

Kvaliteta života pacijenta s karcinomom usne šupljine u razdoblju nakon operacije - prikaz slučaja

Levačić, Ivona

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:332793>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-01**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





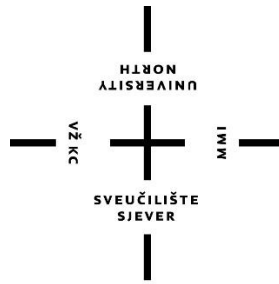
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1803/SS/2024

**Kvaliteta života pacijenta s karcinomom usne šupljine u
razdoblju nakon operacije – prikaz slučaja**

Ivona Levačić, 0336057095

Varaždin, rujan 2024. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završno rad br. 1803/SS/2024

Kvaliteta života pacijenta s karcinomom usne šupljine u razdoblju nakon operacije – prikaz slučaja

Student

Ivona Levačić, 0336057095

Mentor

Valentina Novak, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za Sestrinstvo		
STUDIJ	Stručni prijediplomskistudij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Ivona Levačić	MATIČNI BROJ	0336057095
DATUM	24.06.2024.	KOLEGIJ	Palijativna zdravstvena njega
NASLOV RADA	Kvaliteta života pacijenta s karcinomom usne šupljine u razdoblju nakon operacije - prikaz slučaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Quality of life of a patient with oral cavity cancer during the period after surgery - case report		

MENTOR	Valentina Novak, mag.ses.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Herak, mag.med.techn., predsjednica		
	2. Valentina Novak, mag.med.tech, mentorica		
	3. Željka Kanižaj Rogina, mag.med.techn., članica		
	4. doc.dr.sc. Irena Canjuga, zamjenska članica		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1803/SS/2024
OPIS	<p>Karcinom usne šupljine zloćudni je tumor koji može zahvatiti bilo koji dio usne šupljine, ali najčešće se javlja u dnu usne šupljine, na jeziku te području iza kutnjaka. Jedan je od najučestalijih karcinoma u području glave i vrata. Neki od najčešćih rizičnih čimbenika za nastanak karcinoma usne šupljine su pušenje, konzumacija alkohola, prehrana, nedostatna oralna higijena i status zubi, virusne infekcije, neki endogeni čimbenici te prekancerozna stanja ili lezije.</p> <p>Kvaliteta života bitan je čimbenik u skrbi za pacijente oboljele od bilo koje bolesti pa je tako bitna i kod oboljelih od maligne bolesti. Naglašava se važnost održavanja ili vraćanja kvalitete života kako bi pacijent i nakon provedenih postupaka liječenja mogao živjeti kvalitetan život. Čimbenici kvalitete života na koje utječu sama bolest i postupak liječenja su fizički, socijalni, emocionalni i duhovni. Uloga medicinske sestre/tehničara je da kroz sestrinske intervencije utječe na svaki od tih čimbenika kako bi zajedno s pacijentom i njegovom obitelji te ostalim članovima tima osigurali adekvatnu i kvalitetnu skrb za pacijenta.</p> <p>Ciljevi ovog rada su opisati kliničku sliku, rizične čimbenike, dijagnosticiranje i liječenje pacijenata s karcinomom usne šupljine, opisati čimbenike kvalitete života na koje utječu bolest i tijekom liječenja, opisati načine suočavanja sa stanjem te načine vraćanja i održavanja kvalitete života i prikazati slučaj pacijenta oboljelog od karcinoma usne šupljine te opisati intervencije medicinske sestre/tehničara kod skrbi za pacijenta.</p>

ZADATAK URUČEN

27.6.2024

POTPIS MENTORA



Predgovor

Ovom prilikom zahvaljujem se svim profesorima Odjela za sestristvo Sveučilišta Sjever koji su mi pružali znanje, iskustvo i podršku tijekom tri godine studija. Posebno se zahvaljujem mentorici i profesorici Valentini Novak mag. med. techn. na ukazanom trudu, pruženoj podršci i stručnoj pomoći tijekom pisanja završnog rada.

Zahvaljujem se i mojim kolegicama, obitelji i prijateljima koji su bili uz mene, pružali razumijevanje, motivirali me i bodrili tijekom studija.

Sažetak

Karcinom usne šupljine jedan je od najčešćih vrsta karcinoma u području glave i vrata. Većinom se javlja u dnu usne šupljine, na jeziku te području iza kutnjaka. Najčešća vrsta karcinoma usne šupljine je planocelularni karcinom koji potječe od pločastih stanica epitela sluznice usne šupljine. Ubija u prvih deset karcinoma sa najnepovoljnijim ishodom. Broj smrtnih slučajeva je velik zbog toga što je u početku bolest bez ikakvih simptoma. Većinom se otkrije u uznapredovalim stadijima kada su otežane metode liječenja i oporavka te je lošija prognoza. Pojavnost se povezuje s rizičnim čimbenicima poput pušenja, konzumacije alkohola, loše oralne higijene, lošim statusom zubi, virusnim i gljivičnim infekcijama te premalignim stanjima. Najčešći simptom je nelagoda zbog promjena unutar usne šupljine u obliku ulcerativnih ili neulcerativnih tvorba. Metoda liječenja ovisi o specifičnostima i stadiju karcinoma. Operacijskim zahvatom, radioterapijom i kemoterapijom utječe se na fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu dimenziju čovjeka i time se smanjuje razina kvalitete života. Posljedice procesa liječenja ostavljaju prolazne ili trajne probleme. Neke od njih moguće je ukloniti, dok neke koji postanu trajni pacijent treba prihvatiti kao dio svog života. Bilo kakva promjena uzrokuje otežanu prilagodbu, ali uz pružanje kvalitetne zdravstvene njege od strane zdravstvenog osoblja i članova obitelji pacijentu se olakšava proces prilagodbe. Bolest i promjene utječu i na članove obitelji te mijenjaju dinamiku odnosa unutar obitelji, pogotovo ukoliko član obitelji postane njegovatelj te brine o pacijentu. Samim time, uloga medicinske sestre/tehničara je provoditi intervencije koje su usmjerene ostvarivanju kvalitetne zdravstvene njege te podizanju razine kvalitete života pacijenta, ali i članova obitelji.

Ključne riječi: karcinom, usna šupljina, pacijent, kvaliteta života, obitelj

Summary

Cancer of the oral cavity is one of the most common types of cancer in the head and neck area. It mostly occurs in the bottom of the mouth, on the tongue and in the area behind the molars. The most common type of cancer of the oral cavity is squamous cell carcinoma, which originates from the squamous cells of the epithelium of the mucous membrane of the oral cavity. It is among the top ten cancers with the worst outcome. The number of deaths is high because the disease initially has no symptoms. It is mostly discovered in advanced stages when treatment and recovery methods are difficult and the prognosis is worse. The incidence is associated with risk factors such as smoking, alcohol consumption, poor oral hygiene, poor dental status, viral and fungal infections, and premalignant conditions. The most common symptom is discomfort due to changes in the oral cavity in the form of ulcerative or non-ulcerative formations. The treatment method depends on the specifics and stage of the cancer. Surgery, radiotherapy and chemotherapy affect the physical, psychological, social and spiritual dimensions of a person and thereby reduce the quality of life. The consequences of the treatment process leave temporary or permanent problems. Some of them can be removed, while some who become a permanent patient should be accepted as part of their life. Any change causes difficult adjustment, but with the provision of quality health care by health personnel and family members, the patient's adjustment process is facilitated. Illness and changes also affect family members and change the dynamics of relationships within the family, especially if a family member becomes a caregiver and takes care of the patient. Therefore, the role of the nurse/technician is to carry out interventions aimed at achieving quality health care and raising the quality of life of the patient and family members.

Key words: cancer, oral cavity, patient, quality of life, family

Popis korištenih kratica

HPV – humani papiloma virus

EBV – Epstein-Barr virus

IASP – International Association for the Study of Pain, Međunarodna udruga za proučavanje bola

VAS – vizualno analogna skala

GKS – Glasgow koma skala

ABS – acidobazni status

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1.Anatomija i fiziologija usne šupljine.....	2
1.2.Etiologija i rizični čimbenici.....	4
1.3.Simptomi i klinička slika	5
2. Čimbenici kvalitete života pacijenta.....	7
2.1.Čimbenici koji narušavaju tjelesno blagostanje.....	8
2.2.Čimbenici koji narušavaju psihološko blagostanje	13
2.3.Čimbenici koji narušavaju socijalno blagostanje.....	15
2.4.Čimbenici koji narušavaju duhovno blagostanje	17
3. Utjecaj bolesti na kvalitetu života članova obitelji.....	19
4. Održavanje i vraćanje kvalitete života nakon operacijskog zahvata	21
5. Prikaz slučaja.....	22
5.1.Sestrinska anamneza i status prije i nakon operacijskog zahvata	22
5.2.Sestrinske dijagnoze i intervencije u procesu zdravstvene njege.....	25
5.3.Edukacija pacijenta i obitelji pri otpustu	29
6. Zaključak.....	30
7. Literatura	31

1. Uvod

Karcinom usne šupljine zloćudni je tumor koji može zahvatiti bilo koji dio usne šupljine od unutarnjeg dijela usana, jezika, tvrdog nepca, desni, dna usne šupljine, sluznice obraza do područja koje se nalazi iza kutnjaka. Najčešće se ipak javlja u dnu usne šupljine, na jeziku te području iza kutnjaka. Jedan je od najučestalijih karcinoma u području glave i vrata. Najčešća vrsta karcinoma usne šupljine je planocelularni karcinom koji potječe od pločastih stanica epitela sluznice usne šupljine. Postoje i druge vrste tkiva iz kojih može nastati karcinom u usnoj šupljini, ali su mnogo rjeđe. Neke od njih su vezivno tkivo, žlijezde slinovnice, limfoidno tkivo i melanociti [1].

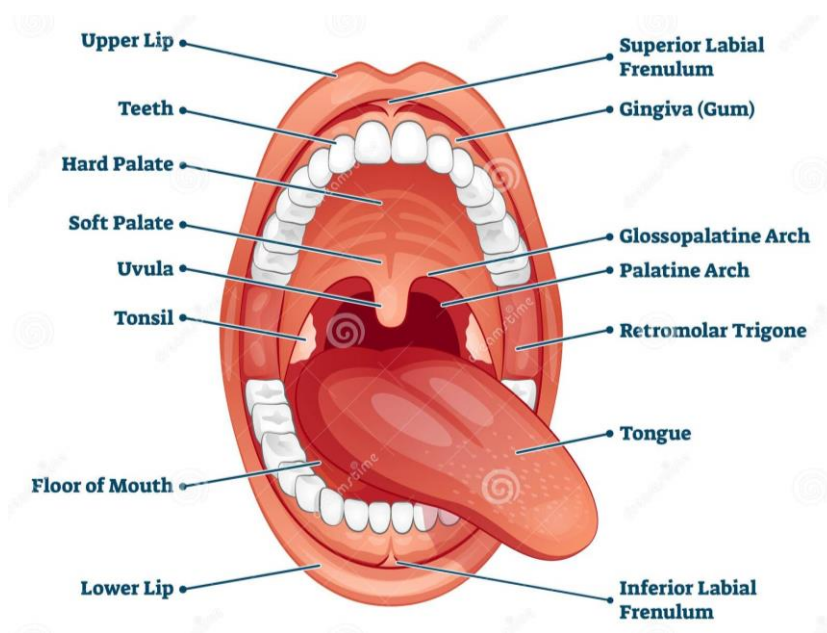
Karcinom usne šupljine rastući je globalni problem te se ubraja u prvih deset karcinoma sa najnepovoljnijim ishodom. To dokazuju podatci Svjetske zdravstvene organizacije koji govore da je učestalost pojave karcinoma usne šupljine u 2018. godini iznosila 354 864, a u 2020. godini je broj novih slučajeva karcinoma iznosio 377 173. S obzirom na dob, najčešće se javlja u srednjoj i starijoj dobi s prosjekom godina oko 60. Broj smrtnih slučajeva od karcinoma usne šupljine u 2020. godini je iznosio 177 757 [2]. Broj smrtnih slučajeva je velik zbog toga što se karcinom usne šupljine rijetko otkrije na vrijeme zbog toga što je u početku bez ikakvih simptoma. Većinom se otkrije u uznapredovalim stadijima kada su otežane metode liječenja i oporavka te je lošija prognoza [3]. Također, pojavnost karcinoma usne šupljine ovisi i o geografskim te socio-ekonomskim čimbenicima. Prema brojnim istraživanjima, visoka stopa pojavnosti karcinoma usne šupljine je u Aziji, odnosno u zemljama u razvoju kao što su Indija, Pakistan, Bangladeš i slično. Veliki utjecaj na razvoj karcinoma u tim zemljama imaju nizak socioekonomski status, stil života, lošiji higijenski uvjeti te virusne infekcije od kojih je najčešća infekcija HPV virusom [4]. U Republici Hrvatskoj podatci o pojavnosti novih slučajeva karcinoma usta, ždrijela i grkljana u 2020. godini iznosili su 711 za muškarce, te 183 slučaja za žene [5].

