. Najčešće utvrđen genotip kod oralnog karcinoma jest HPV genotip 16 i 18.⁴ Ne možemo zanemariti utjecaj naslijeđa, važnost genetske predispozicije, tj. veće sklonosti nastanku tumorskih promjena u nekim obiteljima.

Učestali znakovi i simptomi

Znakovi i simptomi jesu rana ili ulceracija u usnoj šupljini koja ne cijeli, učestala bol koja ne prolazi, trajna bijela ili crvena područja na gingivi, jeziku, krajniku ili sluznici usne šupljine, osjećaj stranog tijela u ždrijelu uz podražaj na kašljanje, otežano žvakanje ili gutanje, otežano pomicanje jezika ili čeljusti (trizmus), utrnutost jezika, dijela usne šupljine i usnice te oteklina u području čeljusti, što dovodi do neodgovara-

¹ Sanja Kičić, bacc.med.techn. Klinička bolnica Osijek, Odjel za maksilofacijalnu kirurgiju

jućeg prijanjanja proteza, iznenadna pomičnost zuba i bolnost oko zuba, promjena glasa u smislu prolongirane promuklosti, neuobičajeno krvarenje iz usne šupljine ili epistaksa, cervikalna limfadenopatija i gubitak na tjelesnoj težini⁵.

Liječenje

Liječenje karcinoma glave i vrata ovisi o stupnju ili opsegu bolesti, a njega utvrđuje liječnik. Kirurški zahvati i liječenje zračenjem smatraju se glavnim postupcima liječenja. Kemoterapija se obično provodi u kombinaciji s kirurškim zahvatima ili s radioterapijom kao adjuvantna ili palijativna terapija¹.

Na izbor terapije utječu: dob, opće tjelesno stanje i prisutnost komorbiditeta. Uspješan oporavak bolesnika s karcinomom glave i vrata zahtijeva multidisciplinarni pristup. Članovi su tima kirurg, medicinska sestra, radiolog, onkolog, logoped, nutricionist, socijalni radnik, fizioterapeut i protetičar. U multidisciplinarnom timu, medicinska sestra ima ključnu ulogu u uspješnoj koordinaciji tima⁶.

Cilj

Cilj je rada na osnovi prikaza bolesnika predložiti najčešće probleme iz područja zdravstvene njege i intervencije medicinske sestre u bolesnika s karcinomom usne šupljine i presadnicama (metastazama) u području vrata u prijeoperacijskom razdoblju i nakon *commando* operacijskog zahvata.

Ispitanici i metode

Bolesnik je odabran metodom slučajnog odabira. Uvjet odabira bio je dijagnosticiran tumor u usnoj šupljini i metastaze u području zahvata, kao i planirani *commando* operacijski zahvat. Ispitanik je bio bolesnik liječen od 4. 12. do 24. 12. 2006. na Odjelu maksilofacijalne kirurgije.

Prikaz bolesnika

Bolesnik je u dobi od 73 godine, oženjen, otac četvero odrasle djece, umirovljenik. Zaprimljen je na Odjel maksilofacijalne kirurgije redovnim prijemom radi planiranog operacijskog zahvata u općoj anesteziji.

Medicinska dijagnoza: *Ca baseos oris lat. sin. cum meta colli bil.*

Nikada nije bio teže bolestan niti hospitaliziran. Negira teže obiteljske bolesti. Pušač je od svoje petnaeste godine. Unatrag godinu dana pušio je kutiju cigareta na dan. Alkohol na pića također je svakodnevno konzumirao. Prije otprilike godinu dana primijetio je promjenu s lijeve strane jezika, a sada otežano govori i prisutna je bol pri konzumiranju hrane, što je i razlog posjeta liječniku. Nakon što je saznao za dijagnozu ne konzumira alkohol i ne puši. Liječnik ga je upoznao s njegovom bolešću, predviđenim operacijskim zahvatom i vrstom anestezije.

Tolerira svu hranu, negira alergije. Zbog otežanog žvakanja jede samo kašastu i tekuću hranu. Bolesnik izjavljuje da je izgubio 6 kilograma unatrag tri mjeseca. Pije oko 2,5 l tekućine na dan, najviše mlijeko i čajeve.

Eliminacija uredna, znojenje nije prisutno. U aktivnostima samozbrinjavanja samostalan.

Spava oko osam sati. Unatrag nekoliko mjeseci spava sam u sobi, zbog neugodnog zadaha. Tijekom dana osjeća se odmorno.

Čuje i vidi dobro. Naočalama se koristi samo pri čitanju, pisanju i obavljanju preciznih radnji. Dobro pamti, odluke donosi samostalno. Prisutni su bolovi u usnoj šupljini pri žvakanju hrane. Otežano komunicira zbog teže pokretljivosti jezika.

Obitelj mu je najveća potpora. U teškim mu situacijama najviše pomažu obitelj i razgovor. Obitelj i zdravlje smatra najvećom vrijednosti.

Prijeoperacijsko razdoblje i problemi iz područja zdravstvene njege

Čovjek kao društveno biće socijalizaciju s drugim ljudima ostvaruje kontaktom licem u lice i verbalnom komunikacijom. Oboljelima od karcinoma glave i vrata mogu biti zahvaćena najvitalnija područja zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba egzistencije i identifikacije osobnosti: disanje, unos hrane i tekućine, izgled lica, komunikacija. Podatci o prisutnosti otežanog gutanja, žvakanja, boli, načinu prehrane, gubitku na tjelesnoj težini i otežanom disanju ključni su problemi iz područja zdravstvene njege i upotpunjuju činjenice o bolesti. Navedene dijagnoze detektirane u prikazanog bolesnika mogu se očekivati i u drugih bolesnika s navedenom dijagnozom.

