

Specifičnosti zdravstvene njege bolesnika s tumorima glave, vrata i gornjeg probavnog trakta

Muharemović, Dea

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:295807>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-29**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Dea Muharemović

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA S
TUMORIMA GLAVE, VRATA I GORNJEG PROBAVNOG
TRAKTA**

Završni rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Dea Muharemović

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA S
TUMORIMA GLAVE, VRATA I GORNJEG PROBAVNOG
TRAKTA**

**SPECIFICITY OF HEALTH CARE OF THE HEAD, NECK
AND UPPER DIGESTIVE TRACT TUMORS PATIENTS**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Tihana Boraska Jelavić

Split, 2019.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Osnovna obilježja tumora.....	1
1.2. Podjela tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta	2
1.3. Epidemiologija	2
1.4. Etiologija	3
1.5. Klinička slika tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta	4
1.6. Patohistologija.....	4
1.7. Dijagnostika tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta	5
1.8. Liječenje tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta.....	6
2. CILJ RADA	10
3. RASPRAVA	11
3.1. Sestrinska skrb kod oboljelih od tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta	12
3.1.1. Zdravstvena njega bolesnika sa traheostomom	13
3.1.2. Prehrana bolesnika s otežanim gutanjem	15
3.1.3. Zdravstvena njega bolesnika sa neželjenim posljedicama radioterapije	16
3.1.4. Higijena i njega usne šupljine	19
3.2. Pregled dentalnog statusa prije, tijekom i nakon radioterapije.....	20
3.3. Liječenje kronične maligne boli	22
3.4. Psihosocijalni pristup bolesniku sa malignom bolešću	22
4. ZAKLJUČAK	24
5. SAŽETAK.....	25
6. ABSTRACT.....	26
7. LITERATURA.....	27
ŽIVOTOPIS	29

1.UVOD

Tumori glave i vrata heterogena su skupina tumora sa složenim anatomskim i funkcionalnim odnosima. Zajedno sa tumorima gornjeg probavnog trakta predstavljaju zahtjevan izazov u dijagnostici i liječenju te zahtijevaju rad multidisciplinarnih stručnjaka kao temelj uspješnog liječenja.

1.1. Osnovna obilježja tumora

Tumori predstavljaju patološke tvorbe uzrokovane prekomjernim umnažanjem nenormalnih stanica, odnosno njihov rast nadmašuje rast normalnih tkiva. Rast tumora nema biološke svrhe, neovisan je o osnovnim fiziološkim procesima, nepravilan, neorganiziran te može biti parazitski, na način da iskorištava domaćina zbog prehrane, kisika i hormona. Kliničkom klasifikacijom razlikujemo dobroćudne i zloćudne tumore. Za razliku od zloćudnih tumora, dobroćudni tumori jesu oštro ograničeni, ekspanzivno rastu i lagano se kirurški odstranjuju (1). Metastaze su sekundarne promjene tumora, lokalizirane u udaljenijim tkivima, te su najčešći pokazatelj zloćudnosti tumora, iako svi zloćudni tumori ne moraju metastazirati. Svim vrstama zloćudnih tumora zajedničko je da nastaju od zdravih stanica organizma mehanizmom kojeg nazivamo zloćudnom pretvorbom. Zloćudni tumor, odnosno rak u osnovi je genska bolest, jer promjene odgovorne za zloćudnu alteraciju uglavnom su genske mutacije. Mutacije u stanicama zloćudne tvorbe dijele se na usputne i pokretačke. Pokretačke mutacije se događaju u genima te su uzročno i funkcionalno povezane sa nastankom raka. Geni za koje se pokazalo da imaju glavnu ulogu u nastanku raka jesu onkogeni. Oni su promijenjena inačica normalnih staničnih gena koje nazivamo protoonkogeni. Osim onkogeni, do samog nastanka raka mogu dovesti tumor supresorski geni, to jest gubitak njihovih proteinskih produkata (2).

1.2. Podjela tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta

Tumori glave i vrata nalaze se među 3-5 % svih zloćudnih bolesti, dok tumori gornjeg probavnog trakta, odnosno jednjaka čine 6 % svih zloćudnih bolesti probavnog sustava (2-8). Osnovna podjela tumora glave i vrata može se razvrstati prema anatomskim područjima u sljedeće skupine:

- Tumori usne šupljine (usne, bukalna sluznica, desni, tvrdo nepce, dno usne šupljine, prednje dvije trećine jezika, gingivobukalni sulcus)
- Tumori orofarinksa (stražnja trećina jezika, valekule, tonzilarna regija s nepčanim lukovima, meko nepce i orofaringealna stijenka)
- Tumori epifarinksa (nazofarinksa)
- Tumori hipofarinksa (piriformni sinus, postkrikoidno područje i stražnja ždrijelna stijenka)
- Tumori grkljana (glotis, supraglotis, subglotis)
- Tumori nosa i paranazalnih šupljina
- Tumori slinovnica (2).

Iako anatomske pripadaju glavi i vratu, tumori oka, uha, štitnjače, paratireoidnih žlijezdi i melanom sluznice funkcionalno čine zasebnu skupinu tumora (2). Najčešći tumori jednjaka histološki se dijele na rak pločastih stanica i adenokarcinom.

1.3. Epidemiologija

Među tumorima glave i vrata najbrojniju skupinu čine tumori usne šupljine sa 44%, zatim tumori grkljana sa 31% te tumori farinksa sa 25%. Incidencija tumora glave i vrata raste s dobi, te se pojavljuje tri do četiri puta češće u muškaraca nego u žena u dobi od pedesete do sedamdesete godine života (2). Zloćudni tumori usne šupljine nalaze se među 5% svih zloćudnih tumora i zauzimaju mjesto među deset najčešćih zloćudnih tumora (4). Tumori nazofarinksa i slinovnica nisu rijetka pojava i kod mlađih osoba (2). S obzirom na heterogenost žlijezda slinovnica, najčešći tumori su u velikim žlijezdama slinovnicama (90%), od toga 80% u parotidnoj i 20% u submandibularnoj žlijezdi. Tumor paranazalnih sinusa rijetka je bolest koja se pojavljuje u 3% slučajeva

tumora glave i vrata, najčešće je zahvaćen maksilarni sinus. Među tumorima usnice češće je zahvaćena donja usnica u 95% slučajeva i to u pretežito muškaraca u dobi od četrdeset do šezdeset godina. Incidencija tumora glave i vrata dosta se razlikuje u različitim geografskim područjima. Incidencija raka grkljana veća je u Aziji nego u Europi, koja je povezana sa korištenjem betelovih sjemenki i konzumiranjem duhanskih proizvoda, dok su endemska područja raka nazofarinksa, kao što su Grenland, sjeverna Afrika i južna Kina, povezana sa konzumiranjem usoljenog mesa i ribe, te učestalih infekcija Epstein –Barr virusom (2). Benigni tumori jednjaka su rijetkost, dok maligni tumori jednjaka su šest puta češći u muškaraca nego u žena, s vršnom incidencijom u šestom desetljeću života (2, 3). Prema najnovijim podacima iz 2015. godine u Republici Hrvatskoj, dijagnosticirano je 49 bolesnika sa rakom jezika, 30 osoba sa rakom žlijezda slinovnica, 177 oboljelih od raka farinksa, 75 oboljelih od raka usne te 48 oboljelih od raka krajnika. Također, godine 2015. u Republici Hrvatskoj, rak jednjaka dijagnosticiran je kod ukupno 169 bolesnika, među njima 41 žena, dok ostali novooboljeli su predstavljali muškarci (5).