Klasifikacija samog karcinoma određuje se po metodi TNM u četiri stadija, gdje T označava veličinu primarnog tumora, N prisutnost regionalnih metastaza najčešće u vratnim limfnim čvorovima, a M označava prisutnost udaljenih metastaza. T1 stadij označava tumor koji je manji od dva centimetra, T2 označava tumor veći od dva centimetra, a manji od četiri centimetra, T3 se odnosi na tumor koji je veći od četiri centimetra, a T4 se odnosi na tumor koji je veći od četiri centimetra te koji je infiltrirao u okolna područja kao što su kosti ili mišići. Oznaka N0 označava da nema prisutnih metastaza u vratnim limfnim čvorovima dok sve ostale oznake sa slovom N označavaju prisutnost regionalnih metastaza različitih veličina te u različitom području vratnih limfnih čvorova. Oznaka M0 označava da nema prisutnih udaljenih metastaza, dok M1 označava prisutnost udaljenih metastaza [6].

1.1. Anatomija i fiziologija usne šupljine

Usna šupljina je dio ljudskog tijela koji polazi od usana pa sve do ždrijela i sastoji se od predvorja, područja između obraza, zubi i usana te same usne šupljine [7]. Usnu šupljinu kao cjelinu čine usne, desni, zubi, jezik, nepce i žlijezde slinovnice kao što je prikazano na slici 2.1. Svaki od tih dijelova obavlja neku od djelatnosti u svrhu prerađivanja i potiskivanja hrane u donje dijelove probavnog trakta. Osim toga, dijelovi usne šupljine sudjeluju i u stvaranju riječi i glasova, osjetilu okusa, dodira, temperature te boli [8].

Usna šupljina omeđena je gornjom i donjom čeljusti, a sam ulaz u usnu šupljinu čine gornja i donja usna, lat. *labium superius et inferius*. Iza usana nalaze se zubi, lat. *dentes* koji su smješteni u gornjoj i donjoj čeljusti, a sve skupa obloženo je zubnim mesom odnosno desnama. Osnovna uloga zubi je otkidanje, sječenje, drobljenje i usitnjavanje hrane ovisno o položaju svakog zuba [8]. Gornji dio usne šupljine čini nepce, lat. *palatum* koje se sastoji od tvrdog nepca kojeg čini koštana osnova te od mekog nepca kojeg čini mišićna osnova. Mekano nepce nastavlja se prema ždrijelu u obliku nepčanih lukova na čijoj sredini se nalazi resica, lat. *uvula*. Na svakom nepčanom luku smješteni su krajnici odnosno nakupine limfoidnog tkiva. Uloga nepca je da čini zaštitnu barijeru između usne šupljine i respiratornog trakta te omogućuje istodobno disanje i uzimanje hrane [7,8]. Jezik, lat. *lingua* je dio usne šupljine koji je sastavljen od mišića te obložen sluznicom. Sastoji se od vrha, korijena i hrpta te jezičnih bradavica koje su zaslužne za osjet okusa. Jezik osim toga sudjeluje i u oblikovanju zalogaja hrane te artikulaciji govora zajedno sa zubima i nepcem [8]. Žlijezde slinovnice, lat. *glandulae salivariae* su egzokrine žlijezde odnosno žlijezde s vanjskim izlučivanjem koje proizvode pljuvačku ili slinu. U usnoj šupljini nalaze se tri velike žlijezde slinovnice koje se nazivaju podjezična žlijezda, lat. *glandula sublingualis*, podčeljusna žlijezda, lat. *glandula submandibularis* i doušna žlijezda, lat. *glandula parotis*. Pljuvačka ili slina je tekućina koja se sastoji od vode te iona natrija, kalija, klorida i proteina. Dnevno se izluči oko 500 do 1500 ml sline. U slini se nalaze enzimi ptijalin koji služi za probavljanje škroba te mucin čija je uloga zaštita površine sluznica. Slina također sudjeluje u oblikovanju zalogaja hrane te olakšava njegovo kretanje kroz probavni trakt. Osim toga sudjeluje i u higijeni usne šupljine zbog toga što svojim sastojcima uništava štetne mikroorganizme u usnoj šupljini [8].



Slika 1.1.1. Dijelovi usne šupljine.

Izvor: <https://www.dreamstime.com/oral-cavity-anatomy-educational-labeled-structure-vector-illustration-dental-medical-scheme-stomatology-study-healthy-image190967702>

Što se tiče vaskularizacije, usna šupljina opskrbljena je različitim ograncima vanjske arterije glave, lat. a. carotis externa koja omogućuje dotok krvi svim dijelovima usne šupljine. Neki od ogranaka su arterija lica, arterija jezika, arterija gornje čeljusti. Svaki od tih ogranaka grana se na manje ogranke poput arterija gornje i donje usne, nepčana arterija... [7]. Krv se prema srcu vraća iz usne šupljine pomoću vena. U usnoj šupljini nalazi se pterigoidni venski splet u koji se ulijevaju sve vene iz područja usne šupljine. Sva krv se iz tog venskog spleta ulijeva u zajedničku venu lica, a zatim u unutarnju vratnu venu koja dalje odvodi krv do srca [8].

Usna šupljina je inervirana živcima koji polaze od maksilarnog i mandibularnog dijela n. trigeminusa, dok je jezik složenije inervacije. Sve mišiće jezika osim nepčano jezičnog mišića, lat. m. palatoglossusa motorički inervira podjezični živac, lat. n. hipoglossus, dok nepčano jezični mišić inervira lutajući živac, lat. n. vagus. Za nastanak osjeta okusa pomoću jezika zaslužne su grane ličnog živca, jezičnog živca i jezično ždrijelnog živca ovisno o kojoj trećini jezika se radi [7].

1.2. Etiologija i rizični čimbenici

Kao i kod svakog karcinoma tako i kod karcinoma usne šupljine postoje razni rizični čimbenici za nastanak maligne bolesti. U najučestalije se ubrajaju pušenje i alkohol. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo rizik za razvoj karcinoma usne šupljine je pet do sedam puta veći kod pušača, a trideset i osam puta veći kod osoba koje konzumiraju alkohol i puše istodobno [9]. Mnoga istraživanja koja su se provodila u Italiji, SAD-u, Japanu, Brazilu govore o povezanosti konzumiranja alkoholnih pića i nastanka karcinoma usne šupljine. Povezanost se tumači na način da kontinuirano i prekomjerno konzumiranje alkoholnih pića uzrokuje oštećenja usne šupljine koja mogu dovesti do premalighnih lezija [10].

Navodi se i povezanost konzumiranja bilo koje vrste duhana i nastanka karcinoma usne šupljine. Dim duhana sadrži kancerogene tvari koje nakupljanjem u sluznici usne šupljine dovode do oštećenja stanične DNA koja s vremenom postaju nepromjenjiva te dolazi do razvoja malignih stanica [6]. U posljednje vrijeme također raste upotreba bezdimnog duhana koji se stavlja u usnu šupljinu kako bi se u kontaktu sa sluznicom apsorbirao nikotin i postigao željeni učinak. Kao i obični duhan, bezdimni duhan sadrži iste tvari koje utječu na razvoj karcinoma [11]. Udruženo djelovanje konzumacije alkohola i duhana povećava rizik za nastanak karcinoma zbog velikog rizika kod zasebnog djelovanja svake pojedine supstance, a navodi se i da alkohol može povećati propuštanje sluznice za prolaz kancerogenih tvari iz duhanskog dima [3].

Osim alkohola i pušenja, u rizične čimbenike za nastanak karcinoma usne šupljine ubrajaju se i prehrana, loša oralna higijena i loš status zubi, virusne i gljivične infekcije, genetski čimbenici te premaligna stanja ili lezije kao što su leukoplakija i eritroplakija [10]. Prehrana kao rizični čimbenik odnosi se na prehranu siromašnu vitaminima i mineralima te neke namirnice koje se smatraju karcinogenima kao što su dimljena i slana riba i meso [12, 13]. Međunarodna agencija za utvrđivanje raka je potvrdila da smanjeni unos voća i povrća dovodi do povećanog rizika za razvoj karcinoma. Također učestala konzumacija hrane koja sadrži vitamin A, beta karoten i prekursore vitamina A povezuje se sa smanjenim rizikom za nastanak karcinoma usne šupljine i ždrijela zbog toga što se navedeni nutrijenti smatraju antioksidansima te služe za pojačavanje imunološkog odgovora, inhibiraju mutagenezu i štite od raznih neoplastičnih procesa [11].

Higijena usne šupljine povezuje se kao rizični čimbenik u nastanku karcinoma usne šupljine u smislu loše oralne higijene, lošeg dentalnog statusa i nekih parodontnih bolesti kod kojih može biti nezdravo zubno meso ili zubi, upaljeni desni te prisutne kronične ulceracije koje uz primjenu nekih prije navedenih čimbenika kao što su alkohol ili pušenje mogu još više povećati rizik za razvoj karcinoma [11].

Virusi i virusne infekcije imaju veliki značaj kada se govori o riziku za nastanak karcinoma usne šupljine. Virus koji su uključeni u razvoj karcinoma usne šupljine su Epstein - Barr virus, HPV i herpes simplex virus. EBV uzrokuje leukoplakiju i limfoproliferativnu bolest u imunosuprimiranih pacijenata što može u nekim slučajevima dovesti do razvoja malignih lezija. Kod HPV-a postoje tipovi koji uzrokuju benigne lezije kao što su papilomi i kondilomi, a postoje i visokorizični tipovi koji uzrokuju karcinom i oralne premaligne lezije. Od gljivičnih infekcija najznačajnija je infekcija *Candida albicans* koja također može dovesti do premalignih lezija [11].

1.3. Simptomi i klinička slika

Karcinom usne šupljine je u većini slučajeva asimptomatski u početku pa se kod pacijenata identificira i dijagnosticira tek nakon razvoja simptoma i progresije same bolesti. Nelagoda u usnoj šupljini i određene promjene najčešći su simptomi koji navode pacijente da se jave liječniku te su prisutni u 85% slučajeva za vrijeme dijagnosticiranja bolesti [6]. Također neki od simptoma koji mogu biti prisutni su promjene tkiva unutar usne šupljine, izrasline ili tvorbe koje mogu biti ulcerirane ili neulcerirane. Uz prethodno navedene simptome mogu biti prisutne disfagija, odinofagija, krvarenja iz usne šupljine te promjene funkcije jezika koje utječu na govor, gutanje i prehranu [6].

Prilikom pregleda pacijenta liječnik treba dobro pregledati i palpirati usnu šupljinu i vrat te utvrditi izgled promijenjenog tkiva unutar usne šupljine [6]. Kod dijagnosticiranja karcinoma uz fizikalni pregled obavljaju se RTG, CT, MRI, ultrazvuk te tehnike biopsije za patohistološku dijagnostiku. Sam proces liječenja ovisi o velikom broju čimbenika. Neki od njih su tip tumorskih stanica, stupanj diferencijacije, lokalizacija karcinoma, veličina karcinoma, lokalizacija primarne lezije, stanje limfnih čvorova te fizičko i psihičko stanje pacijenta [13].