Neupućenost u poslijeoperacijski tijek u/s nedostatka određenog znanja

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije s razumijevanjem verbalizirati svoje zdravstveno stanje, poslijeoperacijski tijek i biti aktivan sudionik u zdravstvenoj njezi.

Intervencije:

- uspostaviti s bolesnikom odnos potpore i povjerenja
- omogućiti nazočnost obitelji ili drugih važnih osoba iz njegova života
- saznati što bolesnik zna o svojoj bolesti i načinu liječenja, kako tumači i doživljava bolest i hospitalizaciju
- provjeriti što želi znati, poticati ga da postavlja pitanja, odgovarati točno i iskreno
- objasniti sadašnje stanje i uzroke takva stanja
- dogovoriti razgovor s liječnikom kako bi mu pružio informaciju o planiranom zahvatu
- omogućiti kontakt s bolesnikom koji je bio podvrgnut istom kirurškom liječenju
- dati pisane upute bolesniku i obitelji o aktivnostima u vrijeme hospitalizacije u koje ulaze kirurški zahvat, oporavak i rehabilitacija
- dati obitelji informaciju o pravilima koja se tiču posjeta i mogućnosti konzultacija
- obavijestiti bolesnika i objasniti mu očekivane promjene njegova stanja zbog bolesti, medicinskih postupaka i drugih razloga
- provjeriti pismenost bolesnika i dogovoriti način komunikacije nakon kirurškog zahvata
- dati na raspolaganje bolesniku i njegovoj obitelji materijale za sve oblike neverbalne komunikacije.

Cilj je postignut. Bolesnik je s razumijevanjem verbalizirao poslijeoperacijski tijek, izjavio da mu je mnogo lakše kada on i njegova obitelj znaju što mogu očekivati nakon operacije i kako može aktivno sudjelovati u zdravstvenoj njezi.

Pothranjenost u/s otežanog žvakanja i gutanja

- očituje se TT 51 kg, gubitkom na tjelesnoj težini 6 kg unatrag 3 mjeseca.

Cilj: bolesnik tijekom hospitalizacije ne će gubiti na tjelesnoj težini uz dnevni unos hrane od 2 500-3 000 kcal.

Intervencije:

- prema odredbi liječnika dati bolesniku gotove dijetetske pripravke (Ensure, Sustacal, Carnation i sl.)
- osigurati kašastu i tekuću hranu
- poticati na manje i češće obroke i unos tekućine ako dopušta zdravstveno stanje
- osigurati prikladnu temperaturu hrane
- ublažiti i ukloniti bol prije hranjenja
- urediti usnu šupljinu prije i nakon hranjenja radi povećanja teka
- savjetovati uporabu slamčice, žličice, štrcaljke s pripojnim kateterom
- biti uz bolesnika ako postoji mogućnost ozljede, aspiracije hrane i slično
- educirati bolesnika o privremenom hranjenju preko nazogastrične sonde te o važnosti pravilne prehrane u poslijeoperacijskom razdoblju radi cijeljenja rane
- nadzirati unos hrane
- nadzirati redovitost stolice
- vagati bolesnika dvaput na tjedan.

Cilj je postignut. Nakon provedenih intervencija u prijeoperacijskom razdoblju bolesnik je unosio predviđeni kalorijski unos hrane od 2 500 do 3 000 kcal. U prijeoperacijskom razdoblju, koje je trajalo pet dana, bolesnik nije gubio na tjelesnoj težini.

Bol u/s s oštećenjem sluznice i tkiva usne šupljine 2° patološki proces

- očituje se: izjavom bolesnika "Boli me najviše pri žvakanju hrane". Bol je na vizualno-analognj skali procijenjena ocjenom 3.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnik će izvještavati o nepostojanju boli i bol će procjenjivati najviše ocjenom 1.

Intervencije:

- primijeniti ordinirane analgetike
- identificirati i poduprijeti strategije uklanjanja boli koje je bolesnik uspješno primjenjivao u prošlim bolnim iskustvima
- savjetovati bolesnika da prestane konzumirati alkohol i pušiti cigarete
- savjetovati izbjegavanje hrane koja nadražuje sluznicu usne šupljine i izbjegavanje velikih i iritirajućih zalogaja
- educirati ga o provođenju njege usne šupljine
- naučiti bolesnika novim strategijama uklanjanja boli i nelagode (razonoda, slikovno prikazivanje, opuštanje, kožna stimulacija).

Cilj je postignut. Nakon provedenih intervencija bolesnik je procjenjivao bol na vizualno-analognj skali od jedan do deset. Na skali za bol bolesnik je u prijeoperacijskom razdoblju procijenio bol ocjenom jedan i rekao je da ne osjeća bolove.

Otežana komunikacija u/s sa smanjenom pokretnošću jezika

- očituje se nerazumljivim govorom i izbjegavanjem verbalne komunikacije

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije učinkovito komunicirati, biti zadovoljan komunikacijom usprkos ograničenjima.