1.4. Etiologija

Prekomjerna konzumacija alkohola i pušenje cigareta predstavljaju dva najvažnija etiološka čimbenika za nastanak raka glave i vrata. Najosjetljivije područje za nastanak raka uslijed pušenja cigareta jest grkljan, a nakon njega dno usne šupljine. Osim pušenja cigareta, razvoju nastanka karcinoma pridonose i pušenje marihuane, žvakanje te ušmrkavanje duhana. Osobe koje prekomjerno konzumiraju alkohol, povećavaju rizik nastanka raka za dva do pet puta. Loša i oskudna prehrana, pretjerana izloženost UV-zrakama, infekcija Epstein-Barr virusom, humanim papiloma virusom (HPV), izloženost ionizacijskom zračenju, te urođeni i stečeni sindrom imunodeficijencije predstavljaju niz predisponirajućih čimbenika za razvoj karcinoma tumora glave i vrata (2). Ultraljubičasto zračenje vodeći je etiološki čimbenik tumoru usnica te se biološki ponaša slično karcinomu kože (4). Uzrok karcinoma jednjaka nije poznat, no smatra se da među glavnim etiološkim čimbenicima također spadaju pušenje cigareta i konzumiranje alkohola. Među ostalim predisponirajućim čimbenicima spadaju: kardiospazam, ožiljne strikture jednjaka, Plummer-Vinsonov sindrom, leukoplakija na

jednjačnoj sluznici te Barrettov ezofagus kao jedan od glavnih pokazatelja premalignih stanja (3).

1.5. Klinička slika tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta

Žarišni simptomi i znakovi često govore o lokalizaciji tumora. Gubitak sluha, opstrukcija nosa, trizmus, glavobolja, povećanje limfnih čvorova neki su od znakova tumora nazofarinksa. Oteklina ili ulceracija koja ne zacjeljuje, teža pokretljivost jezika, krvarenje sluznice, karakteristični su znakovi tumora usne šupljine. Promuklost, dispneja i stridor, penetracija hrskavice s palpabilnom masom na vratu obilježja su tumora grkljana, koja za razliku od tumora baze jezika, nazofarinksa, hipofarinksa te paranazalnih sinusa obično daju rane simptome (2). Vodeći simptom kod raka jednjaka je disfagija, koja u ranom stadiju može biti samo povremena, dok kasnije kod uznapredovale faze postaje sve izraženija do te mjere da bolesnik teško guta i tekućinu. Osim disfagije, ostali simptomi kod raka jednjaka su regurgitacija i povraćanje, anoreksija, kaheksija, mukla bol u prsima te povećani supraklavikularni čvorovi (3).

1.6. Patohistologija

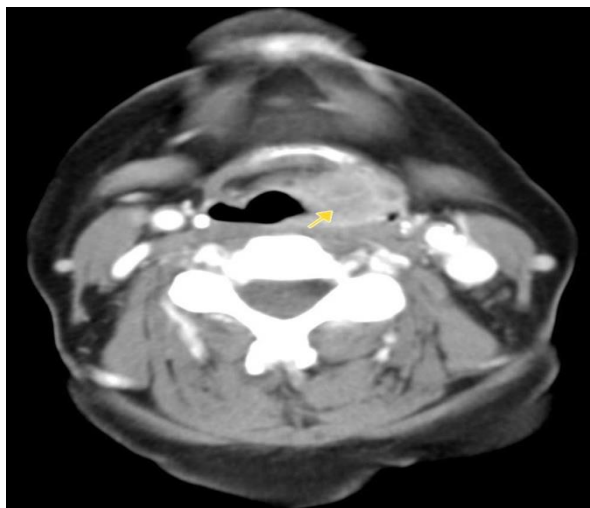
Karcinom pločastih stanica glave i vrata danas se po učestalosti na šestom mjestu od svih zloćudnih tumora. Visoka incidencija i smrtnost, neočekivan odgovor na kemoterapiju i zračenje te smanjenje kvalitete života bolesnika nakon liječenja, zahtijeva mnogo učinkovitije metode u prevenciji, dijagnostici i liječenju bolesti. Uloga patologa u prošlosti bila je postavljanje dijagnoze, no danas je od velike važnosti potrebno odrediti prediktivne i prognostičke znakove za daljnje uspješno liječenje bolesnika (6). Prema morfologiji, rast tumora se dijeli u četiri oblika: ulcerativni (najčešći) koji često progredira u infiltrativni tip, zatim egzofitični tip (površinski) koji kasnije metastazira u verukozni podtip. Svjetska zdravstvena organizacija razlikuje tri patohistološka tipa karcinoma nazofarinksa: planocelularni keratinizirani, nekeratinizirani i nediferencirani tip. Preostali histološki tipovi tumora glave i vrata koji se rjeđe javljaju su: sarkomi, limfomi, adenokarcinomi, estenzioneuroblastomi, melanomi, ekstramedularni plazmocitomi te kemodektomi. Tumori jednjaka mogu biti

rak pločastih stanica i adenokarcinom, čija se incidencija povećava u posljednjih godina u razvijenim zemljama (2).

TNM sustav danas je jedan od najčešćih upotrebljivanih sustava za klasifikaciju tumora. Uključuje procjenu primarnog tumora (oznaka T), regionalnih limfnih čvorova (oznaka N) te prisutnost udaljenih metastaza (oznaka M) (4). TNM klasifikacija od iznimne je važnosti radi odabira terapije i prognoze bolesti. Tumori glave, vrata i gornjeg probavnog trakta klasificiraju se putem TNM sustava.

1.7. Dijagnostika tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta

Dijagnostički postupci potrebni za dijagnozu tumora glave i vrata jesu temeljita anamneza i klinička slika, fizikalni pregled koji uključuje inspekciju i palpaciju, neizravna laringoskopija, panendoskopija, ezofagoskopija te u konačnici biopsija kojom se postavlja definitivna dijagnoza (2). Uz navedene metode, u današnje vrijeme sve više se koriste slikovne metode poput magnetne rezonance (MRI), višeslojne kompjuterizirane tomografije (MSCT), pozitronske emitirane tomografije (PET) ili kompjuterizirane tomografije (CT) koji uz morfološku analizu daju i funkcionalne podatke. Ovim metodama danas je omogućeno radiologu vidjeti prisutnu patologiju, odrediti njen položaj i procijeniti odnos prema anatomskim strukturama (7). Dijagnostička obrada raka jednjaka bazirana je na anamnezi i kliničkom pregledu, kompletnoj krvnoj slici i biokemijskim pretragama krvi, ezofagogastroskopijom i biopsijom, *staging* endoskopskim ultrazvukom te CT-om prsnog koša i trbuha. Definitivna dijagnoza raka jednjaka postavlja se na temelju patohistološke potvrde bolesti iz bioptičkog materijala uzetog tijekom ezofagoskopije (8).



Slika 1. CT prikaz tumora grkljana

Izvor:http://www.imagingpathways.health.wa.gov.au/images/laryngeal_ca/CT4.jpg

1.8. Liječenje tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta

S obzirom na različite načina liječenja tumora, kirurg koji se bavi kirurgijom tumora mora biti upoznat ne samo sa načinom kirurškog liječenja, već i sa dijagnostičkim pretragama radi postavljanja točne dijagnoze tumora i određivanja proširenosti bolesti. Osim kirurškog liječenja, zadaća kirurga je poznavati kada su indicirani ostali principi onkološkog liječenja (9). Terapijski postupci u liječenju tumora glave i vrata obuhvaćaju kirurški zahvat, kombinaciju kemoterapije i radioterapije te imunoterapiju. O samom odabiru načina liječenja, prvenstveno utječe stadij bolesti, zatim dob bolesnika, opće stanje i komorbiditet. Primarni tumori (T1 i T2) liječe se jednako učinkovito kirurškim zahvatom ili zračenjem. Uloga radioterapije je očuvanje funkcije organa i dobar kozmetički učinak. Radioterapija se uglavnom provodi s klasičnim frakcioniranjem 2 Gy dnevno tijekom šest do sedam tjedana (2). Postoperativno zračenje provodi se unutar šest tjedana od operacije kod bolesnika sa većim tumorima ili metastazama (4). Tumori kod kojih nije moguć kirurški zahvat, primjenjuje se indukcijska, neoadjuvantna kemoterapija radi smanjenja primarnog tumora i očuvanja funkcije organa. Kombiniranje kirurškog zahvata, kemoterapije i radioterapije dolazi u fazi uznapredovale bolesti (T3,T4 i N+) (2).