Metoda izbora kod liječenja karcinoma usne šupljine je resekcija karcinoma kirurškim putem. Kirurško liječenje uključuje osim primarnog liječenja i kombinirano liječenje, a također može biti dio palijativnog liječenja. U kirurško liječenje ubrajaju se razni pristupi usnoj šupljini ovisno o lokalizaciji karcinoma. Također u kirurško liječenje ubraja se i disekcija vrata u slučaju zahvaćenosti vratnih limfnih čvorova tijekom čega se djelomično ili u potpunosti odstranjuju strukture poput limfnih čvorova, sternokleidomastoidnog mišića ili unutarnje jugularne vene u slučaju proširenosti metastaza na te strukture. Uz to, ovisno o indikacijama i stadiju karcinoma, primjenjuju se radioterapija i kemoterapija [6]. Primjenjuje se i adjuvantno poslijeoperacijsko liječenje kod pacijenata s visokim rizikom od recidiva koje uključuje kombinaciju radioterapije i

kemoterapije. Međutim, kombinacija tog načina liječenja povećava mogućnost morbiditeta pa se zbog toga preporučuje liječenje takvih pacijenata u centrima visoke stručnosti i infrastrukture [13].

2. Čimbenici kvalitete života pacijenta

Kvaliteta života opsežan je i složeni pojam kojim se bave razne discipline. Postoje različite perspektive sa kojih se sagledava kvaliteta života pa samim time postoje i brojne definicije pojma. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetu života kao način na koji pojedinac percipira svoj položaj u životu te kao sustav vrijednosti u kojem pojedinac živi u odnosu na vlastite ciljeve, standarde i očekivanja [14]. Važno je naglasiti da svaka osoba ima vlastite kriterije prema kojima određuje kvalitetu vlastitog života. Svaki čovjek je jedinstveno biće koje se razlikuje od drugih ljudi po razmišljanju, osjećajima, osobinama itd., ali ipak zajedničko je svim ljudima da se sastoje od fizičke, psihološke, socijalne i duhovne dimenzije [15].

Fizičku dimenziju čovjeka čine fiziološke potrebe, stanice, organi i organski sustavi, fizičke funkcije, vitalnost, energija i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Psihološku dimenziju čine emocije, misli, osobine i temperament, samopouzdanje, kognitivne funkcije, sposobnost donošenja odluka i percepcije stresa. Socijalna dimenzija sastoji se od kulture, običaja, tradicije, potreba za samoostvarenjem i kontaktom te društvenih uloga, kvalitete interpersonalnih odnosa, podrške od strane bliskih osoba i zajednice. Duhovnu dimenziju čine religijska pripadnost i običaji, savjest, kreativnost, nadanje itd. [15]. Samim time, može se zaključiti da je čovjek biopsihosocijalno i duhovno biće te je zbog toga kod skrbi za čovjeka kao pacijenta potrebno poštovati i zbrinjavati sve navedene dimenzije. Kada se govori o kvaliteti života u domeni zdravstvene skrbi, ona se odnosi na ukupnu dobrobit pacijenta te obuhvaća tjelesno, mentalno, socijalno i duhovno blagostanje i zadovoljstvo različitim aspektima života, a posebno aspektima zdravstvenog stanja [16].

Postupak procjene kvalitete života postaje kompleksan zbog složenosti samog pojma pa zbog toga zahtjeva holistički, multidisciplinarni i multidimenzionalni pristup. Posljednjih nekoliko godina dolazi do značajnijih promjena u procesu procjene kvalitete života, a naglasak se stavlja na osobnu procjenu kvalitete života od strane pacijenta umjesto izlaganja dojmova od strane liječnika [17]. Najčešći instrument za mjerenje kvalitete života je upitnik, a neki od najpoznatijih su Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije, Upitnik zdravstvenog statusa, Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od raka te mnogi drugi. Važno je naglasiti da je kvaliteta života bitan aspekt u procesu liječenja i zdravstvene njege pacijenta pa je zbog toga potrebno osigurati najveću moguću razinu kvalitete života na svim dimenzijama, a ne se fokusirati samo na pacijentovu bolest i dijagnozu [18].

2.1. Čimbenici koji narušavaju tjelesno blagostanje

U tjelesno blagostanje, kao jednu od četiri dimenzije čovjeka, mogu se ubrojiti osnovne ljudske potrebe koje je definirala Virginia Henderson. To su disanje, unos hrane i tekućine, eliminacija otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja tijela, odmor i spavanje, odijevanje te održavanje osobne higijene [19]. Dužnost medicinske sestre/tehničara je pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju tih aktivnosti koje će pridonijeti zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi on samostalno obavljao kada bi za to imao potrebnu snagu, volju i znanje [19]. Te aktivnosti usmjerene su zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, a ukoliko se ljudske potrebe ne zadovoljavaju ili je otežan način do postizanja zadovoljstva na tim područjima, dolazi do narušavanja i smanjena kvalitete života pacijenta. Vrlo je važno da medicinska sestra/tehničar napravi dobru sestrinsku anamnezu i prikupi podatke o pacijentu kako bi mogla adekvatno zbrinjavati njegove potrebe. Prilikom zbrinjavanja medicinska sestra/tehničar mora uzeti u obzir pacijentovu dob, tjelesno i psihičko stanje, kognitivne sposobnosti te prisutnost patoloških poremećaja s obzirom na to da je svaki čovjek individua za sebe [20].

Kroz razdoblje nakon operacije karcinoma usne šupljine prisutni su razni simptomi i stanja koja narušavaju kvalitetu života, a samim time otežavaju zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Jedan od najčešćih simptoma u poslijeoperacijskom razdoblju je bol. IASP definira bol kao neugodan osjetni i emocionalni doživljaj koji se povezuje sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva. Također se kroz tu definiciju naglašava da je bol uvijek osobno iskustvo te postoji kad god osoba koja ga osjeća kaže da postoji [21]. Bol u razdoblju nakon operacije smatra se oblikom akutnog bola uzrokovanog kirurškim zahvatom. Bol je važno procijeniti na adekvatan način, uzimajući u obzir kvalitetu bola, težinu, lokalizaciju, trajanje, obrazac širenja bola te čimbenike koji pogoršavaju ili olakšavaju bol. Postoje razne skale kojima se zdravstveno osoblje služi za procjenu bola kod pacijenata, a neke od najčešćih su numerička skala, verbalna, vizualna, VAS skala, McGill-Melzack upitnik i ljestvica ponašanja [22]. U poslijeoperacijskom razdoblju bol se može procijeniti kao lagani bol, umjereni bol koji ometa pacijenta, ali se može kontrolirati mirovanjem ili pacijent može zatražiti analgetik te jaki bol koji traži hitno reagiranje. Postoje nefarmakološke i farmakološke metode liječenja bola u poslijeoperacijskom razdoblju. U nefarmakološke metode ubraja se edukacija pacijenta prije same operacije o mogućnosti postojanja bola, jačini, lokalizaciji bola, načinima nošenja i suočavanja sa bolom kako bi se osigurala određena razina spremnosti u poslijeoperacijskom razdoblju. Također se u nefarmakološke metode ubrajaju tehnike opuštanja i relaksacije, hipnoza, odvratanje pozornosti od bola, promjena položaja i mirovanje. U farmakološke metode ubraja se uzimanje lijekova. Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje liječenje boli kroz trostupanjku ljestvicu liječenja

bola. Na prvom stupnju kod blagog do umjerenog bola primjenjuju se neopioidni analgetici, na drugom stupnju kod srednje jakog bola primjenjuju se blagi opiodi u kombinaciji s neopioidnim analgeticima, dok treći stupanj predstavlja jaki bol koji se liječi jakim opioidima također u kombinaciji s neopioidnim analgeticima [23]. Liječenje bola u poslijeoperacijskom razdoblju ublažava patnju pacijenta te dovodi do ranije mobilizacije, skraćivanja boravka pacijenta u bolnici, smanjenja troškova te onog najvažnijeg, povećanja zadovoljstva pacijenta. Suprotno tome, neadekvatna kontrola i procjena bola u poslijeoperacijskom razdoblju dovode do povećane smrtnosti, odgađanja oporavka, pojave komplikacija te narušavanja kvalitete života pacijenta [23].

Uz bol, česti problem u poslijeoperacijskom periodu kod karcinoma usne šupljine je smanjena prohodnost dišnih puteva odnosno opstrukcija dišnog puta koja onemogućuje pacijentu adekvatnu ventilaciju. Uzrok smanjene prohodnosti i opstrukcije mogu biti nastanak edema, hematoma, akutna krvarenja te povećana sekrecija kod pacijenata koji su bili podvrgnuti opsežnim kirurškim resekcijama karcinoma te rekonstrukciji usne šupljine i okolnih struktura [24,25]. Prije samog završetka operacijskog zahvata važno je procijeniti postoje li kod pacijenta indikacije za ekstubaciju. Postupkom ekstubacije nastoje se smanjiti komplikacije poput bolničkih infekcija, poslijeoperacijske upale pluća te se nastoji smanjiti boravak pacijenta u JIL-u i općenito skratiti boravak u bolnici. Kod pacijenata gdje nije moguće napraviti postupak ekstubacije neposredno nakon operacije, nastoji se kroz daljnje razdoblje postići postupno odvikavanje pacijenta od ventilacijske potpore te se sugerira prijelaz na metode poput privremene traheostomije [24]. Zbog ozbiljnosti problema smanjene prohodnosti dišnih puteva te moguće opstrukcije dišnih puteva i prestanka disanja, od velike je važnosti stalna procjena respiratornog statusa i rano prepoznavanje abnormalnosti, osiguravanje potrebne opreme i adekvatno educiranog medicinskog osoblja koje će biti dostupno odmah u slučaju hitnosti [25].

Pacijenti se u razdoblju nakon operacije također susreću sa problemom hranjenja. Zbog otežanog gutanja, uvedene nazogastrične sonde, uklanjanja zubi ili dijela jezika pacijent se ne može hraniti na način na koji se hranio prije operacije što može dovesti do pothranjenosti i dehidracije. Učinci kirurškog zahvata mogu se odraziti na usnu šupljinu, ždrijelo i grkljan uzrokujući disfagiju. Ovisno o vrsti i opsežnosti kirurškog zahvata, opsegu resekcije struktura unutar usne šupljine i veličini karcinoma ovisi dugoročnost posljedica disfagije. Otežano gutanje može nastati i zbog gubitka osjeta unutar usne šupljine kao posljedica prekida funkcije živaca tijekom kirurškog zahvata. Problemi disfagije mogu biti prolazni i kratkoročni te trajni i dugoročni, ovisno o resekciji jezika. Ukoliko se ukloni do jedna trećina jezika, problemi disfagije rješavaju se kompozitnom resekcijom uz uvjet da su očuvani osjet i određeni pokreti jezika. Ukoliko se jezik pričvrsti za dno usne šupljine ili se ukloni u potpunosti, problemi disfagije postaju trajni i ozbiljniji

te se odražavaju na procese žvakanja, kontroliranja hrane i samog postupka gutanja. Uz to, postoji i velika opasnost od aspiracije zbog toga što baza jezika ne može kontrolirati pokrete gutanja i potiskivanje bolusa hrane. U poslijeoperacijskom razdoblju od velike je važnosti, ukoliko je to moguće, započeti proces rehabilitacije gutanja. Primarni cilj je spriječiti pothranjenost, dehidraciju i rizik od aspiracije. Veliku ulogu u procesu rehabilitacije ima edukacija i savjetovanje pacijenta prije operacijskog zahvata o specifičnostima i mogućim posljedicama zahvata s ciljem lakšeg nošenja s problemom disfagije. Nepripremljeni i loše pripremljeni pacijenti teže reagiraju na pojavu otežanog gutanja, mogu biti frustrirani neuspjelim pokušajima hranjenja te mogu izgubiti volju i motivaciju u procesu oporavka te se kao posljedica toga mogu javiti dodatne komplikacije kao što su pothranjenost i dehidracija. Neke od strategija u postupku rehabilitacije su promjena prehrane u smislu promjene konzistencije hrane te vježbe za povećanje raspona pokreta čeljusti, usana i jezika. Navedeni postupci primjenjuju se sa svrhom poboljšanja učinkovitosti i sigurnosti gutanja te poboljšanja kvalitete života pacijenta [26].