Intervencije:

- u prijeoperacijskom razdoblju procijeniti mogućnost komunikacije pisanim putem
- dati bolesniku pribor za pisanje (olovku i papir) kako bi mogao komunicirati nakon operacije
- dogovoriti s bolesnikom mogućnost poziva signalnim svjetlom ili zvonom
- savjetovati obitelj da posjećuje bolesnika i izbjegava pozivanje putem telefona
- uspostaviti intravenski put na ruci kojom ne piše, ako je moguće
- naglašavati potrebu česte oralne higijene
- izvještavati ga o postupcima zdravstvene njege u svim fazama hospitalizacije
- ohrabrivati ga na kontakt pogledom pri komuniciranju s drugim osobama
- pažljivo slušati bolesnika
- upotrebljavati prikladne, jednostavne riječi i rečenice
- pružiti pozitivna ohrabrenja i pohvale.

Cilj je postignut. Bolesnik je u prijeoperacijskom razdoblju izražavao svoje potrebe verbalno i pisanjem. Učinkovito je komunicirao s obitelji, prijateljima, medicinskim osobljem i ostalim bolesnicima.

Tjeskoba u/s neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata

- očituje se bolesnikovom izjavom „Ne znam kako će sve ovo završiti“.

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije biti manje tjeskoban, verbalizirat će svoje osjećaje.

Intervencije:

- uspostaviti odnos potpore i povjerenja s bolesnikom
- pristupiti bolesniku mirno i sabrano
- saznati što bolesnik zna o predstojećem operacijskom zahvatu, kako tumači i doživljava sadašnje stanje
- provjeriti što želi znati, 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 vezana za očekivanja u poslijeoperacijskom razdoblju, što uključuje: prisutnost boli i njezina olakšavanja, traheotomije, hranjenje nazogastričnom sondom
- uključiti obitelj i važne osobe kao potporu bolesniku.

Cilj je postignut. Bolesnik je u prijeoperacijskom razdoblju verbalizirao svoju tjeskobu, razgovarao je sa zdravstvenim timom i s bolesnikom koji je prošao operacijski zahvat koji njega očekuje. Bolesnik je izjavio kako mu je nakon razgovora mnogo lakše te da je manje tjeskoban.

Poslijeoperacijsko razdoblje nakon commando operacijskog zahvata i problemi iz područja zdravstvene njege

Disekcija vrata u većini je slučajeva dio *commando* operacije kojom se u istome bloku odstranjuje primarni tumor usne šupljine i orofarinksa¹. U bolesnika s karcinomom glave i vrata najčešće se radi traheotomija na početku operacijskog zahvata. Operacijski su zahvati obično dugotrajni i iscrpljujući te nakon operacije najčešće zahtijevaju intenzivno liječenje. Prioritet je nakon operacije uspostava disanja, a bolesnik može biti priključen na respirator prvih 12 do 36 sati. Nakon operacije koja uključuje radikalnu disekciju vrata procjenjuje

se bolesnikovo stanje vezano uz komplikacije, koje najčešće uključuje otežano disanje, infekciju rane i krvarenje. Kako dolazi do zarastanja rane, procjenjuje se raspon pokreta bolesnikova vrata⁷.

Zbog bolesnikove otežane socijalizacije koja nastaje bolešću i njezinim liječenjem zdravstvena njega bolesnika oboljelog od karcinoma usne šupljine može biti jedna od najtežih, najizazovnijih, ali i najzahvalnijih područja pružanja holističke zdravstvene njege⁸.

U našeg smo bolesnika utvrdili sedam problema iz područja zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju.

Smanjena prohodnost dišnih putova u/s s hipersekrecijom, edemima 2° nemogućnošću iskašljavanja

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije imati prohodne dišne putove.

Intervencije:

- održavati primjerene mikroklimatske uvjete u sobi
- postaviti bolesnika u visoki Fowlerov položaj
- u prva 24 sata kontrolirati vitalne znakove svakih 15–20 minuta, a kasnije svakih 1–2 sata
- promatrati ritam, učestalost i dubinu disanja, prisutnost stridora
- poticati bolesnika na duboko disanje i iskašljavanje
- pri iskašljavanju pomoći bolesniku da zauzme sjedeći položaj i poduprijeti područje oko vrata objema rukama
- primijeniti aspiraciju sekreta po potrebi.

Cilj je postignut. Dišni su putovi prohodni, bolesnik eupnoičan, RR 130/80, bilo 80, tjelesna je temperatura: 36,8 °C.

Visok rizik od krvarenje u/s operativnim zahvatom 2° podvezivanjem krvnih žila na vratu

Cilj: bolesnik tijekom hospitalizacije ne će krvariti.

Intervencije:

- procijeniti vitalne znakove
- promatrati zavoje i drenažu rane radi uočavanja prekomjernog krvarenja, obratiti pozornost na prvi upozoravajući znak kao što je kapanje krvi.
- pratiti, nadzirati i uspoređivati nalaze krvi
- reći bolesniku da izbjegava Valsavin manevar
- savjetovati bolesnika da izvijesti o prisutnosti znakova kao što je jaka bol u gornjem dijelu trbuha iznad želudca ili nelagoda
- pripremiti u bolesničkoj sobi sterilni materijal, instrumente i opremu u slučaju krvarenja (sterilne kirurške rukavice, hemostati, set instrumenata i konac za podvezivanje, traheofleks, sterilne otopine).

Cilj je postignut. Bolesnik tijekom hospitalizacije nije krvario.

Visok rizik od tromboze dubokih vena

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije održati normalnu cirkulaciju i ne će dobiti trombozu dubokih vena.