Zloćudni tumori usne šupljine i orofarinksa liječe se kirurški, dok se kemoterapija i radioterapija najčešće koriste u sastavu sa kirurškim liječenjem, kao adjuvantna ili palijativna terapija. Terapijski postupak uklanjanja primarnog tumora kroz usta naziva se intraoralna ekscizija. Indikacije za takav postupak su manji tumori s klinički negativnim vratom. Commando operacija ili blok resekcija temelji se na eksciziji primarnog tumora intraoralno u kontinuitetu s limfadenektomijom vrata, indicirana je kod bolesnika s karcinomom usne šupljine i evidentnim metastazama na vratu. Karcinom usnice liječi se kirurški, odnosno resekcijom usnice, kada je defekt manji od trećine usnice. Liječenje karcinoma paranazalnih sinusa i žlijezda slinovnica najčešće je kirurško u kombinaciji sa postoperacijskim zračenjem (4). Karcinom nazofarinksa razlikuje se od ostalih tumora glave, jer se ne liječi kirurškim zahvatom s obzirom na lokalizaciju, već primarnom konkomitantnom kemoradioterapijom i adjuvantnom kemoterapijom. U slučaju klinički negativnog vrata (nepostojanje metastaza u limfnim čvorovima vrata dostupnom dijagnostičkom obradom), nužno je liječiti vrat ako je rizik za postojanje okultnih presadnica veći od 20 %. U takvom slučaju, ako se primarni tumor liječi kirurškim zahvatom, potrebna je disekcija vrata, a ako se liječi zračenjem potrebno je elektivno zračenje vrata (2).

Tablica 1. Tipovi disekcije vrata (2)

Radikalna disekcija vrata	Istostrani limfni čvorovi uklanjaju se u bloku zajedno s unutrašnjom jugularnom venom, sternoklaidomastoidnim mišićem akcesornim živcem.
Proširena radikalna disekcija vrata	Uklanja se još jedna ili više dodatnih struktura, limfatičnih ili nelimfatičnih.
Modificirana disekcija vrata	Očuvanje jedne ili više nelimfatičnih struktura; često se radi na kontralateralnoj strani, jer je potrebno očuvati bar jednu unutrašnju jugularnu venu.
Selektivna disekcija vrata	Uklanjanje jedne ili više skupina limfnih čvorova.
Supraomohoidna disekcija	Uklanjanje limfnih čvorova regije I-III.
Posterolateralna disekcija	Uklanjanje subokcipitalnih i retroaurikularnih limfnih čvorova uz regije II-V.
Lateralna disekcija	Uklanjanje limfnih čvorova regija II-IV.
Prednja disekcija	Uklanjanje pretrahealnih, paratrahealnih, peritireodnih i prekrikoidnih limfnih čvorova.

U liječenju tumora niskog rizika pojave metastaza u regionalnim limfnim čvorovima, moguće je primijeniti brahiterapiju, koja se često kombinira sa vanjskom radioterapijom radi postizanja veće doze na mjesto primarnog tumora (tzv. *boost*-doza) (2). Kod karcinoma jednjaka metoda izbora je kirurško liječenje, koje se sastoji od resekcije jednjaka te stvaranju spoja sa želucem ili tankim crijevom, tzv. ezofagogastroanastomoza i ezofagojejunoanastomoza. Kemoterapija nema znatnijeg uspjeha, za razliku od radioterapije koja se često primjenjuje kod bolesnika sa lošim općim stanjem (3). Ograničeni tumori gornje trećine jednjaka najčešće se liječe konkomitantnom kemoradioterapijom.

Radikalni kirurški zahvati u području glave i vrata često su mutilacijski, čime se javlja potreba za rekonstrukcijskim kirurškim zahvatima. Najčešće je to postavljanje traheostome i posljedični gubitak govora. Cilj liječenja karcinoma je postizanje maksimalnog terapijskog učinka sa najmanje mogućim invazivnim zahvatom. Dobra procjena malignog stanja i sudjelovanje multidisciplinarnog tima u donošenju strategije liječenja dovodi ka postizanju toga cilja (2).

2. CILJ RADA

Cilj ovoga rada je prikazati specifičnosti zdravstvene njege bolesnika sa tumorima glave, vrata i gornjeg probavnog trakta.

3. RASPRAVA

Proces zdravstvene njege kod onkoloških bolesnika zahtijeva usustavljeni, cjeloviti i individualizirani sestrinski pristup uz primjenu specifičnih postupaka u odnosu na primjenu terapije, te edukaciju bolesnika kao i članove obitelji. U liječenju onkološkog bolesnika potrebno je uključiti sve članove multidisciplinarnog tima čiji sastav čine različiti stručnjaci poput onkologa, otorinolaringologa, specijalista maksiofacijalne kirurgije, gastroenterologa, radiologa, patologa, kirurga, psihologa i sl. (10).

Multidisciplinarnost u liječenju karcinoma uključuje pristup zdravstvenoj zaštiti u kojemu medicinski i srodni stručnjaci razmatraju sve mogućnosti liječenja bolesnika te razvijaju individualni plan za svakog bolesnika. Uloga multidisciplinarnog tima je unaprjeđenje skrbi o bolesniku sa karcinomom. Važnu ulogu u odabiru najbolje opcije liječenja, ponajprije ima sama želja bolesnika, postojanje komorbiditeta, posebno u bolesnika starije životne dobi. Prednosti multidisciplinarnog tima jesu kontinuitet skrbi o pacijentu, uključivanje bolesnika u klinička ispitivanja, bolja komunikacija među stručnim osobljem, poboljšanje dosljednosti u liječenju, zadovoljstvo i psihološka dobrobit za bolesnika i članove tima. Medicinska sestra/tehničar kao neizostavan član tima ima bitnu ulogu o sveukupnoj skrbi i njezi bolesnika, ona je vrlo profesionalna i ima mnogo iskustva u zdravstvenoj njezi i edukaciji bolesnika s rakom i njegove obitelji te u praćenju učinkovitosti i sigurnosti liječenja (2).

Sestrinske intervencije kod onkološkog bolesnika potrebne su u svim stadijima bolesti, od akutne faze pa sve do terminalnog stadija. Onkološke medicinske sestre/tehničari odlikuju se visokom stručnosti, moralnim kvalitetama te visokim stupnjem empatije za bolesnika i njegovu obitelj. Svako saznanje o postojanju maligne bolesti izaziva prepast i niz psihosocijalnih problema kod bolesnika i njegove obitelji, zato medicinska sestra mora razumjeti bolesnikove potrebe i probleme, ali i prepoznati određene simptome koje sa sobom nosi maligna bolest. U radu sa onkološkim bolesnicima medicinske sestre prve opažaju promjene na bolesniku, slušaju o njihovim problemima i pružaju liječniku informacije o stanju bolesnika. Pružanjem psihološke podrške pridonose boljoj kvaliteti života bolesnika i njegove obitelji (11).