Zbog prethodnog navedenih simptoma kao što su bol, disfagija, poteškoće sa žvakanjem, visok rizik od aspiracije, gubitak osjeta unutar usne šupljine te općenito zbog oštećenja oralne funkcije kirurškim zahvatom u razdoblju nakon operacije postoji visok rizik da se kod pacijenta javi pothranjenost. Pothranjenost može biti prisutna i prije operacijskog zahvata odnosno tijekom postavljanja dijagnoze zbog moguće konzumacije alkohola te odinofagije i disfagije kao posljedice samog karcinoma usne šupljine. Radioterapija i kemoterapija nakon kirurškog zahvata, oslabljen oralni unos te gubitak tjelesne težine u razdoblju prije i nakon operacijskog zahvata se također ubrajaju u rizične čimbenike za nastanak pothranjenosti. Pothranjenost sa sobom nosi i druge komplikacije koje se mogu javiti kod pacijenta u poslijeoperacijskom razdoblju. Pacijent ima povećan rizik za nastanak infekcija zbog oslabljenog imunološkog sustava pa se samim time produljuje razdoblje hospitalizacije. Zbog smanjenog unosa hrane i gubitka tjelesne težine pacijent se osjeća slabije, slabije se kreće i dolazi do atrofije mišića pa se javljaju poteškoće samozbrinjavanja i mogućnosti obavljanja aktivnosti poput osobne higijene, hranjenja, eliminacije i odijevanja. Otežano je i kretanje pacijenta, dolazi do smanjene tjelesne pokretljivosti i povećanog mirovanja što opet dovodi do dodatnih komplikacija kao što su komplikacije dugotrajnog mirovanja [27]. Uloga zdravstvenog tima je napraviti adekvatnu i kvalitetnu procjenu simptoma i nutritivnog statusa prije i nakon operacijskog zahvata te analizirati postoji li rizik za nastanak pothranjenosti kako bi se mogle planirati odgovarajuće intervencije. Kako bi se smanjio rizik za nastanak pothranjenosti u poslijeoperacijskom razdoblju zbog problema s gutanjem, nastoji se uz odgovarajuću tekuću ili kašastu hranu osigurati adekvatan unos hranjivih tvari putem tekućih dodataka prehrani koji su obogaćeni energijom i proteinima. Ukoliko unos hrane nije moguć

oralnim putem primjenjuju se metode hranjenja putem nazogastrične sonde, gastrostome ili parenteralnim putem [28]. Uz navedeno, potrebno je pružiti podršku pacijentu i poticati ga na uzimanje hrane, uključiti potporu dijetetičara i nutricionista koji imaju važnu ulogu u pružanju adekvatnih savjeta i podrške u području prehrane. Potrebno je poticati pacijenta na samostalno obavljanje aktivnosti samozbrinjavanja u skladu s njegovim mogućnostima kako bi se prevenirale komplikacije dugotrajnog mirovanja te kako bi pacijent bio pokretan u određenoj mjeri. Prema potrebi uključiti i fizioterapeuta koji provodi fizikalnu terapiju te time osigurava određenu razinu pokretljivosti. Navedene intervencije uklanjaju ili ublažuju probleme pothranjenosti, daju na uvid pacijentu da određene aktivnosti može samostalno obavljati, daju mu na uvid da nije bespomoćan i bezvrijedan te osiguravaju povećanje razine kvalitete života [29].

Na kvalitetu života također utječe radioterapija koja se provodi nakon operacijskog zahvata te ostavlja posljedice na pacijenta koje umanjuju njegovo tjelesno blagostanje. Pacijenti koji se izlažu zračenju glave i vrata podliježu akutnim i kroničnim promjenama mekog tkiva te prolaznim i trajnim poremećajima osjeta. U akutne promjene ubrajaju se mukozitis, infekcije sluznice, suhoća usta te poremećaji osjeta okusa. Kronične promjene su kserostomija, disfunkcija žlijezda slinovnica, trizmus, povećana osjetljivost sluznice na infekcije, senzorni poremećaji, povećana osjetljivost zubi na karijes te parodontne bolesti, a zbog smanjene sposobnosti cijeljenja tkiva ponekad dolazi i do nekroze mekih tkiva i kostiju [30].

Oralni mukozitis odnosi se na promjene sluznice usne šupljine u obliku eritematoznih i ulcerativnih lezija koje utječu na kvalitetu života jer često dovode do lokalnih ili sustavnih infekcija, uzrokuju bol te onemogućuju normalno uzimanje hrane i tekućine. Uzrok oralnog mukozitisa je zračenje koje izravno utječe na stanice epitela uzrokujući njihovo stanjivanje te ometanje obnavljanja stanica pa kao posljedica toga nastaju lezije na sluznici različitih stupnjeva. Težina i ozbiljnost simptoma ovise o vrsti zračenja, opsegu ozračenog tkiva te dozi zračenja. Simptomi mukozitisa mogu se podijeliti prema WHO na pet stupnjeva gdje 0 označava stanje bez simptoma, 1 označava pojavu bola i eritema, 2 označava eritem te pojavu ulkusa, 3 se odnosi na stanje kada pacijent zbog ulkusa može uzimati samo tekućine, a 4 označava stanje kada pacijent zbog simptoma ne može ni jesti ni piti. Liječenje oralnog mukozitisa sastoji se od kontrole i liječenja bola, podrške prehrani koja uključuje laganu i tekuću dijetu uz restrikciju namirnica koje bi dodatno mogle oštetiti sluznicu usne šupljine. Također je bitna oralna higijena, redovito ispiranje usta i oralna dekontaminacija kojom se smanjuje broj mikroorganizama u usnoj šupljini. Uz navedeno, primjenjuju se sredstva za smanjivanje upale, lokalni anestetici i analgetici te laserska terapija kojom se potiče ublažavanje bola i zacjeljivanje sluznice [31, 32].

Suhoća usta je također jedna od posljedica radioterapije zato što zračenje uzrokuje oštećenje i atrofiju stanica koje proizvode slinu. Pacijent osjeća nelagodu, poremećen je osjet okusa te su mu otežani gutanje i govor. Liječenje se provodi sredstvima i metodama koje potiču lučenje sline, redovitim uzimanjem tekućine i vlaženjem usne šupljine te nadomjesnom terapijom sline u slučaju trajnog oštećenja i gubitka sline [30, 32].

Promjena osjeta okusa javlja se kod pacijenata na radioterapiji u tijeku drugog i trećeg tjedna terapije zračenjem. Do promjene dolazi zbog utjecaja zračenja na okusne pupoljke ili utjecaja zračenja na produkciju sline. Promjena osjeta okusa kod pacijenata dovodi do poteškoća u funkcioniranju zbog utjecaja na apetit, tjelesnu težinu, a može dovesti i do pothranjenosti kao jedne od težih posljedica [32].

Pacijenti koji se izlažu radioterapiji imaju povećan rizik za nastanak infekcija zbog smanjene uloge imunskog sustava pacijenta te neodgovarajuće obrane organizma protiv štetnih mikroorganizama kojima je pacijent povećano izložen. U ovom slučaju je to povećan rizik za nastanak oralnih infekcija zbog ozračivanja područja glave i vrata. Najčešća infekcija u ovom području je infekcija usne šupljine uzrokovana gljivicom *Candidom albicans* čiji su simptomi slični oralnom mukozitisu pa je važno odgovarajuće postavljanje dijagnoze. Infekcija se liječi antifungicidnim sredstvima u različitim oblicima [30, 32].

Visok rizik za nastanak karijesa u pacijenata koji su izloženi zračenju prisutan je prvenstveno zbog utjecaja zračenja na produkciju sline i njezin sastav. Slina ima važan utjecaj na održavanje strukture zubi u smislu kontrole pH, remineralizacije te antimikrobnih učinaka. Postupno zbog demineralizacije zubi dolazi do njihovog propadanja što dovodi do bola, infekcija, lošeg statusa zubi te moguće potrebe za vađenjem zubi. Kao dio prevencije, ali i liječenja važna je redovita stomatološka kontrola i njega koja omogućuje ranu identifikaciju lezija te primjenu fluorida i kalcija za poticanje remineralizacije zubi [30]. Utjecaj zračenja na salivaciju može dovesti i do povećanog rizika za nastanak parodontnih bolesti, a osim toga na nastanak bolesti utječe i brzi gubitak potpornog tkiva zuba. Zbog ozbiljnosti problema potrebna je doživotno preventivno djelovanje na oralno zdravlje s ciljem sprečavanja pogoršanja parodontitisa [30].

Trizmus je simptom koji se isto povezuje s radioterapijom. Označava toničnu kontrakciju žvačnih mišića i smanjeno otvaranje usta koje iznosi manje od 35 mm. Može biti posljedica rasta karcinoma, operacijskog zahvata i zračenja. Ukoliko je posljedica zračenja tada nastaje zbog utjecaja zračenja na mišićna vlakna uzrokujući skraćivanje. Uzrokuje poteškoće kod pacijenta u području otkidanja hrane, žvakanja, gutanja, govora, a također može dovesti i do loše oralne higijene, bola, gubitka tjelesne težine zbog otežanog uzimanja hrane te depresije. Zbog otežanog

liječenja naglašava se važnost prevencije koja uključuje primjenu fizikalnih metoda. Primjenjuju se razne aktivne i pasivne vježbe za jačanje i istežanje mišića čeljusti. U težim slučajevima uklanja se mandibularni koronoidni nastavak koji se veže za temporalni mišić i tetivu te se time oslobađa djelovanje tog mišića na čeljust [33].

2.2. Čimbenici koji narušavaju psihološko blagostanje

Karcinomi kao jedan od vodećih problema po učestalosti i mortalitetu u svijetu imaju značajan utjecaj na psihološko stanje pacijenta. Već samo iščekivanje ishoda kod postavljanja dijagnoze predstavlja značajan stresni faktor za pacijenta. Anksioznost je jedna od najčešćih načina manifestiranja stresa te se kao simptomi javljaju strah od nepoznatog, strah od smrti, strah od promjena i gubitka kontrole. Psihološki simptomi koji se javljaju kod dijagnoze karcinoma često su neprepoznati zbog toga što se općenito smatra da su to normalni prateći simptomi uz takvu dijagnozu. Važno je naglasiti da psihološki simptomi često budu potaknuti bolom, nuspojavama liječenja, prognozom i tijekom bolesti. Psihološki simptomi moraju biti u svakom slučaju uzeti u obzir te ih je potrebno uključiti u terapijski pristup. Stalna psihijatrijska evaluacija, farmakološka terapija i psihoterapija imaju značajan utjecaj u ublažavanju simptoma i postizanju optimalnih rezultata. Zbog toga u liječenju treba sudjelovati multidisciplinarni tim koji se ne fokusira samo na zbrinjavanje fizičkih simptoma nego i na simptome koji utječu na druge domene kvalitete života pa se samim time unaprjeđuje zdravstvena njega i zadovoljstvo pacijenta [34].

Općenito karcinom glave i vrata, a samim time i karcinom usne šupljine često se opisuje kao jedan od karcinoma koji najviše utječe na psihološko stanje pacijenta. Brojna istraživanja pokazuju da su pacijenti s karcinomom glave i vrata bili pod povećanim rizikom za razvoj anksioznosti i depresije, a incidencija je iznosila 15-50% u usporedbi s pacijentima oboljelima od drugih vrsta karcinoma [35]. Karcinom usne šupljine ima veću tendenciju za narušavanjem pacijentovog samopouzdanja, samopoštovanja i samopercepcije što uzrokuje teže psihološke simptome i ozbiljnije utječe na mentalno zdravlje pacijenta [36].