Intervencije:

- podučiti bolesnika i/ili mu pomoći pri vježbama donjih udova
- poticati vježbe dubokog disanja
- poticati bolesnika na što ranije ustajanje
- spriječiti pritisak na vene - ne stavljati jastuk ispod koljena, savjetovati da ne savija nogu preko noge
- primijeniti masažu

- promatrati ekstremitete: boju, oteklinu, bol
- primijeniti antikoagulacijsku terapiju prema odredbi liječnika.

Cilj je postignut. Bolesnik tijekom hospitalizacije nije dobio trombozu dubokih vena.

Visok rizik od infekcije rane

Cilj: da bolesnik ne dobije infekciju tijekom hospitalizacije.

Intervencije:

- poučiti bolesnika o oralnoj higijeni u prijeoperacijskom razdoblju i nakon operacije
- promatrati drenažu i njezinu učinkovitost
- zabilježiti količinu i miris drenaže
- primijeniti ordiniranu terapiju
- upotrebljavati aseptičnu tehniku pri previjanju rane i kože oko drena
- promatrati rubove kože pri previjanju rane
- kontrolirati vitalne znakove
- osigurati bolesniku hranu i tekućinu i poticati ga na njihovo uzimanje
- izolirati bolesnika od bolesnika s infekcijom
- ograničiti broj posjetitelja
- poučiti ga o higijeni i pranju ruku
- poticati bolesnika na odmor.

Cilj je postignut. Bolesnik tijekom hospitalizacije nije dobio infekciju. Kirurška rana u ustima i s objiju strana vrata zarasla je *per primam*, vitalni su znakovi u granicama normalnih vrijednosti. Bolesnik je dekaniliran, a traheostoma uredno cijeli.

Bol u/s kirurškog zahvata

- procjenom boli na vizualno-analognoj skali očituje se ocjenom 3.

Cilj: tijekom hospitalizacije bolesnik će izvještavati o nepostojanju boli/procjenjivat će bol ocjenom 1.

Intervencije:

- ocijeniti mjesto, vrstu, karakter i jačinu boli
- promatrati bolesnikov izraz lica, bezvoljno kašljanje i kretanje
- dati propisane analgetike prema potrebi
- nadzirati edeme u području vrata, primjenjivati propisanu fizikalnu terapiju, ledene obloge oko vrata
- postaviti bolesnika u Fowlerov položaj i staviti potporu pod glavu i prsa kako bi se spriječilo zatezanje šavova
- procijeniti s bolesnikom bol na skali od 1 do 10
- podučiti bolesnika kako da si pomogne pri pokretanju glave i vrata
- naučiti bolesnika o novim strategijama za uklanjanje boli.

Cilj je postignut. Bolesnik je tijekom hospitalizacije bol na vizualno- analognoj skali od 1 do 10 procijenio ocjenom 1.

Smanjena mogućnost hranjenja u/s s kirurškim zahvatom u usnoj šupljini 2° postavljenom nazogastričnom sondom i otežanim gutanjem

Cilj: bolesnik će se tijekom hospitalizacije hraniti uz sestrinu pomoć, sudjelovati u hranjenju primjereno vlastitu stanju i mogućnostima i povećavati stupanj samostalnosti pri hranjenju.

Intervencije:

- omogućiti bolesniku privatnost pri hranjenju
- primijeniti propisano hranjenje putem nazogastrične sonde
- podučiti bolesnika samostalnom hranjenju putem nazogastrične sonde

- prema odredbi liječnika dati bolesniku gotove dijetetske pripravke
- pomoći pri oralnom unosu hrane
- ponuditi hranu koja se lako žvače; meku i kašastu
- savjetovati bolesniku da pri gutanju glava bude okrenuta na neoperiranu stranu
- omogućiti oralnu higijenu prije i nakon obroka.

Cilj je djelomično postignut. Bolesnik je nakon operacije teško prihvatio hranjenje na sondu te nije uvijek želio pojesti sve predviđene obroke. Prva tri dana bolesnik je odbijao samostalno hranjenje nazogastričnom sondom. Četvrti poslijeoperacijski dan bolesnik je izrazio želju za edukacijom o prehrani putem nazogastrične sonde uz nazočnost supruge. Nakon provedene edukacije bolesnik je pozitivnije mislio o sebi i pokazivao je veću želju i zanimanje za hranom. Ponovno uspostavljanje funkcije gutanja bolesnik je teško prihvaćao te je želio da mu se iznova postavi nazogastrična sonda. Bolesnik nije gubio na tjelesnoj težini (TT 51 kg).

Poremećaj samopercepcije u/s s promijenjenim izgledom i načinom komunikacije

Cilj: bolesnik će tijekom hospitalizacije prihvatiti sebe (svoj izgled), pozitivno misliti o sebi i učinkovito komunicirati, bit će zadovoljan postignutim usprkos ograničenjima.

Intervencije:

- pomoći bolesniku učinkovito komunicirati; osigurati materijal za pisanje poruka, osigurati zvono za poziv, razviti neverbalne načine komuniciranja (npr. lupkanje prstom, znakovni jezik)
- ohrabriti verbaliziranje strahova
- stvoriti pozitivno, optimistično stajalište
- promicati realno stanje
- konzultirati se s logopedom
- surađivati s članovima obitelji kako bi se mogli uključili u pružanje potpore i ohrabrenja bolesniku
- provjeriti je li došlo do paralize lica
- provjeriti dolazi li do prekomjernog lučenja sline
- provjeriti jesu li položaj i funkcija ramena normalni.