3.1. Sestrinska skrb kod oboljelih od tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta

Liječenje, skrb i rehabilitacija bolesnika sa karcinomom glave i vrata specifična je zato što ova regija predstavlja složene međudnosne strukture i funkcije (4).

Uloga medicinske sestre kod oboljelih od tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta usmjerena je na pružanje zdravstvene njege, zbrinjavanje akutno i kronično oboljelih, rehabilitaciju i pružanju palijativne skrbi. Nakon uvida u bolesnikovo stanje, medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu i izrađuje plan zdravstvene njege. Kod tumora glave i vrata često se javljaju infekcije respiratornog sustava, kože i sluznice. Crvenilo, tahikardija, tresavica, zimica, povišenje tjelesne temperature, bol u području glave i vrata, neki su od simptoma i znakova infekcije na koje medicinska sestra prilikom provođenja zdravstvene njege mora obratiti pozornost i pritom obavijestiti liječnika (11). Nakon odstranjenja tumora, osobito uznapredovalih u bolesnika se očekuju funkcionalne i estetske posljedice koje treba razlikovati od komplikacija kemoterapije i radioterapije. Komplikacije mogu nastupiti, iako ih ne očekujemo, a dio komplikacija se može predvidjeti, spriječiti ili ublažiti. Najčešće posljedice koje se javljaju nakon kirurških zahvata jesu krvarenje, infekcija, nekroza i dehiscijencija rane (4). Veliku pozornost treba usmjeriti problemima prehrane, gubitku tjelesne težine i boli, pa tako i mukozitisu i ezofagitisu kao posljedicama kemoterapije i radioterapije, zbog kojih je potrebno postaviti nazogastričnu sondu i primjenjivati kalorijske pripravke. Gastroezofagealni refluks čest je asimptomatski nalaz u bolesnika s tumorima hipofarinksa, grkljanja i jednjaka, te sama kemoterapija dodatno pogoršava refluks. Među ostalim neželjenim posljedicama kemoterapije i radioterapije spadaju nefrotoksičnost, ototoksičnost, periferna neuropatija, nekroza, fibroza, hipotireoza te akutna i kasna kserostomija (2). Medicinska sestra zajedno sa ostalim članovima multidisciplinarnog tima, mora znati prepoznati neželjene posljedice, obavijestiti liječnika i adekvatno reagirati.

Nadalje, od velikog značaja pridonosi i provođenje edukacije o rizičnim čimbenicima i mjerama prevencije tumora glave, vrata i gornjeg probavnog trakta,

poput prestanka konzumiranja duhanskih proizvoda i alkohola, konzumiranjem zdrave i uravnotežene prehrane, odlazak na redovite kontrolne preglede i sl.

Stadij bolesti i opseg resekcije odlučujući su znakovi za postoperacijsku kvalitetu života. Sama kvaliteta života bolesnika jednako je važna kao i izlječenje bolesnika (4). Veliku važnost pridonosenju kvaliteti života ima rehabilitacija, koja pomaže bolesniku vraćanje u svakodnevni život. Rehabilitacijski plan uključuje bolesnikovo stanje prije postavljanja dijagnoze i primarnog liječenja, bolesnikovo stanje na kraju liječenja te bolesnikove želje i mogućnosti za ponovno vraćanje u svakodnevni život. Kasne neželjene posljedice radioterapije tumora glave i vrata su relativno česte. To su najčešće oštećenja kranijalnih živaca, limfedem, jake fibroze vrata koje uzrokuju slabije pokretljivosti vrata sve do kontraktura te fibroze organa usne šupljine zajedno sa kserostomijom. Jedna od najtežih posljedica radioterapije svakako je trizmus, kod kojeg je potrebno raditi svakodnevno vježbe maksilarnog otvaranja usta. Nadalje, potrebno je izvoditi vježbe za vratnu kralježnicu, rameni obruč, mišiće lica i donje čeljusti. Ona uključuje rehabilitaciju govora, gutanja te fizikalnu resekciju XI. moždanog živca radi smanjenja boli u ramenu i mogućnosti abdukcije ruke. Rehabilitacija govora uključuje ezofagealni govor, primjenu umjetnog grkljana te traheoezofagealni mimotok (*shunt*). Osim toga, neophodno je osigurati psihoterapiju kao i radnu terapiju te održavanje dentalne higijene i zdravlja (2).

3.1.1. Zdravstvena njega bolesnika sa traheostomom

Njega traheostome predstavlja jedan od specifičnih postupaka zdravstvene njege u bolesnika sa zloćudnim tumorima glave i vrata koji uzrokuju suženje dišnog puta (12). Osnovni razlozi traheotomije su izbjeci opstrukciju gornjih dišnih puteva, prevenirati aspiraciju sadržaja iz usne šupljine i probavnog trakta, toaleta donjih dišnih puteva i pomoći respiraciju skraćanjem gornjih dišnih puteva (4). U bolesnika sa uznapredovalim tumorom usne šupljine i ždrijela otežana je ili onemogućena funkcija gutanja a česta pojava je opstrukcija gornjih dišnih puteva, čime je postavljanje kanile neophodno. Opstrukcije gornjih dišnih puteva s otežanim iskašljavanjem i zastojem sekreta pridonosi razvoju infekcija, što posljedično može rezultirati kardiorespiratornim zatajenjem (4). Zdravstvenu njegu traheostome potrebno je provoditi svakodnevno,

posebice prvih dana nakon operativnog zahvata. Količina sekreta, krvarenje i mogućnost pojave infekcije utječu na učestalost previjanja stome. Toaleta traheostome izvodi se prema sljedećim navedenim postupcima:

- Čišćenje otvora (stome) pomoću 0,9 % NaCl-om i Plivasept otopinom 1%
- Aspiracija sekreta iz dušnih puteva prilikom pojave suvišnog sekreta
- Čišćenje unutarnje kanile prilikom povećanog volumena sekreta
- Promjena kanile, zavoja i vrpce koja pridržava kanilu (12).

Mogući medicinsko-sestrinski problemi koji se javljaju kod bolesnika sa traheostomom su:

- Smanjen unos hrane u svezi otežanog gutanja sekundarno postavljenom traheostomom što se očituje izjavom bolesnika: „Stalno sam gladan, ali teško gutam.”
- Smanjena prohodnost dišnih puteva u svezi pojačanom traheobrohalnom sekrecijom što se očituje nakupljanjem sekreta.
- Visok rizik za aspiraciju u svezi unosa tekućine na usta
- Visok rizik za infekciju u svezi postavljenom traheostome
- Socijalna izolacija u svezi postavljenom trahealnom kanilom što se očituje izjavom bolesnika: „Ljudi me čudno odmjeravaju, ne želim izlaziti vanka.”
- Poremećaj samopouzdanja u svezi promijenjenog izgleda sekundarno postavljenom traheostomom što se očituje izjavom bolesnika: „Izgledam ružno i strašno.”
- Visok rizik za dislokaciju trahealne kanile u svezi sa slabim učvršćenjem oko vrata
- Anksioznost u svezi postavljenom traheostomom što se očituje izjavom bolesnika: „Osjećam se nelagodno i strah me je kako će ovo sve završiti.”
- Otežana komunikacija u svezi operativnog zahvata sekundarno postavljenom traheostomom što se očituje nelagodom i izbjegavanjem komunikacije (12).