Fizički simptomi su ti koji najčešće dovode do velikog utjecaja na psihološko stanje pacijenta. Promjena vanjskog izgleda pacijenta uzrokovana rekonstrukcijskim kirurškim zahvatom i deformacija lica utječu na pacijentovo poimanje vlastitog tjelesnog izgleda. Osim toga, promjene funkcioniranja usne šupljine kao što su poremećaji funkcije govora, gutanja, hranjenja dovode do osjećaja neugode i zabrinutosti. Pacijenti se također osjećaju bespomoćno i anksiozno. Poremećena funkcija govora dovodi do otežane komunikacije zbog otežanog izgovaranja riječi i nerazumijevanja rečenog pa se pacijent često osjeća frustrirano i izbjegava komunikaciju sa okolinom. Ukoliko je promjena usne šupljine vidljiva ili u slučaju postavljanja traheostome, pacijenti često izbjegavaju gledati ili dodirivati taj dio, skrivaju taj dio te se osjećaju ranjivo i izbjegavaju bilo kakav kontakt sa socijalnom okolinom. Samim time, socijalna izolacija dovodi do osjećaja usamljenosti, bezvrijednosti, gubitka motivacije i nade što sa sobom nosi veliki rizik za razvoj poremećaja poput depresije ili težih oblika poremećaja mentalnog zdravlja. [37].

Pacijenti se često teško nose i prilagođavaju na novonastalu situaciju i promjene koje su uzrokovane dijagnozom ili operacijskim zahvatom. Uzroci toga mogu biti gubitak samopouzdanja, nade i motivacije, osjećaj bespomoćnosti, frustracije, nezadovoljstvo, nedostatak znanja i točnih informacija te postojanje predrasuda. Cilj je da pacijent što prije prihvati novonastalu situaciju te joj se prilagodi kako bi mogao obavljati svakodnevne aktivnosti, zadovoljavati svoje potrebe te kako bi time podigao kvalitetu života na veću i željenu razinu. Također je cilj da pacijent verbalizira svoje strahove i prepozna čimbenike koji dovode do poteškoća u prilagođavanju na trenutno stanje. U postizanju toga uloga medicinske sestre/tehničara je sa pacijentom stvoriti odnos povjerenja, ohrabrivati ga i motivirati te uključivati u proces planiranja zdravstvene njege. Ti postupci pacijentu pružaju osjećaj važnosti i vrijednosti te ga potiču na napredak. Važno je da medicinska sestra/tehničar usmjerava svoje intervencije na psihološku podršku i edukaciju. Poticanjem psihološke podrške, poticanjem pacijentove samostalnosti u samozbrinjavanju te motiviranjem i edukacijom povećava se vjerojatnost prilagodbe pacijenta na novonastalu situaciju, a samim time se jača i samopouzdanje pacijenta [38].

2.3. Čimbenici koji narušavaju socijalno blagostanje

Socijalno zdravlje može se definirati kao blagostanje i jedna od dimenzija kvalitete života koja se sastoji od pozitivnih interakcija, odnosa i integracije unutar mreže socijalnih kontakata odnosno zajednice. Uključuje brojne dimenzije poput socijalne podrške i socijalnih veza koje doprinose socijalnom blagostanju pojedinca. Socijalna podrška podrazumijeva pružanje emocionalne podrške u obliku empatije, emocionalne brige, zatim iskazivanje poštovanja i ohrabrivanje, pružanje materijalne pomoći te pružanje potrebnih informacija. Socijalne veze odnose se na postojanje smislenih odnosa unutar obitelji, sa prijateljima, kolegama i ostalim članovima zajednice. Navedene dimenzije pružaju osjećaj pripadnosti, podrške, ublažavaju stres, jačaju otpornost te poboljšavaju općenito blagostanje potičući pozitivne ishode mentalnog zdravlja [39].

Socijalno zdravlje i blagostanje izrazito je važno tijekom izazovnih životnih okolnosti poput bolesti, gubitaka i velikih životnih promjena. U tim trenucima važna je snažna socijalna podrška koja pacijentu može pružiti emocionalnu utjehu, praktičnu pomoć i osjećaj pripadanja te time olakšati prilagodbu i suočavanje sa novom situacijom. Suprotno tome, ukoliko zbog bolesti i promjena dođe do socijalne izolacije te ukoliko izostane socijalna podrška dolazi do negativnih zdravstvenih ishoda i utjecaja na ostale dimenzije zdravlja pojedinca [39].

Kao što je već i prije navedeno, pacijenti oboljeli od karcinoma usne šupljine više se suočavaju sa izazovima poput poteškoća s govorom, gutanjem, prehranom, disanjem te deformacijom lica u odnosu na druge vrste karcinoma. Navedeni simptomi češće dovode do stigmatizacije pacijenata, a brojna istraživanja dokazuju da je stigmatizacija snažno povezana s negativnim psihološkim zdravljem uključujući anksioznost i depresiju. Stigmatizacija također ima veliki utjecaj na naknadno liječenje, suradljivost sa zdravstvenim osobljem, samopoštovanje te društvenu prilagodbu što uvelike otežava oporavak pacijentu [40]. Osim toga, poteškoće s gutanjem i hranjenjem dovode do toga da pacijent izbjegava hranjenje u društvu kako bi izbjegao neugodnosti tijekom jela. Otežana komunikacija dovodi do otežanog sporazumijevanja te izbjegavanja bilo kakvog kontakta pacijenta s okolinom [37]. Kod pacijenata se javlja osjećaj unutarnjeg srama zbog nastalih promjena te dolazi do socijalne izolacije i povlačenja u sebe što sa sobom nosi posljedice otežane socijalne prilagodbe te negativnog utjecaja na mentalno zdravlje pacijenta. Dolazi i do promjene uloga unutar obitelji jer pacijent više ne može obavljati aktivnosti u onoj mjeri u kojoj ih je obavljao prije bolesti. Nakon operacijskog liječenja pacijentu je u nekim slučajevima potrebna osoba koja će brinuti o njemu te mu pomagati kod zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Dolazi do gubitka uloge oca ili majke te supruga ili supruge kao bitnih članova unutar obitelji što dovodi do osjećaja bespomoćnosti, gubitka nade i motivacije za daljnji napredak [40].

Povratak na posao i vraćanje prethodnim životnim aktivnostima predstavlja još jedan od problema koji utječu na kvalitetu života pacijenta. Povratak na staro radno mjesto stvara kod pacijenta osjećaj sigurnosti i povratka u normalu, a suprotno tome nemogućnost povratka na dosadašnje radno mjesto ili općenito nemogućnost daljnjeg rada dovode do financijskih gubitaka, smanjenog samopoštovanja i socijalne izolacije. Financijski gubici sa sobom nose brojne posljedice poput tjeskobe, stresa, smanjene kvalitete života zbog nedovoljnih prihoda i nemogućnosti uzdržavanja obitelji, pokrivanja troškova liječenja itd. Sve navedeno otežava pacijentu proces oporavka i rehabilitacije te povećava rizik za razvoj komplikacija u razdoblju nakon operacijskog zahvata [41].

Socijalna podrška bitan je čimbenik u vraćanju ili održavanju socijalnog blagostanja kod ovih pacijenata. Izvori socijalne podrške mogu biti članovi pacijentove socijalne mreže koji uključuju obitelj, prijatelje, susjede, radne kolege, skrbnike ili zdravstvene djelatnike. Svi ovi članovi mogu pružati socijalnu podršku u obliku emocionalne podrške, informacijske podrške, izravne podrške pružanjem izravne materijalne pomoći te uključivanjem pacijenta u zajednicu. Socijalna podrška značajan je resurs za suočavanje sa stresom i teškim životnim situacijama jer dovodi do redukcije i lakše kontrole stresa, smanjenja anksioznosti i depresije, a samim time i poboljšanja kvalitete života. Uloga medicinske sestre/tehničara je u razdoblju nakon operacije pokazati empatiju prema pacijentu, aktivno ga slušati, što više razgovarati s pacijentom, podizati pouzdanje pacijenta ohrabriranjem i pohvalama. Također je važno uputiti obitelj i educirati ih o načinima pružanja socijalne podrške pacijentu. Potrebno se prilagoditi pacijentu i primijeniti ono što njemu odgovara. Neke od intervencija su biti uz pacijenta, saslušati ga, poticati ga na razgovor i verbaliziranje problema ukoliko se on slaže s time. Tretiranje pacijenta kao bolesnika ovisi o samom pacijentu i njegovim željama. Ukoliko to pacijentu odgovara, obitelj treba zbrinjavati pacijenta. Ukoliko pacijent ne želi da ga se tretira kao bolesnika potrebno je to poštovati, ali se istodobno pridržavati granica i ograničenja koja sa sobom nose operacijski zahvat i sama bolest. Važno je obratiti pozornost na to da pretjerana podrška i potpora pacijentu mogu dovesti do gubitka neovisnosti i negativnog utjecaja na samostalno obavljanje aktivnosti. Potrebno je pacijenta poticati na uključivanje u zajednicu i kontakt s njegovom socijalnom mrežom. Uključivanje pacijenata u udruge oboljelih od malignih bolesti također pruža određenu razinu socijalne podrške. Kroz boravak sa ljudima oboljelima od sličnih ili istih bolesti pacijent dobiva brojne savjete, podršku, psihološku pomoć te se lakše nosi s promjenama i problemima [42].

2.4. Čimbenici koji narušavaju duhovno blagostanje

Duhovnost kao jedna od dimenzija zdravlja definira se kao stanje u kojem pojedinac rješava svakodnevne životne probleme na način koji dovodi do ostvarivanja punog potencijala, smisla i svrhe života te ispunjenja iznutra. Smatra se subjektivnim doživljajem te se izražava kroz vjerovanja, vrijednosti, tradicije i praksu [43]. Duhovnost se sastoji od nekoliko dimenzija, a prva od njih odnosi se na egzistencijalne izazove kao što su pitanja o identitetu, značenju patnje i smrti. Druga dimenzija odnosi se na razmatranja i stavove koji se temelje na vrijednostima te obuhvaća odnos prema sebi, obitelji, prijateljima, prirodi, poslu. Treća dimenzija su religijska razmatranja i srž postojanja te se odnosi na vjeru, uvjerenja i odnos s Bogom. Smatra se da je duhovnost bitan čimbenik u zdravstvenoj skrbi jer pomaže pacijentima da iz dijagnoze izvuku nadu i smisao kako bi se lakše nosili sa bolešću kroz liječenje i rehabilitaciju, ali i umiranje [43, 44].

Kao i svaka teška bolest, tako i dijagnoza karcinoma mijenja živote pacijenata te često pokreće duboka pitanja smisla i svrhe postojanja, pitanja nade i ispunjenja. Odgovori na ova pitanja ne mogu biti trenutni ni očiti, ali je važno naglasiti da uz adekvatnu duhovnu podršku pacijenti mogu preoblikovati negativno iskustvo u pozitivno. Duhovno blagostanje često se povezuje s brojnim pozitivnim ishodima kao što su bolja tolerancija zahtjeva bolesti, smanjenje bola, stresa i negativnih emocija, manji rizik od depresije i anksioznosti te općenito veće zadovoljstvo zdravstvenom skrbi i liječenjem. Osim toga, pomaže pacijentima da se lakše prilagode učincima karcinoma i njegovom liječenju, povećava mogućnost uživanja u životu tijekom procesa liječenja, pruža osjećaj osobnog rasta te povećava pozitivne osjećaje kao što su nada, optimizam, zadovoljstvo životom i osjećaj unutarnjeg mira [45]. Religiozno i duhovno suočavanje s dijagnozom karcinoma povezuje se i sa smanjenim rizikom za nastanak socijalne izolacije, tjeskobe i nelagode. U brojnim istraživanjima dokazano je da su pozitivna religiozna suočavanja s bolešću bila pozitivno povezana s boljom općom kvalitetom života, dok su negativne religiozne metode suočavanja poput ljutnje na Boga bile povezane s lošijom općom kvalitetom života te nižim rezultatima na egzistencijalnim i psihološkim područjima. Pacijenti oboljeli od karcinoma često navode da im duhovnost pomaže da lakše pronađu nadu, zahvalnost i pozitivnost u procesu liječenja te da im duhovnost pruža izvor snage za lakše nošenje sa problemima i poteškoćama. Suprotno tome, duhovna patnja u velikoj mjeri utječe na to kako će pacijent doživjeti dijagnozu i bolest. Neprepoznata i neliječena duhovna patnja pogoršava iskustvo liječenja te može biti veća od samih fizičkih simptoma. Kod tih pacijenata javljaju se problemi poput gubitka smisla života, osjećaja napuštenosti od strane Boga ili drugih, ljutnja na Boga ili druge, očaj, beznađe te gubitak vjere [43].