Cilj je djelomično postignut. Bolesnik je prva četiri dana nakon operacije bio povučen, nije želio komunicirati pisanjem putem. Petoga dana bolesnik prihvaća komunikaciju pisanjem te pokušava i verbalno komunicirati. Sugovornikovo nerazumijevanje pri verbalnoj komunikaciji frustrirajuće je utjecalo na bolesnika. Bolesnik otežano okreće i podiže glavu pri promjeni položaja. Šestog dana bolesnik se počinje samostalno hraniti, čistiti kanilu te više vremena provodi pred ogledalom i postupno prihvaća novonastali izgled. Bolesnik izražava želju za sudjelovanjem u aktivnostima samozbrinjavanja.

Rasprava

Na osnovi sestrinske prakse, koja uključuje prikaz bolesnika, možemo se složiti s tvrdnjom autorica Horn i Badley da je zdravstvena njega bolesnika s karcinomom usne šupljine jedno od najtežih i najizazovnijih, ali i najzahvalnijih područja pružanja holističke zdravstvene njege. Prikazani je bolesnik bio u dobi od 73 godine. Autori Virag i Bagatin navode kako više od 90% oboljelih čine muškarci u dobi nakon četrdesete godine². Bolesnik navodi kako je promjenu u usnoj šupljini primijetio prije godinu dana uz nelagodu i

prisutnost boli pri konzumiranju krute i začinjene hrane s posljedničnim gubitkom na tjelesnoj težini. Autori Vega, Cerdenis, Perez opisuju kako u većini slučajeva prođe i dulje razdoblje od pojave znakova i simptoma bolesti do dolaska liječniku⁵. Na osnovi prikaza našeg bolesnika i navoda u literaturi možemo utvrditi postojanje problema dolaska na bolničko liječenje u uznapređovalom stadiju bolesti. Prekomjerno i dugotrajno pušenje u kombinaciji s kroničnim alkoholizmom prisutni su u našeg bolesnika, kao i u većine oboljelih^{6,7,8}. Autori Virag i Bagatin opisuju kako je velik broj oboljelih sklon zadržati štetne navike i nakon liječenja, što povećava rizik od pojave recidiva i utječe na krajnji ishod liječenja². U bolesnika smo proveli edukaciju o važnosti prestanka pušenja i konzumiranja alkoholnih pića te smo ga podupirali u njegovoj odluci o prestanku pušenja i konzumiranju alkohola.

U prijeoperacijskom razdoblju bolesnik je bio na samoj granici normalne tjelesne težine i pothranjenosti. Prisutnost anoreksije u bolesnika s oralnim karcinomom opisuju i autorice Brunner i Suddarth's, a uzrokovana je otežanim konzumiranjem hrane⁷. Uz pomoć bolničkog nutricionista bolesniku smo osigurali visoko proteinsku tekuću i kašastu dijetu odgovarajućega kalorijskog unosa uz gotove pripravke namijenjene pojačanoj prehrani. Konzultacija s nutricionistom kao važnim članom multidisciplinarnog tima spominje se u više autora^{6,7,8}. Otežana pokretljivost jezika i tumor u usnoj šupljini u bolesnika uzrokovali su otežanu komunikaciju i neugodan zadah iz usta. Navedeni znakovi i simptomi bolesti u slučaju našeg bolesnika karakteristični su za tumor u usnoj šupljini^{5,6,8}. U prijeoperacijskom razdoblju bolesnik i njegova obitelj bili su zabrinuti zbog neizvjesnog ishoda operacijskog zahvata, kao i zbog same dijagnoze karcinoma. Upućenost bolesnika i njegove obitelji te točne obavijesti glede predviđene vrste anestezije, prijeoperacijskih priprema, lijekova koje će uzimati, mogućnosti konzultacija i posjeta, medicinskih postupaka i poslijeoperacijskog izgleda olakšale su prilagodbu u poslijeoperacijskom razdoblju. U prijeoperacijskom razdoblju u našeg su bolesnika istodobno bili prisutni tjeskoba i strah. Autorice Sawyer i Bruya opisuju kako su bolesnici koji prolaze kirurški zahvat na glavi i vratu posebno tjeskobni glede poslijeoperacijskog izgleda. Iste autorice spominju čimbenike koji uzrokuju tjeskobu, a uključuju stvarnu ili zapaženu prijetnju biološkoj cjelovitosti, gubitke osjećaja ili motorike, kao i samu hospitalizaciju. Kao uzroke straha autori navode gubitak dijela tijela, gubitak tjelesne funkcije, bolest koja onesposobljuje osobu, terminalnu bolest, kirurški zahvat i njegov ishod, nedostatak specifičnog znanja i gubitke funkcije⁶. U našeg bolesnika spomenuti uzroci tjeskobe i strahova također su 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 potporu bolesniku i sudjelovanje u zdravstvenoj njezi kao bitnog čimbenika bolesnikova oporavka, rehabilitacije i socijalizacije^{6,7,8}. U bolesnika je prigodom prijma prisutni otežana komunikacija i nerazumljiv govor zbog smanjene pokretnosti jezika. Zbog otežane je komunikacije bolesnik izbjegavao verbalnu komunikaciju i socijalne kontakte s ljudima. S bolesnikom i njegovom obitelji dogovorili smo pisanu komunikaciju a u poslijeoperacijskom razdoblju. Autori^{6,7,8} navode potrebu poticanja pisanog oblika komunikacije, ali i sve druge oblike neverbalne komunikacije. Isti autori spominju važnost dogovorene komunikacije u prijeoperacijskom razdoblju kako bi se bolesniku olakšalo poslijeoperacijsko razdoblje.