Prilikom provođenja zdravstvene njege bolesnika sa traheostomom potrebno je sudjelovanje liječnika, visoko educirane i kompetentne medicinske sestre, logopeda i psihoterapeuta. Medicinska sestra zajedno sa ostalim članovima tima, omogućuje

koordinirani pristup, bolju komunikaciju te aktivnu rehabilitaciju sa ciljem poboljšanja kvalitete života svakog traheotomiranog bolesnika. Pružanjem psihološke podrške i povjerenjem traheotomiranog bolesnika u medicinsku sestru, znatno se povećava bolesnikovo prilagođavanje na postavljenu traheostomu. Daljnja edukacija medicinskih sestara bitna je za učinkovitu kvalitetu usluga zdravstvene njege traheotomiranih bolesnika te povećanja učinkovitosti postupaka zdravstvene njege (12).



Slika 2. Njega traheostome i trahealne kanile

Izvor:<https://www.larynx-hr.org/wp-content/uploads/2018/06/traheotomija-03.jpg>

3.1.2. Prehrana bolesnika s otežanim gutanjem

Normalan proces hranjenja odvija se u oralnoj, faringealnoj i ezofagealnoj fazi, a poremećaj bilo kojeg od ovih procesa može poremetiti peroralnu prehranu. Poremećaji oralne funkcije poput resekcija čeljusti, nedostatka zuba i sline te trizmus onemogućavaju uzimanje krute prehrane. Faringealna faza može biti poremećena na više načina, poput disfunkcije mekog nepca koji izaziva potiskivanje hrane u nazofarinksu prema nosu, oštećenja faringealnih mišića koji uzrokuju otežan protok hrane u jednjak, zatim nedostatak većeg dijela baze jezika koji može uzrokovati aspiraciju u dišnim putevima. Ezofagealna funkcija najjednostavnija je funkcija, kod koje tek zamjetna opstrukcija uzrokuje disfagiju. Bez obzira na disfagične smetnje, u ranoj postoperativnoj fazi većina bolesnika se hrani putem nazogastrične sonde. Ukoliko bolesnik može gutati slinu, to znači da su mu oralna funkcija i iskašljavanje sačuvani, te da može započeti sa vježbama gutanja. Provođenje vježbi gutanja

dugotrajan je i mukotrpan proces, te nije potrebno ukloniti nazogastričnu sondu sve dok bolesnik ne uzima dovoljne količine prehrane. Konzistencija obroka mora biti polutekuća i ne preopsežna da eventualno ne bi došlo do regurgitacije. Većina bolesnika nakon operativnoga zahvata podvrgnuta je hranjenju putem nazogastrične sonde nekoliko mjeseci. Medicinska sestra prilikom postavljanja sonde mora voditi računa o samoj dužini sonde i pretpostavljenoj dužini gornjeg probavnog trakta do želuca, da se sonda ne bi postavila preduboko u tanko crijevo te nakon pravilnog postavljanja fiksirati sondu za nos. Tijekom hranjenja putem nazogastrične sonde, medicinska sestra ne smije odjednom unositi velike količine, zbog eventualne pojave bolova u želucu i regurgitacije, obroci moraju biti česti, ali u manjim količinama te pri tjelesnoj temperaturi. U slučaju dugotrajnog nošenja sonde ili potpune nemogućnosti povrata gutanja, postavlja se kirurška ili perkutana gastrostoma. U oba slučaja uloga medicinske sestre je educirati bolesnika i njegovu obitelj o hranjenju, obrocima, te o redovitom previjanju gastrostome i zaštiti od maceracije kože. Rehabilitacija je vrlo značajna kod bolesnika sa poteškoćama gutanja iz razloga jer peroralna prehrana ne predstavlja samo proces hranjenja kao osnovnu ljudsku potrebu, već bolesnikov izvor zadovoljstva, stupanj samostalnosti, psihosocijalno olakšanje te bolju kvalitetu života (4).

3.1.3. Zdravstvena njega bolesnika sa neželjenim posljedicama radioterapije

Neželjene posljedice radioterapije dijele se na rane ili akutne, odnosno one koje se pojavljuju tijekom zračenja ili neposredno nakon njega, subakutne i kronične, koje se javljaju šest mjeseci nakon završenog zračenja. Najčešće reakcije na radioterapiju su kožne reakcije, i iako je većina kožnih reakcija reverzibilna, koža se rijetko u potpunosti oporavi od doza zračenja (2). Među ranim, tj. akutnim reakcijama koje se razvijaju tokom terapijskog zračenja glave i vrata spadaju:

- Oralni mukozitis
- Gubitak okusa
- Suhoća usta
- Akutni dermatitis (eritem, suha i vlažna deskvamacija)

Među kasnim reakcijama koje se razvijaju tjednima, mjesecima ili pak godinama nakon završenog zračenja su:

- radijacijski karijes
- trizmus
- osteoradionekroza
- fibroza
- promjene na koži tipa hiperpigmentacije, teleangiektazije, suha koža (13).

Oralni mukozitis najčešća je nuspojava radioterapije glave i vrata, koja izaziva jaku bol, poremećaj funkcije usne šupljine te je predisponirajući čimbenik za razvoj infekcije (13). Liječenje mukozitisa provodi se prekidima u zračenju te ordiniranjem simptomatske terapije (2). Potrebno je održavati dobru higijenu usne šupljine i koristiti preparate za kontrolu upale i boli čime će se olakšati intenzitet simptoma i time provesti zračenje do kraja. Zbog toga je potrebno provoditi radioterapiju glave i vrata sa potpuno saniranom usnom šupljinom (13).

Kserostomija ili suha usta nastaju brzo i ireverzibilna je promjena koja se manifestira disfagijom i gubitkom okusa (2). Smanjeno stvaranje sline koja je uz to gusta i viskozna znatno pogoršava bolesniku uzimanje hrane, govor, gutanje i nošenje proteze. Promjena količine i sastava sline te bakterijske mikroflore povećava rizik za nastanak karijesa i infekcije sluznice (13). Liječenje i zbrinjavanje kserostomije temelji se na umjetnom nadomještanju sline, pravilnoj i redovitoj higijeni usne šupljine uz obilno ispiranje čajem od kamilice, kadulje ili korijena bijelog sljeza (2).

Gubitak okusa može biti djelomičan ili potpun i često prethodi mukozitisu. S obzirom da je gubitak okusa reverzibilan, specifično zbrinjavanje nije potrebno. Stupanj povrata okusa ovisi o primljenim terapijskim dozama zračenja, ali u većine bolesnika dođe do spontanog povrata okusa u roku od godinu dana (13).

Radijacijski karijes javlja se unutar tri mjeseca od početka radioterapije. Unatoč njegovom brzom napredovanju, bol se ne pojavljuje ili je pak neznatna. Zračeni bolesnici imaju lošiju oralnu higijenu, ali pojava parodontnih bolesti nije veća od one u općoj populaciji. S obzirom da radijacijski karijes brzo napreduje, bolesnici izgube zube prije nego se razvije parodontna bolest (13). Često je dodatna komplikacija kserostomiji, pa je nužno provoditi redovitu i dobru oralnu higijenu i preventivno premazivati zube 1 %-tnim fluoridnim gelom (2).

Klinički znak trizmusa je otežano otvaranje usta i time bolesnicima daje poteškoće sa govorom, održavanjem oralne higijene i hranjenjem. Medicinska sestra mora upozoriti pa tako i educirati bolesnike o redovitim vježbanjem od samog početka radioterapije te na taj način usporiti njegovo napredovanje i poboljšati kvalitetu života (13).