Zbog toga je važno dobro procijeniti duhovne potrebe pacijenata te obratiti pozornost na njih prilikom planiranja i pružanja zdravstvene njege. Zdravstveno osoblje ima odgovornost pružiti holističku skrb pacijentu koja uključuje između ostalog i zadovoljavanje duhovnih potreba. Zbog toga bi medicinske sestre/tehničari, ali i drugo zdravstveno osoblje trebali biti dobro obrazovani i obučeni kako bi bili kompetentni u procjeni i zadovoljavanju duhovnih potreba pacijenata [44]. Neke od intervencija u zadovoljavanju duhovnih potreba su pružanje podrške od strane zdravstvenog osoblja, razgovor s pacijentom, omogućavanje razgovora sa svećenikom ili drugim duhovnim stručnjakom, uključivanje pacijenta u grupe podrške koje se bave duhovnim problemima, sudjelovanje pacijenta u vjerskoj ili drugoj duhovnoj zajednici, molitva i čitanje svetih tekstova, poticanje podrške od strane obitelji i bliskih osoba. Uz sve navedene intervencije važno je poštovati pacijentove želje, kulturu i tradiciju te omogućiti individualizirani pristup kako bi se što adekvatnije zadovoljile duhovne potrebe pacijenta [43, 45].

3. Utjecaj bolesti na kvalitetu života članova obitelji

Pojava maligne bolesti kod nekog od članova obitelji te procesi liječenja i rehabilitacije značajno mijenjaju dinamiku odnosa unutar obitelji. Obitelj ima važnu ulogu u osiguravanju podrške i osiguravanju adekvatne okoline za lakšu prilagodbu pacijenta na poteškoće koje se javljaju u procesu liječenja. Ukoliko dolazi do narušavanja dinamike i odnosa unutar obitelji te se oni ne pokušaju obnoviti, dolazi do otežane prilagodbe pacijenta te do otežanog i produženog oporavka. Promjene se događaju između odnosa majke i djeteta, oca i djeteta, partnera međusobno te njegovatelja kao člana obitelji i oboljele osobe [46].

Reakcija djeteta na saznanje da majka ili otac boluje od maligne bolesti ovisi o dobi djeteta, o tome je li oboljela osoba majka ili otac, o snazi odnosa između djeteta i oboljelog roditelja te o samoj ozbiljnosti stanja i tijeku liječenja. Kod djece se najčešće zbog toga javljaju poteškoće u području psihološkog, ponašajnog, socijalnog i fizičkog funkcioniranja. Prisutni su simptomi poput anksioznosti, socijalne izolacije, poteškoća tijekom školovanja itd. Problemi se javljaju zbog toga što dijete odjednom gubi oslonac i podršku koju je imao prije nego što se jedan od roditelja razbolio te se očekuje od njega da bude podrška oboljelom roditelju. Kako bi se spriječile poteškoće u narušavanju odnosa između roditelja i djeteta važno je osigurati pomoć stručne osobe koja će pomoći obitelji da se lakše nose s dijagnozom i problemima u procesu liječenja i oporavka [47].

Ovisno o tome kojem od roditelja je dijagnosticiran karcinom ovisi i način promjene uloga i odnosa unutar obitelji. Ukoliko je od karcinoma oboljela majka njezinu ulogu moraju preuzeti ostali članovi obitelji. Majka se smatra najvažnijim izvorom suosjećajnosti i podrške pa samim time dolazi i do narušavanja tih odnosa unutar obitelji. Djeca osjećaju strah i neizvjesnost zbog majčine bolesti, a majka se unatoč bolesti nastoji truditi održati svoju ulogu majke prema djeci te zbog toga izbjegava pokazivati vlastite osjećaje i brige. Kada od karcinoma u obitelji oboli otac, drugačija je promjena uloga i odnosa u obitelji. Otac može bolest doživjeti kao razočaranje u vlastitu sliku pa zbog toga izbjegava biti nemoćan kako se obitelj ne bi zbog toga osjećala loše. Često se očevi smatraju glavom obitelji pa im zbog toga teško pada osjećaj nemoći i potreba da netko brine o njima. Skrivanje tih osjećaja dovodi do socijalne izolacije i gubitka komunikacije s obitelji te je posljedično nemoguće uspostaviti kvalitetan odnos između oca i ostalih članova obitelji [48].

Dijagnoza karcinoma i posljedice njegovog liječenja utječu i na partnera oboljele osobe. Često se kao reakcija na težinu problema javlja povlačenje partnera u sebe zbog toga što smatraju da se na taj način izbjegava stres što omogućuje veću zaštitu oboljelog partnera. Oboljeli partner također nastoji skrivati osjećaje jer ne želi biti na teret obitelji. Komunikacija između partnera i unutar obitelji smatra se važnim čimbenikom u održavanju kvalitetnih odnosa u obitelji. Kvalitetna komunikacija pozitivno se povezuje s manjom razinom stresa i većim zadovoljstvom. Suprotno tome, odbijanje komuniciranja i povlačenje u sebe od strane oba partnera dovodi do narušavanja odnosa i poteškoća u prilagodbi na situaciju. Osim toga dolazi i do značajne promjene uloge partnera ukoliko je oboljela osoba slaba te ne može brinuti o sebi. Tada partner preuzima ulogu njegovatelja, a promjena uloge od bliskog člana obitelji do njegovatelja često je iznenadna i partneri nisu pripremljeni. Zbog opsežne brige za oboljelog člana obitelji, njegovatelji često zanemaruju vlastite potrebe. S vremenom se zanemarivanje vlastitih potreba loše odražava na opću dobrobit i kvalitetu života njegovatelja te nosi negativne posljedice na psihosocijalno i fizičko funkcioniranje. Jedan od čimbenika koji također utječe na obitelj je i financijski stres. Oboljeli pacijent zbog bolesti ne može raditi, a partner izostaje s posla zbog preuzimanja uloge njegovatelja što se također loše odražava na odnose unutar obitelji [46].

Jedna od važnijih uloga obitelji je da pozitivno utječe na razvoj svih članova ukoliko su odnosi unutar nje zdravi i kvalitetni. Za postizanje kvalitetnih odnosa unutar obitelji bitno je psihofizičko i duševno zdravlje svakog člana obitelji. Teške životne situacije često narušavaju kvalitetu odnosa unutar obitelji pa je potrebno primijeniti određene intervencije ili potražiti pomoć kako bi ti odnosi dostigli veću kvalitetu. U takvim situacijama naglašava se važnost međusobne podrške, komunikacije, empatije i razumijevanja. Uloga medicinske sestre/tehničara je stvoriti odnos povjerenja s obitelji te ih poticati na razgovor s pacijentom i na pružanje podrške. Potrebno je obitelji oboljelog člana omogućiti sve informacije o bolesti, liječenju i oporavku te ih od početka uključiti u proces liječenja. Intervencije se također usmjeravaju na edukaciju članova obitelji i pacijenta, pružanje pomoći u pronalasku stručnjaka koji će olakšati prilagodbu na situaciju. Kako bi se mogli zadovoljiti ciljevi zdravstvene njege, zdravstveno osoblje treba pružati razumijevanje te biti spremno odgovoriti na sve nejasnoće od strane obitelji i pokazati stručnost u obavljanju intervencija u području zdravstvene njege [49].

4. Održavanje i vraćanje kvalitete života nakon operacijskog zahvata

Kvaliteta života navodi se kao važan faktor za postizanje uspješnog procesa liječenja i oporavka. Za postizanje tog cilja potrebna je određena razina kvalitete života. Bolest i operacijski zahvat sa svojim posljedicama utječu na kvalitetu života te dovode do smanjenja njezine razine na svim područjima. Navedeno onemogućava pacijentu da samostalno funkcionira te mu otežava svakodnevno obavljanje aktivnosti, nošenje s posljedicama bolesti i procesom liječenja te prilagodbu na nove situacije. Kako bi se razina kvalitete života povećala, potrebno je primijeniti određene intervencije. Proces održavanja i vraćanja kvalitete života zahtjeva multidisciplinarni pristup zbog potrebe za djelovanjem na sve dimenzije kvalitete života [50].

Jedna od najučinkovitijih intervencija je kvalitetna komunikacija. Komunikacija s pacijentom, poticanje na razgovor te na izražavanje strahova i poteškoća omogućava zdravstvenom osoblju i obitelji da lakše pružaju pomoć pacijentu. Pružanje podrške bilo psihološke ili duhovne, također pomaže pacijentu na način da ga ohrabruje i motivira na aktivan život sukladno njegovim mogućnostima. Psihološka i duhovna pomoć pomaže i članovima obitelji jer ih motivira da budu uz pacijenta i u najtežim situacijama. Primjena postupaka rehabilitacije i resocijalizacije omogućava brže i efikasnije liječenje i oporavak, a osim toga pacijenta motivira i osposobljava za svakodnevni život. Osim pacijentu, podrška je potrebna i članovima obitelji kako bi se lakše nosili sa pacijentovim stanjem, a pogotovo onim članovima koji nakon otpusta pacijenta iz bolnice preuzimaju ulogu njegovatelja te brinu o pacijentu kod kuće. Pružanje informacija o planiranju i provođenju zdravstvene njege (prevencija i prepoznavanje komplikacija, fizička aktivnost, prehrana, održavanje higijene, procjena i suzbijanje bola...) te upućivanje na osobe kojima se mogu obratiti kao što su tim zdravstvene njege u kući ili patronažna medicinska sestra pomaže članovima obitelji da se što prije prilagode novoj situaciji. Tijekom postupka liječenja i rehabilitacije pacijentima se savjetuje uključivanje u klubove i udruge oboljelih od iste bolesti. Time se potiče socijalizacija, a pacijenti također razmjenjuju iskustva i savjete te se pruža i dobiva određena razina podrške koja puno znači pacijentima. Navedenim postupcima postiže se potrebna razina blagostanja na području fizičkog, psihičkog, socijalnog i duhovnog zdravlja koja je potrebna za normalno funkcioniranje pojedinca i adekvatno nošenje s teškim situacijama u životu [50].

5. Prikaz slučaja

5.1. Sestrinska anamneza i status prije i nakon operacijskog zahvata

Pacijent N.N. rođen je 28.09.1958. godine. Otac je troje odrasle djece, a živi sa suprugom u obiteljskoj kući u Međimurju. Zaposlen je te radi kao strojobravar na željeznici u Ljubljani. Pacijent je pušač 25 godina te puši oko 20 cigareta dnevno, a alkohol konzumira prigodno. Od ostalih bolesti pacijent je bio operiran sa 18 i sa 30 godina zbog hernije diska slabinske kralježnice. Nakon druge operacije kralježnice određen mu je 30% invaliditet zbog smanjenog opsega pokreta, ali pacijent može nastaviti obavljati dosadašnji posao. Pacijent dolazi krajem kolovoza 2004. godine liječniku opće medicine zbog toga što opaža ulkus na dnu usne šupljine s desne strane. Liječnik opće medicine procjenjuje da se radi o sumnjivom ulkusu te upućuje pacijenta na daljnju dijagnostiku. Pacijent dolazi 06.09.2004. godine na daljnju dijagnostiku. Iz uzetog uzorka za patohistološku dijagnozu dokazan je invazivni karcinom pločastih stanica, veličine 3x2 cm i debljine 9 mm. Tijekom fizikalnog pregleda palpiraju se povećani limfni čvorovi na desnoj strani vrata i povećana submandibularna žlijezda slinovnica. Pacijent se dalje upućuje na UZV vrata te endoskopski pregled gornjeg dišnog i probavnog trakta u općoj anesteziji. Na endoskopskom pregledu učinjenom 14.09.2004. godine zamjećuje se karcinom u dnu usne šupljine na desnoj strani koji seže do središnje linije usne šupljine prema ventralnoj strani jezika te do alveolarnog grebena donje čeljusti. Zubi su također jako zahvaćeni karijesom te parodontnom bolesti i s gornje i donje strane. Na UZV-u vrata vidljivi su povećani limfni čvorovi submandibularno na desnoj i na lijevoj strani. Na temelju obavljenih pretraga postavlja se dijagnoza Ca reg. sublingualis lat. dex. te se karcinom klasificira kao T2, N2b, M0. Pacijentu se određuje operacijski zahvat te radioterapija i kemoterapija u razdoblju nakon operacije.