Opisano je osamljivanje bolesnika zbog svjesnosti postojanja neugodnog zadaha iz usta, promjena tjelesnog izgleda te je navedena potreba stalne psihosocijalne potpore. Naglašava se važnost psihološke potpore bolesniku u svim intervencijama medicinske sestre^{6,7,8}. U bolesnika je tumor u usnoj šupljini u prijeoperacijskom razdoblju uzrokovao bol pri žvakanju i gutanju hrane. S bolesnikom smo dogovorili način procjene boli s pomoću verbalno-analogne skale. Primjenjivali smo ordiniranu terapiju analgetika, podupirali uspješne strategije koje je bolesnik provodio u svojim bolnim iskustvima, a dogovorili smo i način poziva putem signalnog svjetla kada bolesnik osjeti bol. Autorice Horn i Badley navode kao prioritet uklanjanje boli u prijeoperacijskom razdoblju jer time bolesniku pomažemo pri smanjenju straha od boli nakon operacije. Operacijski zahvati u području glave i vrata mogu biti dugotrajni i iscrpljujući i poslije operacije najčešće zahtijevaju intenzivno liječenje⁸. Naš bolesnik također je boravio u jedinici intenzivnog liječenja prva 24 sata nakon operacije. U praksi postoji nedostatak zbog dislociranosti jedinice intenzivnog liječenja i odjela maksilofacijalne kirurgije, koja onemogućuju stalni fizički nadzor članova tima maksilofacijalne kirurgije i povećava rizik od nastanka infekcije zbog bolesnikova oslabljenog imunološkog sustava nakon operacije i boravak u općoj intenzivnoj njezi u kojoj borave različiti tipovi bolesnika. Nakon povratka iz jedinice intenzivnog liječenja u bolesnika je prisutna smanjena prohodnost dišnog puta zbog prisutnosti edema, hipersekrecije i nemogućnosti iskašljavanja. Bolesnik je bio privremeno traheotomiran. Prema Carpenito, smanjena prohodnost dišnog puta jest „stanje kada osoba proživljava stvarnu ili moguću prijetnju prolazu zraka respiratornim traktom koji je uzrokovan djelomičnom ili potpunom zaprjekom dišnog puta“⁹. Navedeni problem smanjene prohodnosti dišnog puta nakon radikalne disekcije vrata i odstranjenja tumora spominju i ostali autori^{6,7,8}. Osobito važan i zahtjevan oblik pružanja njege bolesniku koji je bio podvrgnut operaciji glave i vrata jest uspostava normalnog disanja i sprječavanje respiratornih komplikacija. Opisani su znakovi i poteškoće disanja nakon radikalne disekcije vrata kao što su otežano disanje, cijanoza i promjena vitalnih znakova koji mogu upućivati na edem, iritaciju grla endotrahealnim tubusom, krvarenje i neodgovarajuću drenažu⁷. Kako bismo bolesniku osigurali bolju prohodnost dišnih putova, postavili smo ga u Fowle-rov položaj koji mu je omogućio bolju ventilaciju pluća. U bolesničkoj smo sobi osigurali odgovarajuće mikroklimatske uvjete, ukapavali smo sterilnu fiziološku otopinu u traheofleks kako bismo spriječili nastanak čepova sluzi, poticali bolesnika na iskašljavanje, duboko disanje i što ranije ustajanje iz kreveta i kretanje da bi se spriječilo zadržavanje sekreta u plućima i nastanak respiratornih komplikacija. Bolesniku smo primjenili ordiniranu terapiju. Zbog otežanog iskašljavanja u bolesnika provodili smo aspiraciju sekreta u aseptičnim uvjetima. Smanjena prohodnost dišnih putova izražena je do splašnjavanja edema prvih nekoliko dana poslijeoperacijskog razdoblja. Održavanje prohodnosti dišnih putova i sprječavanje respiratornih komplikacija u poslijeoperacijskom razdoblju osobito je značajno i zahtijeva educirano osoblje u provedbi prije spomenutih intervencija.

U bolesnika je nakon kirurškog zahvata bio prisutan visok rizik od nastanka infekcije. Rana u bolesnika sastojala se od kirurškog reza s obiju strana vrata, intraoralnog reza i prisutnosti traheostome. Prema Carpenito, narušen je integritet kože, „stanje u kojemu je promijenjen integritet kože ili je

u opasnosti da bude promijenjen“⁹. Uzroci uključuju edem, infekciju, zračenje i kirurški zahvat. Infekcija rane i stvaranje hematoma uzrokuje nekrozu i odumiranje kožnog reznja. Sawyer i Bruya opisuju kako stvaranje hematoma ili seroma gotovo uvijek prethodi stvaranju infekcije koja je česta komplikacija kirurškog zahvata na glavi i vratu⁶. Provjera drena u poslijeoperacijskom razdoblju i učinkovita drenaža vrlo su važni čimbenici u prevenciji infekcije. Drenovi u vratu sprječavaju nakupljanje tekućine ispod kožnog reznja i moraju se redovito kontrolirati jer neispravna drenaža može uzrokovati infekciju i odumiranje reznja^{6,7,8}. U bolesnika smo provodili intervencije usmjerene sprječavanju nastanka infekcije. Bolesniku smo uzeli obrisak rane i traheostome odmah nakon premještanja iz jedinice intenzivnog liječenja. Kontrolirali smo vitalne znakove, stanje svijesti, promatrali drenažu i njezinu učinkovitost te bilježili količinu drenažnog sadržaja. Postupci pri previjanju rane i kože oko drena provodeni su u aseptičnim uvjetima. Provodili smo procjenu rubova kože pri previjanju rane i pratili njihovo zarastanje. Bolesniku smo osigurali odgovarajući kalorijski unos hrane i tekućine te ga poticali na odmor. Ranu u usnoj šupljini ispirali smo kako bismo spriječili nakupljanje bakterija u usnoj šupljini. Kožu oko traheostome čistili smo sterilnom fiziološkom otopinom i zaštitili je antibiotskom mašću. Kožu ispod kanile nepropusnim smo oblogom zaštitili od maceracije iskašljanim sekretom. Kako je bolesnik bio samostalniji u aktivnostima samozbrinjavanja, poticali smo ga na češće pranje ruku te mu savjetovali izbjegavanje osoba s respiratornim i kožnim infekcijama.