Među najozbiljnije komplikacije radioterapije ubraja se osteoradionekroza tj. ishemijska nekroza kosti. Može nastati spontano ili neadekvatnim protetskim radom. Čimbenici poput pušenja, alkoholizma, nekontroliranog dijabetesa, loša prehrana i neadekvatna oralna higijena povećavaju rizik za nastanak osteoradionekroze. Klinički se manifestira kao bolno područje na mjestu zračenja (13). Liječi se kirurški, uklanjanjem nekrotičnog područja, terapijom kisika, antibioticima kod sekundarnih infekcija i spontanom sekvestracijom koja traje poprilično dugo (2).

Prilikom zračenja tumora glave i vrata, potrebno je izbjegavati konzumiranje gaziranih pića, začinjene hrane, jako vrućih ili hladnih jela i pića. Pušenje i alkohol su zabranjeni, iako se većina bolesnika ne pridržava takvih uputa. Nadalje, potrebno je redovito ispirati usnu šupljinu mlakom fiziološkom otopinom i konzumirati male gutljaje mlakih i negaziranih napitaka (14).

Nuspojave pri zračenju gornjeg probavnog trakta mogu biti opasne po život te je potrebna redovita kontrola bolesnika prilikom radioterapije. Potrebno je kontrolirati klinički status, tjelesnu masu, te nalaze kompletne krvne slike jedanput do dva puta tjedno. Česta posljedica radioterapije jednjaka je ezofagitis, koji se očituje bolnim i otežanim gutanjem. Liječenje je simptomatsko i sastoji se od korištenja antacida, kortikosteroida te adekvatne prehrane prilagođene bolesnikovim gutanjem (2).

Iako se pojavljuju rijetko, među težim komplikacijama radioterapije jednjaka spadaju strikture i fistule. Akutni radijacijski enteritis, manifestira se mučninom, povraćanjem, abdominalnim bolovima i vodenastim stolicama. Liječenje se sastoji od rehidracije, parenteralne prehrane, medikamentoznog liječenja boli i kontroli crijevnog motiliteta. Kronični radijacijski enteritis javlja se šest do osamnaest mjeseci nakon zračenja i manifestira se bolovima u abdomenu, krvavim proljevima, tenezmima i gubitkom tjelesne mase (2).

Medicinska sestra mora znati i prepoznati reakcije na radioterapiju kako bi adekvatno reagirala i provodila intervencije. Nemoguće je izbjeći kožne reakcije prilikom radioterapije. Među akutnim kožnim reakcijama spadaju eritemi, ljuštenje kože, vlažna deskvamacija, pigmentacija kože i epilacija uzrokovana oštećenjem dlačnih folikula. Među kasnim, odnosno kroničnim reakcijama spadaju teleangiektazije kože i drvenasti fibrinozni infiltrat. Prilikom nastanka vlažne deskvamacije, kožu je potrebno mazati 1 %-tnom otopinom *gentiana violet*, zatim zaštititi kožu od svih fizikalnih podražaja te redovitom i pravilnom higijenom spriječiti eventualan nastanak infekcije. Nadalje, potrebno je nakon završene radioterapije educirati bolesnika o zaštiti kože od vanjskih i štetnih podražaja, posebice od sunca te je mazati protektivima i stimulatorima epitelizacije (2).

3.1.4. Higijena i njega usne šupljine

Provođenje higijene i njege usne šupljine ima važnu ulogu u zbrinjavanju bolesnika tumorima glave, vrata i gornjeg probavnog trakta. Naime, cilj postupka je spriječiti infekcije, održati sluznicu vlažnom i čistom te poboljšati kvalitetu života i zadovoljstvo bolesnika. Kod bolesnika oboljelih od tumora glave i vrata potrebno je provoditi nekoliko puta na dan higijenu i njegu usne šupljine. Za početak, potrebno je predstaviti se, objasniti postupak i osigurati privatnost bolesniku. Nadalje, medicinska sestra mora oprati i dezinficirati ruke te smjestiti bolesnika u Fowlerov položaj (45°) ili bočni položaj. Nakon stavljanja zaštitne podloge ispod brade ili na prsa bolesnika, potrebno je navući rukavice i staviti zaštitnu masku. U slučaju da bolesnik nosi zubnu protezu, potrebno ju je izvaditi i započeti sa higijenom i njegom usne šupljine. Špatulom namotanom gazom očistiti bukalnu sluznicu, zube i jezik ovlaženim sredstvom za čišćenje ili priborom iz seta za njegu usne šupljine, u slučaju postojanja naslaga, premazati ih ordiniranim sredstvom te ih pincetom pažljivo otkloniti pazeći da ne oštetimo sluznicu. Nadalje, isprati usnu šupljinu vodom od dva do tri puta te očistiti i namazati usne. Na kraju, rasprijeti, oprati i dezinficirati pribor, smjestiti bolesnika u udoban položaj, svući rukavice i masku, oprati i dezinficirati ruke i dokumentirati provedeni postupak (15).

3.2. Pregled dentalnog statusa prije, tijekom i nakon radioterapije

Svakom bolesniku kojem prethodi zračenje glave i vrata, trebao bi prije početka radioterapije proći stomatološku obradu. Na taj način bi se smanjila pojavnost akutnih, pa tako i kroničnih komplikacija zračenja glave i vrata (13).

Prije radioterapije treba obaviti temeljiti pregled usne šupljine, što uključuje pregled svih zuba, parodonta i sluznice usne šupljine. U pravilu, kirurške zahvate bi trebalo izvršiti najmanje tri tjedna prije početka radioterapije. To vrijeme je dovoljno za obaviti sve potrebne zahvate i cijeljenje rane. Prilikom obrade bolesnika, najvažnije je smanjiti rizik za nastanak osteoradionekroze. To se postiže ekstrakcijom svih zubiju poput:

- Zubiju s uznapredovalim lezijama
- Zubiju s opsežnim periapikalnim promjenama
- Uznapredovale parodontalne bolesti
- Zaostalih korijenova zubiju koji nisu u potpunosti prekriveni s kosti
- Impaktiranih ili poluimpaktiranih zubiju
- Zubiju u blizini tumora

Nakon završene ekstrakcije, potrebno je ukloniti supra- i subgingivne naslage. Čišćenje i poliranje korjenova zubi treba završiti najmanje dva tjedna prije početka radioterapije. Nadalje slijedi sanacija karioznih zubi i ugradnja individualnih udlaga za aplikaciju preparata fluora. Udlaga treba pokriti cijelu krunu zuba, s tim da ne smije iritirati sluznicu. Radi prevencije kserostomije, potrebno je započeti sa stimulacijom žlijezda slinovnica poput konzumiranja kiselih napitaka, žvakaćih guma i bombona bez šećera (13).

Da bi se prevenirao trizmus bolesnike je potrebno podučiti vježbama maksimalnog otvaranja usta. Vježba se provodi na način da se kažiprsti postave na incizalne bridove donjih, a palci na incizivne bridove gornjih zuba, te se usta maksimalno otvaraju sve dok se ne osjeti nelagoda. Vježbu bi trebalo provoditi minimalno šest mjeseci nakon završetka radioterapije (13).

Za vrijeme radioterapije u usnoj šupljini prevladava mukozitis i suhoća usta, tako da su mjere liječenja usmjerene prema kontroli boli i upale, održavanju higijene i vlažnosti usne šupljine i sprječavanju infekcija. U slučaju da proteze uzrokuju boli ili ulceracije, potrebno ih je mehanički očistiti pod vodom i držati u antiseptičkoj otopini (3 % borna kiselina). Nakon radioterapije potrebno je dolaziti redovito na stomatološke kontrole, u početku je to najčešće jedanput mjesečno, a kasnije se broj kontrola određuje individualno. Postavljanje novih nadomjestaka može započeti tek tri do šest mjeseci nakon završetka radioterapije, a u slučaju da nadomjesci iritiraju sluznicu i podležeću kost, povećava se rizik za nastanak osteoradionekroze (13).