Tijekom uzimanja sestrinske anamneze prije operacijskog zahvata utvrđuje se da je pacijent samostalan u obavljanju svih aktivnosti. Apetit je normalan, gutanje bez teškoća. Prisutna je nelagoda u ustima prilikom hranjenja zbog ulkusa. Mokrenje je uredno, dnevno popije litru i pol tekućine. Stolicu ima svaki dan te je ona normalne konzistencije i boje. Pacijent navodi alergiju na penicilin, Ketonal i Voltaren, a od kronične terapije ne troši ništa. Ne nosi naočale, slušni aparat ni zubnu protezu. Govor je bez teškoća. Nema poteškoća sa spavanjem. Bolovi su prisutni ponekad zbog ulkusa u usnoj šupljini. Za ublažavanje bolova popije paracetamol. Svijest je očuvana, pacijent je orijentiran u vremenu i prostoru, GKS iznosi 15. Pacijent se prilagođava trenutnom zdravstvenom stanju. Izražava strah i anksioznost vezanu uz neizvjesnost ishoda liječenja. Navodi da mu bolest i sam proces liječenja predstavljaju značajan izvor stresa. Zabrinut je za svoje zdravstveno stanje te ga muče posljedice bolesti i liječenja i njihov utjecaj na njega i obitelj.

Fizikalnim pregledom utvrđeno je da pacijent ima 68 kg, visok je 170 cm, puls iznosi 75/min, RR 125/75 mmHg, tjelesna temperatura 36.5 °C, disanje 18/min. Koža je suha, normalne topline i očuvanog turgora. Glava je bez promjena, na vratu se pipaju povećani limfni čvorovi. U usnoj šupljini vidljiva je promjena u obliku ulkusa na dnu usne šupljine na desnoj strani. Zubi su zahvaćeni karijesom i parodontnom bolesti. Gornji i donji ekstremiteti te abdomen su normalnog izgleda, bez edema ili hematoma.

Pacijent je operiran 21.09.2024. godine u općoj anesteziji, a tijekom operacijskog zahvata bila je učinjena privremena traheotomija, selektivna disekcija lijeve strane vrata gdje nije bilo prisutnih metastaza te modificirana disekcija vratnih limfnih čvorova na desnoj strani. Tijekom operacijskog zahvata prilikom prepariranja vene jugularis interne vidljivo je da je jedan on pritoka koji dolazi iz donje lubanjske jame u potpunosti zahvaćen metastazama. Zbog toga je odstranjena i vena jugularis interna i oba pritoka veličine 7 mm. Također je učinjena i marginalna resekcija donje čeljusti, odstranjena je polovica jezika na desnoj strani i uklonjeni su svi zubi. Rana je primarno zašivena, ostatak jezika fiksiran za dno usne šupljine, a donja čeljust fiksirana pomoću dviju pločica. Pacijent je dobro podnio operaciju te u razdoblju nakon operacije nije bilo većih komplikacija. Cijelo vrijeme tijekom hospitalizacije pacijent je bio afebrilan, primao je antikoagulantnu terapiju te antibiotsku profilaksu do 30.9.2004.godine. Hranjen je putem nazogastrične sonde tekućom hranom sve do 6.10. kada se nazogastrična sonda odstranjuje. Tijekom hospitalizacije pacijent je izgubio 5 kilograma. 28.9. odstranjuju se drenovi, a dan prije trahealna kanila. Tjedan dana nakon operacije pacijentu se skidaju šavovi. 8.10. 2004. godine pacijent se otpušta kući, preporuča se previjanje rane i čišćenje fiziološkom otopinom koje se obavlja kod liječnika opće medicine. Pacijentu je potreban prilagođen način prehrane koji se odnosi na uzimanje tekuće ili pasirane hrane koja treba biti visokokalorična i bogata proteinima. Također se zahtjeva posjeta patronažne službe. Kontrola kod liječnika operatera zakazuje se u 11. mjesecu 2004. godine. Pacijentu je određena radioterapija koja se počinje obavljati od 22.10.2004. te traje do prosinca 2004. godine. Pacijent je primio i dvije doze kemoterapije u dozama od 160 mg (16.11.) te mjesec dana nakon (14.12.) u dozi od 120 mg.

Kroz razdoblje nakon operacijskog zahvata pacijent redovito obavlja kontrolne preglede kod izabranog liječnika i liječnika operatera. Posljedice operacijskog zahvata i zračenja kod pacijenta se javljaju u obliku otežanog gutanja zbog edema cijele usne šupljine, bolova, uklanjanja zubi te zbog toga što je desna strana jezika u potpunosti zašivena na dno usne šupljine dok je lijeva strana djelomično, ali jako slabo pomična. Također pacijentu je utvrđena pareza obiju glasnica te su zbog toga one slabo pomične i kao posljedica toga prisutan je hrapav glas. Pacijentov govor je otežan, promijenjen i teško razumljiv. Sluznice grla i ždrijela su zadebljane, edematozne i promijenjene

zbog postupaka liječenja. Prisutna je stenoza gotovo cijelog dišnog sustava u području oko usne šupljine i vrata. Sluznica usne šupljine je blago suha, razdražljiva te se u razdoblju nakon operacijskog zahvata često javljaju blaži oblici oralnog mukozitisa kao posljedica zračenja. Kod pacijenta je prisutan trizmus. Na vratu se stvara višak vezivnog tkiva, odnosno fibroza te je koža hiperpigmentirana i bolna na dodir. Kao posljedica zračenja 2006. godine utvrđuje se hipotireoza te se pacijentu ordinira terapija levotiroksina prvo u dozi od 25 mcg koja se povećava na 50 mcg te nakon toga na 70 mcg po jednu tabletu na dan. Od ostale terapije pacijent troši klopidogrel 75 mg za prevenciju trombotičkih događaja te atorvastatin 20 mg za liječenje hiperkolesterolemije. Kroz razdoblje nakon operacije kod pacijenta su česte infekcije i bolesti dišnog sustava. 2016. godine je hospitaliziran zbog sepse koja je bila uzrokovana infekcijom u usnoj šupljini. Osim toga, pacijent također u razdoblju nakon operacije gubi na tjelesnoj težini zbog otežanog žvakanja i gutanja, a unatoč dobrom apetitu. Pacijent u početku jede kašastu i tekuću hranu, nakon određenog razdoblja prelazi na usitnjenu krutu hranu. Često tijekom hranjenja dolazi do aspiracije hrane pa pacijent odustaje od jela zbog frustracija time što ne može normalno jesti, a to dovodi do toga da pacijent ne unosi dovoljnu količinu hrane tijekom dana. Tjelesna težina se kretala od početnih 68 kg prije operacijskog zahvata, preko 63 kg tri godine nakon operacijskog zahvata do 53 kg koliko trenutno ima pacijent. Smanjena tjelesna težina dovela je kod pacijenta do nedostatka energije, poremećaja ravnoteže te samim time do otežane pokretljivosti koja je dodatno otežana zbog preboljelog CVI -a 2013. godine. Pacijent je također bio prisiljen otići u prijevremenu mirovinu. U siječnju 2005. godine određeno mu je na prethodni invaliditet od 40% još dodatnih 50% zbog posljedica bolesti karcinoma usne šupljine. Invaliditet sprečava pacijenta u obavljanju dosadašnjeg, ali i bilo kojeg drugog posla, a odlazak u prijevremenu mirovinu kod pacijenta izaziva osjećaj straha i zabrinutosti za obitelj i financijski status. Zbog pareze glasnica koje su stisnute i fiksirane u sredini te promjena u debljini sluznice dišnog sustava kao posljedice zračenja bilo je jako malo slobodnog prostora za disanje te se postupno kod pacijenta godinama javljala dispneja. U trenutku kada je ona dosegla visoki stupanj pacijent se javlja liječniku te je u listopadu 2023. godine učinjena traheotomija i uvedena je trajna traheostoma.

5.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije u procesu zdravstvene njege

U razdoblju nakon operacije karcinoma usne šupljine kod pacijenata su prisutne brojne sestrinske dijagnoze. U slučaju pacijenta N.N. bile su prisutne neke od njih.

1. Akutni bol u/s poslijeoperacijskim periodom i terapijskim postupcima što se očituje pacijentovom izjavom o postojanju bola, jačini, lokalizaciji i trajanju.

Cilj je kod ove dijagnoze da će pacijent na skali za procjenu bola iskazati niže razine bola od početne nakon provedenih intervencija.

Neke od intervencija koje medicinska sestra/tehničar provodi kod pacijenta su prepoznavanje bola, mjerenje vitalnih funkcija, uklanjanje čimbenika koji pojačavaju bol, ohrabrivanje pacijenta i razgovor, postavljanje pacijenta u njemu ugodan položaj, primjena nefarmakoloških metoda liječenja bola, primjena farmakološke terapije prema odredbi liječnika, procjenjivanje bola na skalama i dokumentiranje pacijentove procjene [51].

Evaluacija: Cilj nije postignut. Pacijent na skali za procjenu bola iskazuje razinu bola 5 s obzirom na početnu razinu 7 nakon provedenih intervencija.

S obzirom da cilj nije postignut potrebno je promijeniti određene intervencije. O trenutnoj razini bola potrebno je obavijestiti liječnika koji će odlučiti o povećanju doze farmakološke terapije. Medicinska sestra/tehničar treba prema odredbi liječnika primijeniti farmakološku terapiju te pratiti učinak terapije i vršiti redovitu procjenu i kontrolu bola uz prethodno navedene intervencije.

Evaluacija: Cilj je postignut. Nakon provedenih novih intervencija pacijent iskazuje razinu bola 2 na ljestvici 0-10.

2. Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s edemom sluznice dišnog sustava i nakupljanjem sekreta što se očituje dispnejom i otežanim disanjem.

Cilj je da će pacijent imati prohodne dišne putove i disati frekvencijom od 16-20 udaha u minuti.

Neke od intervencija su nadzirati respiratorni status 24 sata, mjeriti vitalne funkcije 3-4 puta na dan, provoditi orofaringealnu aspiraciju, provoditi higijenu kanile i okolnih struktura traheostome, poticati pacijenta na promjenu položaja, provoditi s pacijentom vježbe dubokog disanja i vježbe iskašljavanja, primijeniti terapiju kisikom, inhalacije ili drugu terapiju ordiniranu od strane liječnika, osigurati 60%-tnu vlažnost zraka, pratiti vrijednosti ABS-a, pratiti promjene stanja svijesti i znakove pojave komplikacija [52].

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut. Pacijent diše lakše, ali još uvijek s određenim naporom zbog posljedica edema i zračenja.

3. Visok rizik za aspiraciju u/s disfagijom, promjenama unutar usne šupljine i traheostomom.

Cilj je da pacijent neće aspirirati hranu i tekućinu u razdoblju nakon operacijskog zahvata.

Neke od intervencija su procijeniti refleks gutanja, smjestiti pacijenta u povišeni položaj, osigurati pribor za aspiraciju, osigurati dovoljno vremena za hranjenje i biti uz pacijenta, provoditi higijenu usne šupljine nakon obroka, provjeriti ostatke hrane u usnoj šupljini nakon hranjenja i izvaditi ih [51].

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut. Pacijent se ponekad zagrcne i aspirira male količine hrane ili tekućine.

4. Otežano gutanje u/s operacijskim zahvatom na ustima te radioterapijom što se očituje aspiracijom hrane/tekućine, dugotrajnim žvakanjem i kašljem.

Cilj je da će pacijent navesti kako mu se može olakšati sam čin gutanja.