Sawyer i Bruya opisuju promjenu tkivne perfuzije u bolesnika nakon operacijskog zahvata kao posljedicu manipulacije krvnim žilama na vratu za vrijeme operacije. Promjenu u tkivnoj perfuziji autorice opisuju kao stanje u kojemu osoba doživljava ili je u opasnosti da doživi smanjenu prehranu i oksigenaciju na staničnim razinama zbog smanjenog dotoka krvi u kapilare. Uzroci uključuju cerebrovaskularne poteškoće, tromboemboliju, edeme, upalu, otežanu vensku cirkulaciju koja je uzrokovana traumama krvnih žila i njihovom manipulacijom⁶. U prikazanog smo bolesnika provodili intervencije koje su uključile kontrolu stanja svijesti, vitalnih znakova, primjenu ordinirane antikoagulantske terapije, poticali smo bolesnika na vježbe nogu i ruku i što ranije ustajanje iz postelje kako bismo spriječili trombozu dubokih vena. Posebnu pozornost iste autorice pridaju visokom riziku od krvarenja i rupture karotidne arterije zbog manipulacije velikim krvnim žilama na vratu tijekom kirurškog zahvata. Bolesnika smo savjetovali da nas izvijesti o prisutnosti boli i nelagode u gornjem dijelu trbuha i želudca, savjetovali smo izbjegavanje Valsavina manevra, kontrolirali smo vitalne znakove, pratili i nadzirali drenažu i ranu.

Bolesnik se nakon operacijskog zahvata žalio na utrnulost u predjelu vrata te na glavobolju i nelagodu pri podizanju glave. Poučili smo ga kako si podupiranjem ruke iza glave može pomoći pri promjeni položaja. Primjenjivali smo propisanu terapiju analgetika, procjenjivali bol s pomoću vizualno-analogne skale te smo bolesnika uputili na pozivanje putem signalnog svjetla čim osjeti bol. Autorice Sawyer i Bruya opisuju kako se većina bolesnika nakon operacije više žali na glavobolju nego na bol na mjestu kirurškog reza. Razlog tomu jest to što su mnogi živci presječeni pri operaciji⁶.

Nakon kirurškog zahvata bolesnik se hranio putem nazogastrične sonde uz pomoć medicinske sestre. Intervencije medicinske sestre trebale bi se usredotočiti na psihološku

potporu i poučavanje bolesnika aktivnostima samozbrinjavanja⁶. Bolesnik u početku nije prihvaćao hranjenje putem nazogastrične sonde i nije želio pojesti sve predviđene obroke. Kako se bolesnik počeo samostalno hraniti, pokazivao je veći interes za hranom i prihvatio je prehranu nazogastričnom sondom. Na osnovi prikaza našeg bolesnika i literature možemo se složiti s činjenicom da prihvaćanje brige o samome sebi umnogome utječe na prihvaćanje samog sebe i ponovnu socijalizaciju. Nakon zarastanja rane u usnoj šupljini nazogastrična je sonda izvađena i bolesnik je otpočeo s oralnim hranjenjem. Bolesniku smo savjetovali ustrajnost u gutanju, uporabu male žličice i provođenje toaleta usne šupljine prije i nakon konzumiranja hrane. Nakon hospitalizacije bolesniku je preporučen odlazak logopedu kako bi se provodile vježbe rehabilitacije funkcija gutanja i govora, kao i odlazak fizioterapeutu kako bi se provela rehabilitacija vrata i ramena. Iz primjera skrbi u našeg bolesnika odlazak logopedu i odlazak fizioterapeutu nakon hospitalizacije nije bio prihvatljiv za bolesnika zbog fizičke udaljenosti mjesta stanovanja. Ovakav se problem pojavljuje u većine naših bolesnika.