Prijevremenom stomatološkom obradom, odnosno kontrolom dentalnog statusa prije, za vrijeme i nakon radioterapije znatno se povećava kvaliteta života bolesnika i smanjuje pojavnost akutnih i kroničnih komplikacija. Medicinska sestra treba objasniti bolesnicima važnost održavanja redovite i pravilne oralne higijene i dati im pisane upute za njeno provođenje. Slijedi prijedlog informativnog letka o higijeni usne šupljine i zubi te o prehrani:

- Ispirite usta toplom otopinom kuhinjske soli i sode bikarbone (svaka dva sata) kako bi kontrolirali suhoću i pH usne šupljine
- Ukoliko osjetite bol tijekom jela, koristite jednu žlicu lokalnog anestetika u obliku gela prije obroka
- Izbjegavajte preparate za oralnu higijenu koja sadrži alkohol jer dodatno isušuje usta, koristite vitaminske preparate za mazanje usnica i uzimajte male gutljaje tekućine svakih deset minuta
- Za prevenciju gljivičnih infekcija koristite antimikotike (nistatin, mikonazol) jednu žlicu prije spavanja
- Koristite zubni konac nakon svakog jela
- Zube prati sa mekom četkicom nakon svakog jela sa pastom od flora
- Svaki drugi dan aplicirajte aplicirajte gel za fluoridaciju udlagama koje će vam izraditi stomatolog, te dva puta isperite usta sa otopinom antiseptika koju vam je prepisao stomatolog
- Ne konzumirajte tvrdu i začinjenu hranu koja iritira sluznicu, već unosite dovoljne količine voća i povrća uz unos tekućine od 1,5-2 dl dnevno

- Izbjegavajte alkohol, kavu, crni i zeleni čaj te gazirana pića
- Koristite ovlaživač zraka u prostoriji kojoj spavate (16).

3.3. Liječenje kronične maligne boli

Kronična bol traje duže od šest mjeseci, različitog je inteziteta, teško se lokalizira i difuzno se širi u okolinu. Maligna bol se javlja u više od 70 % bolesnika sa malignom bolešću i to najčešće u kasnoj terminalnoj fazi (4). Da bi se bol adekvatno liječila potrebno je poznavati patofiziologiju i uzrok boli te načela liječenja. Razlikujemo nociceptivnu, neuropatsku i psihogenu bol. Nociceptivna bol nastaje oštećenjem tkiva i dijeli se na visceralnu, koštanu i površinsku bol. Neuropatska bol nastaje zbog oštećenja živčanog sustava, dok psihogena bol nastaje pod utjecajem psihičkih stanja i rijetko se javlja kod onkoloških bolesnika. Bol u onkoloških bolesnika može biti izazvana drugim pratećim simptomima nevezanih za malignu bolest te kao posljedica onkološke terapije. Medicinska sestra mora prikupiti podatke o vremenu nastanka boli, mjestu boli, putevima širenja, karakteru boli i ostalim karakteristikama koje utječu na bol. Bolesnik ocjenjuje stupanj boli vizualnom-analognom ljestvicom, koja na svom pravcu na suprotnim krajevima ima „nema boli“ i „najjača moguća bol“. Cilj liječenja boli je ukloniti ili smanjiti intezitet na nivo koji ne utječe na bolesnikovo funkcioniranje u svakodnevnom životu. U liječenju boli koristi se farmakoterapija analgeticima i adjuvantnim lijekovima, zatim protutumorskom terapijom poput kirurških zahvata, kemoterapije i radioterapije te različitim neurokirurškim ili anestezijskim postupcima (2). U današnje vrijeme bol se ne liječi isključivo farmakoterapijom, već raznim metodama fizikalne terapije poput elektroterapije TENS, masažama, hladnim i toplim oblozima, vježbama prilagođenim bolesniku, udlagama i sl. (4).

3.4. Psihosocijalni pristup bolesniku sa malignom bolešću

Spoznaja da bolesnik ima rak veliki je stres za koji treba pripremiti bolesnika i njegovu obitelj. Maligna se bolest većinom veže uz pojmove poput boli, straha, beznada i smrti. Od samog početka nastanka bolesti, bolesnik osjeća strah, koji se veže uz ishod bolesti, ovisnosti o drugima, poremećaje seksualne funkcije i promjene tjelesnog izgleda, nesposobnost izvršavanja zadataka na poslu i na kraju strah od same boli u

terminalnoj fazi bolesti. Osim straha, česte psihičke reakcije jesu depresija i anksioznost. Depresija je poremećaj koji u većine bolesnika zahtijeva psihijatrijsko liječenje i teže ju je prepoznati za razliku od anksioznosti. Svaka promjena psihičkog stanja odražava se na tijek i ishod liječenja. Zato je potrebno ukloniti sve psihičke prepreke koje ometaju liječenje, oporavak i nadu. U procesu prihvaćanja bolesti veliku ulogu ima potpora obitelji oboljelog. Njihov zadatak je prihvatiti i razumjeti bolest te pružiti oslonac tijekom i nakon liječenja. Prihvaćanje zadataka i odgovornosti izraz je ljubavi i potpore oboljelom. Osim obitelji, od velike važnosti pridonose prijatelji, medicinsko osoblje, bolesnici sa sličnim iskustvima, psiholozi i sl. Svaki trenutak tijekom bolesti zahtijeva različit pristup oboljelom. Postoje vremena kada je potrebno potaknuti bolesnika na borbu i nadu u izlječenje. Uloga liječnika je informirati bolesnika i obitelj o bolesti, liječenju i komplikacijama liječenja. Prilikom razgovora sa bolesnikom potrebno je zauzeti pozitivno stajalište, iskreno prihvaćajući bolesnika kao osobu, biti empatičan i sukladan, tj. gledati svijet bolesnikovim očima (2). Medicinska sestra svojim intervencijama pridonosi smanjenju inteziteta straha i anksioznosti. Psihosocijalni pristup medicinske sestre bazira se na stvaranju empatijskog odnosa, pokazivanju razumijevanja i izbjegavanju žaljenja. Nadalje, potrebno je bolesnika upoznati sa okolinom, različitim aktivnostima i ostalim bolesnicima. Pomoći i podučiti bolesnika o raznim tehnikama smanjivanju anksioznosti poput vježbama dubokog disanja i mišićne relaksacije. Medicinska sestra dužna je pružiti emocionalnu podršku obitelji te ih obavještavati o svim nadolazećim postupcima na jasan i razumljiv način.

4. ZAKLJUČAK

Tumori glave, vrata i gornjeg probavnog trakta češća su pojava kod muškaraca, nego kod žena. Razni čimbenici poput konzumiranja alkohola, duhana i neadekvatne prehrane pridonose razvoju malignom oboljenju. Svaka pojava simptoma poput otežanog gutanja, kaheksije, promuklosti, povećanih limfnih čvorova, opstrukcije nosa, stridora i sl., ukazuje na mogućnost malignog oboljenja glave, vrata i gornjeg probavnog trakta. Pravovremeni odlazak na kontrolni pregled i liječenje omogućuje bolji ishod i rehabilitaciju, odnosno brži i bolji povratak svakodnevnom životu. S obzirom na brzinu napretka i nepredvidivosti maligne bolesti, multidisciplinarni tim na temelju anamneze i fizikalnog pregleda te daljnje dijagnostičke obrade, svojim znanjem i iskustvom postavlja dijagnozu i započinje sa pravovremenim liječenjem. Oboljele osobe često su izložene, osim kirurškog zahvata, radioterapiji i kemoterapiji, pa tako i njihovim neželjenim posljedicama. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju oboljelih bazirana je na pružanju zdravstvene njege, zbrinjavanju oboljelog, rehabilitaciju i pružanje skrbi u terminalnim fazama života. Za provođenje specifičnih postupaka zdravstvene njege, onkološka medicinska sestra mora odlikovati visokom kompetentnošću. Svaku novonastalu promjenu na bolesniku, treba uočiti što prije kako bi obavijestila liječnika i na kraju provela određene intervencije. Provođenjem adekvatne njege traheostome, sluznice usne šupljine, kože znatno prevenira broj nastalih akutnih i kroničnih komplikacija. Liječenjem boli, edukacijom i rehabilitacijom znatno povećava kasnije kvalitetu života bolesnika i obitelji. Unatoč svemu navedenom, od velike važnosti za bolesnika i njegovu obitelj ipak predstavlja pružanje emocionalne podrške, odnosno empatičnost, ohrabrivanje i davanje snage tijekom svih faza liječenja. Unatoč napretku liječenja malignih oboljenja posljednjih godina i produženju životnog vijeka, svako saznanje o postojanju maligne bolesti za bolesnika predstavlja strah, nemir i napetost, odnosno proživljavanje niza različitih osjećaja. Pojavom maligne bolesti mijenja se i stil svakodnevnog života, što oboljelom i obitelji zapravo predstavlja najveći udarac. Medicinska sestra pruža psihološku podršku na način da sasluša njegove probleme, razumije potrebe i zajedno sa njim sagleda moguća rješenja. Medicinska sestra, zajedno sa ostalim stručnjacima, pružanjem podrške, znatno povećava kvalitetu života oboljelog, pomaže u trenucima krize i vraća nadu u život.

5. SAŽETAK

Tumori glave, vrata i gornjeg probavnog trakta nastaju malignom pretvorbom iz zdravih stanica. Dob, spol, rizični čimbenici poput konzumiranja alkohola i duhana i izlaganja UV zračenju pridonose razvoju malignog oboljenja glave, vrata i gornjeg probavnog trakta. Razni simptomi poput stridora, povećanja limfnih čvorova, disfagije, otalgije i sl. ukazuju na mogućnost malignog oboljenja. Temeljito anamnezom, fizikalnim pregledom i daljnjom dijagnostičkom obradom članovi multidisciplinarnog tima postavljaju dijagnozu i započinju sa liječenjem. Način liječenja ovisi o stanju i dobi bolesnika te stupnju proširenosti bolesti. Oboljeli su najčešće podvrgnuti kirurškim zahvatom te postoperacijskom radioterapijom i kemoterapijom. Liječenje za bolesnika i njegovu obitelj predstavlja dugotrajan proces koji dovodi do niza promjena u svakodnevnom životu. Medicinska sestra sudjeluje u svim fazama bolesti. Ona radi plan zdravstvene njege, provodi specifične postupke zdravstvene njege, educira bolesnika i obitelj, sudjeluje u rehabilitaciji i pruža psihološku potporu, čime olakšava put bolesniku kroz liječenje. Provođenjem pravilne higijene traheostome, sluznice usne šupljine znatno se smanjuje broj novonastalih komplikacija. Pravilnim tretiranjem posljedica radioterapije, liječenjem boli, edukacijom i rehabilitacijom znatno povećava kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Svojim kompetencijama, odnosno znanjem, vještinama i iskustvom, uočava svake novonastale promjene na bolesniku, obavještava liječnika i provodi adekvatne intervencije.

Ključne riječi: medicinska sestra, zdravstvena njega, glava, vrat, jednjak, tumori

6. ABSTRACT

Tumors of the head, neck and upper digestive tract are caused by malignant transformation from healthy cells. Age, gender, risk factors such as alcohol, cigarettes and exposure to the UV radiation contribute to the development of malignant head, neck and upper digestive tract disorders. Various symptoms such as stroke, enlargement of the lymph nodes, dysphagia, otolysis, etc. indicate the possibility of malignancy. By good anamnesis, physical examination and further diagnostic treatment, members of the multidisciplinary team set up a diagnosis and start a treatment. The way of treatment depends on the condition and age of the patient and the extent of the disease's spread. The patients are often subjected to surgical procedures and postoperative radiotherapy and chemotherapy. Treatment for the patient and his family is a long process that leads to series changes in daily life. The nurse participates in all stages of the disease. She works a health care plan, carries out specific health care procedures, educates patients and family, participates in rehabilitation and gives a psychological support, which she facilitates the patient's journey. By doing proper hygiene of the tracheostomy, the lining of the oral cavity significantly reduces the number of newly-formed complications. Proper treatment of the consequences of radiotherapy, healing the pain, good education and rehabilitation increases quality of life of patients and his family. With her knowledge, skills and experience, she notices every new change on the patient, notifies the doctor and carries out adequate interventions.

Key words: nurse, health care, head, neck, esophagus, tumors

7. LITERATURA

1. Jakić-Razumović J, Šarčević B, Seiwert S. Patologija. Zagreb:Naklada Slap; 2009.
2. Vrdoljak E, Belac Lovasić I, Kusić Z, Gugić D, Juretić A, urednici. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
3. Prpić I. Kirurgija za više medicinske škole. Zagreb: Medicinska naklada; 1996.
4. Aljinović Ratković N, Uglešić V. Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata. Zagreb: Klinička bolnica Dubrava; 2006.
5. Incidencija raka u Hrvatskoj 2015. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Bilten 2018; 40.
6. Šarčević B. Specifics of histopathological analysis of head and neck cancer. Libri Oncologici. 2016; 44(2-3):31-35
7. Linceder Cvijetić L, Vegar Zubović S, Vrcić D, Kristić S. Radiološka dijagnostika tumora glave i vrata. Akademija Nauka i Umjetnosti Bosne i Hercegovine. 2016; 3: 69-82.
8. Bišof V, Juretić A, Stančić-Rokotov D, Rustemović N, Miletić D, Boban M, i sur. Kliničke preporuke za dijagnozu, liječenje i praćenje bolesnika oboljelih od raka jednjaka i ezofagogastričnog prijelaza. Liječnički Vjesnik. 2016;138(9-10);233-239
9. Lovasić F, Bila A, Trčak D. Onkološka kirurgija; Principi liječenja i komplikacije. Medicina fluminensis 2015;51(3):340-346
10. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb:1992
11. Predovan V, Stipaničić S. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkološkog pacijenta. Medicina fluminensis. 2015: 51: 413-417

12. Laurović B. Proces zdravstvene njege bolesnika sa traheostomom. *Sestrinski glasnik*. 2014;19;42-47
13. Perić M, Perković I, Brailo V. Zračenje glave i vrata i komplikacije u usnoj šupljini. *SONDA*. 2012;13(23);99-103
14. Redžović A, Zahirović D, Šamija M, Primjena, učinkovitost i nuspojave zračenja u liječenju malignih bolesti, *Medicina fluminensis* 2015: 51 (3);353-359
15. Šepić S. i sur. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb;2010
16. Sonis ST. Pathobiology of mucositis. *Seminars in Oncology Nursing*. 2014;20(1);5-11

8. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Dea Muharemović

Datum i mjesto rođenja: 12.12.1997. godine u Splitu

Adresa: Put diruna 39, 21223 Okrug Gornji

Mobitel: 0919326944

E-mail: muharemovicdea@gmail.com

OBRAZOVANJE

2016.-2019- Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija, smjer Sestrinstvo

2012.2016. SŠ Ivan Lucić, opća gimnazija, Trogir

VJEŠTINE

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu

Strani jezici: Engleski jezik- aktivno u govoru, pasivno u pismu

Vozačka dozvola: B kategorija