U svijetu postoje specijalizirane klinike koje okupljaju članove tima na jednom mjestu gdje svaki član tima (interdisciplinarno) radi s bolesnikom, a odluke se donose zajednički između bolesnika i svih članova tima u najboljem interesu za bolesnika. Problem otežane verbalne komunikacije u poslijeoperacijskom razdoblju autorice Sawyer i Bruya opisuje kao stanje u kojem osoba doživljava ili može doživjeti smanjenu sposobnost verbalne komunikacije ili razumijevanja značenja riječi. Uzroci mogu uključivati laringealni edem, traheotomiju, laringektomiju te kirurške zahvate na glavi, licu, vratu i u usnoj šupljini⁶. Unatoč dogovoru s bolesnikom o pisanom načinu komunikacije u poslijeoperacijskom razdoblju, nemoćnost komunikacije i prisutnost traheofleksa na bolesnika su djelovali frustrirajuće te on u prva četiri dana nije želio pisati. Izbjegavao je pogled u socijalnim kontaktima, što je odavalo pad samopouzdanja. Sawyer i Bruya opisuju kako bolesnik doživljava ili je u opasnosti da doživi negativno stanje promjene ovisno o načinu kako osjeća, razmišlja ili vidi sebe. Uzroci uključuju gubitak dijela tijela, gubitak tjelesne funkcije, terminalnu bolest i kirurški zahvat. Iste autorice opisuju kako promjene u izgledu nakon operacije mogu izazvati osjećaj straha zbog neprihvaćanja okoline^{6,7,8}. Briga o samom sebi glavni je čimbenik u prihvaćanju samog sebe. Intervencije medicinske sestre trebaju se usredotočiti na psihološku potporu i edukaciju bolesnika u aktivnostima samozbrinjavanja. Poticanje psihološke potpore, bolesnikove samostalnosti i sposobnosti preuzimanja odgovornosti povećavaju psihološku i društvenu prilagodbu te jačanje samopouzdanja⁶. Autori Bruner i Suddarth's opisuju ispade neprijateljstva od bolesnika kao obrambene mehanizme te naglašavaju kako je bolesniku potrebno pružiti ozračje prihvaćanja i razumijevanja⁷. Autori također spominju važnost suradnje sa psihologom, kao i s grupama i mentorima za psihološku potporu^{6,8}. Prikaz našeg bolesnika na tragu je navoda u literaturi i možemo se složiti da je poticanjem i povećavanjem stupnja samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja u našeg bolesnika, koje uključuju hranjenje nazogastričnom sondom, ispiranje usne šupljine i samostalno čišćenje kanile, bolesnik je lakše prihvaćao novonastale promjene u izgledu, što je dovelo do napretka u prihvaćanju samog sebe i u socijalizaciji. Također se može potvrditi potreba pružanja psihološke potpore stručnjaka te edukacija medicinske sestre u ovom području.

Zaključak

- Problem dolaska na bolničko liječenje u uznapredovalom stupnju bolesti upućuje na potrebu zdravstvenog odgoja radi ranog prepoznavanja znakova i simptoma bolesti koji bi uvelike utjecao na kvalitetu života nakon operacije i preživljenje bolesnika.
- Zdravstveni odgoj o štetnosti pušenja i alkoholizma nužan je za širu populaciju, osobito za mlade osobe, jer se štetne navike najčešće prihvaćaju u tinejdžerskoj dobi.
- Prijeoperacijsko razdoblje u bolesnika obilježeno je zabrinutošću, tjeskobom i strahom te zahtijeva dobru psihološku pripremu bolesnika koja se temelji na uspostavljanju odnosa potpore i povjerenja prema zdravstvenom timu, pružanje točnih informacija bolesniku i njegovoj obitelji.
- Sudjelovanje bolesnikove obitelji u zdravstvenoj njezi od neprocjenjive je važnosti za bolesnika zbog osjećaja sigurnosti, potpore i jačanja samopouzdanja.
- Poticanjem bolesnika i povećanjem stupnja samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja 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 glave i vrata zahtijeva multidisciplinarni pristup bolesniku. U multidisciplinarnom timu medicinska sestra ima ključnu ulogu uspješne koordinacije tima u najboljem interesu za bolesnika.
- Razvoj multidisciplinarnih timova zahtijeva ujednačenu razinu obrazovanja svih članova tima pa je stoga trajna edukacija medicinske sestre nužna za pružanje kvalitetne zdravstvene njege bolesniku.
- Promjene tjelesne i psihosocijalne prirode zahtijevaju pružanje psihološke potpore stručnjaka te edukaciju medicinske sestre u tom području.
- Budućnost najbolje skrbi za liječenje i rehabilitaciju jest u klinikama koje će okupljati sve članove tima na jednome mjestu uz interdisciplinarni pristup.

Literatura

1. Virag, M.: Kirurško liječenje tumora glave i vrata u Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb 2006.
2. Bagatin, M., Virag, M. i sur.: Maksilofacijalna kirurgija, Školska knjiga, Zagreb, 1991.
3. Winn, D. Diet and nutrition in the etiology of oral cancer. *Am J Clin Nutr* 1995;61 (Suppl 2):437S-45S.
4. Greer, RO., Eversole, S., Cosby LK. Detection of papillomavirus genomic DNA in oral epithelial dysplasias, oral smokeless tobacco associated leukoplakias and epithelial malignancy. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:1201-5.
5. Vega, M., Cerdénis, H., Pérez, C. A et al.: Cervical metastasis from unknown primaries, radiotherapeutic management and appearance of subsequent primaries. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 1990;19:919-28.
6. Sawyer, D., Bruya, M.: Care of the Patient Having Radical Neck Surgery or Permanent Laryngostomy: A Nursing Diagnostic Approach, Focus on critical care, Volume 17, Number 2, April 1990.
7. Bruner and Suddarth's.: Textbook of Medical Surgical Nursing, seventh edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.str 844-59.
8. Horn, M.A., Badley, J.V.: Nursing Care in Cancer of the head and neck, fourth edition, Saunders Philadelphia, Pennsylvania, 2003; str 707-16.
9. Carpenito, L.J.: Handbook of Nursing Diagnosis, fourth edition, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991.