Intervencije medicinske sestre/tehničara su nadgledati pacijenta tijekom hranjenja i pomoći mu, primijeniti analgetik prije hranjenja u slučaju bola, poticati pacijenta na uzimanje malih zalogaja, osigurati hranu odgovarajuće konzistencije (tekuću, kašastu ili jako usitnjenu), educirati pacijenta i obitelj da izbjegava uzimanje začinjene, krute, jako vruće hrane, alkohola ili cigareta, razgovarati s pacijentom o načinima olakšavanja gutanja hrane i tekućine [53].

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijent navodi načine olakšavanja čina gutanja (miksanjem i usitnjavanjem hrane, osiguravanjem dovoljno vremena, stavljanjem u povišeni položaj...)

5. Oštećenje sluznice usne šupljine u/s zračenjem vrata što se očituje suhim ustima, smanjenom salivacijom, edemom sluznice usne šupljine te bolom u usnoj šupljini.

Cilj je da će sluznica usne šupljine biti dobro hidrirana i bez bolova.

Intervencije koje se moraju provoditi kod pacijenta su upućivanje pacijenta u važnost oralne higijene, edukacija pacijenta o pravilnoj i odgovarajućoj osobnoj higijeni, pregledavanje usne šupljine tijekom dana i nakon obroka, primjena lijekova za ublažavanje bola prema odredbi liječnika, primjena lagane hrane i tekućine, educiranje pacijenta i obitelji o čimbenicima koji uzrokuju dodatna oštećenja sluznice [52].

Evaluacija: Pacijent ne osjeća bol, te je sluznica usne šupljine dobro hidrirana i bez naslaga.

6. Visok rizik za infekciju u/s operacijskim zahvatom i oslabljenim imunološkim sustavom.

Cilj je da tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije.

Neke od intervencija su mjeriti vitalne znakove dva puta na dan, pratiti promjene i vrijednosti laboratorijskih nalaza, pratiti izgled izlučevina, održavati higijenu ruku, prostora, pribora, intravenoznih katetera, drenažnih katetera i trahealne kanile prema standardu, aseptično previjati ranu, primijeniti antibiotsku profilaksu prema odredbi liječnika [52].

Evaluacija: Cilj je postignut. Tijekom hospitalizacije nije bilo simptoma niti znakova infekcije kod pacijenta.

7. Smanjen unos hrane u/s disfagijom i nemogućnosti žvakanja što se očituje gubitkom tjelesne težine i slabošću mišića te nedostatkom energije.

Cilj je da pacijent neće dalje gubiti na težini.

Intervencije koje provodi medicinska sestra/tehničar su vaganje pacijenta dva puta tjedno, objašnjavanje važnosti unosa propisane količine hrane, izrađivanje plana prehrane u suradnji s nutricionistima, osiguravanje psihološke potpore, osiguravanje namirnica koje pacijent voli, poticanje na manje i češće obroke, primjena dodataka prehrani ili parenteralne prehrane prema odredbi liječnika [51].

Evaluacija: Cilj nije postignut. Pacijent i dalje gubi na tjelesnoj težini.

S obzirom da cilj nije postignut potrebno je o gubitku tjelesne težine obavijestiti liječnika, nutricionista i ostale stručnjake koji su uključeni u postupke prehrane i pacijentove tjelesne težine. Svakodnevno vagati pacijenta i pratiti promjene tjelesne težine. Pacijentu je potrebno objasniti da treba uzimati manje, ali češće obroke tijekom dana, educirati ga o važnosti adekvatne i kvalitetne prehrane te učincima gubitka tjelesne težine na njegovo zdravstveno stanje. U suradnji s nutricionistom osigurati pacijentu primjere jelovnika kako bi lakše planirao svoje obroke. U proces edukacije uključiti i članove obitelji kako bi mogli biti uz pacijenta te kako bi mu mogli pomoći.

Evaluacija: Nakon provedenih intervencija cilj je postignut. Pacijent ima 53 kg i tjelesna težina ostaje stabilna zadnjih šest godina.

8. Socijalna izolacija u/s promjenom fizičkog izgleda i popratnim pojavama liječenja što se očituje nekomunikativnošću, povlačenjem u sebe i agresivnim ponašanjem u pokušaju uspostavljanja kontakta.

Cilj je da će pacijent razvijati pozitivne odnose s drugima tijekom hospitalizacije.

Neke od intervencija su uspostavljanje suradničkog odnosa s pacijentom, poticanje pacijenta na verbaliziranje osjećaja, poticanje na razmjenu iskustava s drugim pacijentima, ohrabrivanje i pohvaljivanje za svaki napredak, omogućavanje posjeta obitelji, osiguravanje psihološke podrške od strane stručnjaka, obitelji i bliskih osoba [51].

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijent razvija pozitivne odnose s drugima tijekom hospitalizacije.

9. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda u/s promjenom tjelesnog izgleda, gubitkom funkcije usne šupljine i postavljenom traheostomom što se očituje izbjegavanjem socijalnih kontakata, neprihvatanjem novonastale promjene i neadekvatnim ponašanjem.

Cilj je da će pacijent izraziti prihvaćanje nastalih promjena u izgledu i funkcioniranju tijela.

Neke od intervencija su ohrabrivati pacijenta na iskazivanje osjećaja povezanih s percipiranjem vlastitog izgleda, omogućiti podršku obitelji, ohrabrivati dodirivanje promijenjenog dijela tijela, uputiti pacijenta i obitelj u mogućnost obraćanja stručnjacima, omogućiti kontakt s grupama podrške i udrugama te kontakt i razgovor s psihologom [53].

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijent prihvaća novonastale promjene u izgledu i funkcioniranju tijela.

10. Otežana verbalna komunikacija u/s oštećenjem glasnica 2° operacijski zahvat i radioterapija što se očituje otežanim razumijevanjem pacijentovog govora te ljutnjom i izbjegavanjem komuniciranja od strane pacijenta.

Cilj je da će pacijent tijekom hospitalizacije pronaći adekvatan način komuniciranja pomoću određenih pomagala.

Neke od intervencija su osigurati pacijentu pribor za pisanje te omogućiti takav način komuniciranja ukoliko se pacijent slaže, osigurati dovoljno vremena za razgovor, poticati pacijenta na komuniciranje, pohvaliti i ohrabrivati pacijenta za svaki uspjeh i napredak, uključiti logopeda [53].

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijent učinkovito komunicira tijekom hospitalizacije pomoću pisanog pomagala.

5.3. Edukacija pacijenta i obitelji pri otpustu

Edukacija i zdravstveni odgoj pacijenta, ali i njegove obitelji važan je postupak koji se mora provoditi kroz cijelo razdoblje hospitalizacije kako bi pacijent i članovi obitelji bili upućeni u sve postupke koji su se provodili tijekom pacijentovog boravka u bolnici, ali i u postupke koje će morati samostalno provoditi kod kuće. Postupak edukacije započinje već pacijentovim dolaskom na odjel i davanjem svih potrebnih informacija o bolesti, tijeku liječenja i postupcima koji se obavljaju prije, tijekom i nakon operacijskog zahvata. Pružanjem svih informacija pacijenta se upućuje u njegovo stanje, a to mu je od velike važnosti kako bi lakše pratio cijeli proces liječenja. Prije otpusta pacijenta medicinska sestra/tehničar u suradnji s liječnikom mora napraviti plan edukacije pacijenta. Pacijent treba dobiti informacije o tome kada i kome se treba javiti na kontrolni pregled te kamo će odlaziti na previjanje rane. Edukacija se odnosi i na pružanje informacija o samostalnom zbrinjavanju rane u smislu brige o čistoći zavoja, flastera i okoline rane, održavanja čistoće i adekvatne higijene usne šupljine, osiguravanja adekvatnih mikroklimatskih uvjeta (vlažnosti i temperature zraka) unutar prostorija u kojima boravi kako bi se olakšalo disanje. Medicinska sestra/tehničar daje informacije o mogućim komplikacijama, njihovim znakovima i simptomima te mogućnostima njihovog rješavanja i prevencije. Preporuke i savjeti vezani za prehranu i tekućinu od strane medicinske sestre/tehničara, liječnika i nutricionista pomažu pacijentu da lakše planira svoje obroke te omogući adekvatan energetske i količinski unos hranjivih tvari kroz dan. U slučaju da pacijent ima uvedenu trahealnu kanilu, uloga medicinske sestre/tehničara je educirati pacijenta i obitelj o postupcima zbrinjavanja kanile i okoline kože. Pacijent treba biti upućen u postupke čišćenja samog otvora odnosno stome, čišćenje

unutarnje kanile, način aspiracije sekreta pomoću sterilnog katetera i aspiratora te u postupke promjene kanile, zavoja ili vrpce. U svim postupcima važno je da se pacijent ili članovi obitelji pridržavaju pravila asepsa te primjenjuju aseptičan način rada kako bi se spriječio nastanak infekcija i neželjenih komplikacija. Potrebno je naglasiti pacijentu da sav potreban pribor i potrošni materijal dobiva preko doznaka te ga je potrebno uputiti na način ostvarivanja prava na taj pribor i materijal [54]. Zdravstveni odgoj pacijenta i članova obitelji potrebno je provoditi na individualan način poštujući dob pacijenta, kognitivne sposobnosti, intelektualni status i sposobnost razumijevanja. Važno je sa pacijentom i obitelji stvoriti odnos povjerenja koji će dovesti do lakšeg usvajanja postupaka i potrebnih informacija. Ukoliko je potrebno, mogu se osigurati pisane upute, videozapisi ili demonstriranje određenih postupaka. Prilikom procesa edukacije potrebno je osigurati dovoljno vremena za poučavanje, a nakon toga provjeriti razumijevanje svih pokazanih postupaka i pruženih informacija od strane pacijenta ili članova obitelji te pokazati razumijevanje, empatiju i stručnost.

6. Zaključak

Karcinomi usne šupljine značajan su problem na svjetskim razinama. Kasno prepoznavanje simptoma dovodi do težih stadija karcinoma, otežanog procesa liječenja i loših posljedica na pacijentu. Smatram da bi se usmjeravanjem na prevenciju, uklanjanjem ili smanjivanjem rizičnih čimbenika i ranim prepoznavanje karcinoma smanjila učestalost pa i same komplikacije bolesti kod pacijenata. Ukoliko se liječenje uspije adekvatno provesti, također su moguće određene posljedice koje dovode do lošeg utjecaja na fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu dimenziju kvalitete života. Pacijent kojem su narušene sve ili neke od tih dimenzija ne može funkcionirati adekvatno te ulaže puno truda i u najmanje aktivnosti kako bi zadovoljio barem malu razinu blagostanja na tim područjima. Navedeno dovodi do razočaranja, gubitka vjere i nade te propadanja pacijenta na svim razinama što otežava proces liječenja i oporavka. Smatram da je uz fizičku pomoć od strane cijelog zdravstvenog osoblja i obitelji još od veće važnosti i značaja psihološka, socijalna i duhovna pomoć. Podrška, razgovor s pacijentom, slušanje, riječi utjehe, pružanje empatije nakon operacijskog zahvata puno znače pacijentu i olakšavaju mu podnošenje zahvata i promjena. Pacijent čija obitelj se uključuje u brigu za njega, pruža mu podršku, potiče ga i motivira na napredak ostvaruje veće uspjehe u procesu oporavka. Suprotno tome, pacijenti bez podrške obitelji i bliskih osoba se češće izoliraju od svih, izbjegavaju socijalni kontakt, gube nadu i vjeru te češće kod njih dolazi do simptoma anksioznosti i depresije. Uključivanje pacijenta u grupe podrške i udruge oboljelih od karcinoma usne šupljine dodatno povećava razinu kvalitete života na način da pacijent prima informacije i podršku od drugih pacijenata te lakše prihvaća vlastite promjene. Kvaliteta života smatra se jednim od važnijih čimbenika tijekom procesa liječenja i rehabilitacije pa je zbog toga potrebno ulagati trud, znanje i sve mogućnosti u ostvarivanje napredaka na svim njezinim područjima. Maligne bolesti svrstavaju se među teže bolesti koje znatno mijenjaju pacijenta, ali i njegovu obitelj. Samim time uloga medicinske sestre/tehničara je pokazati stručnost, znanje i sposobnost podizanja kvalitete života pacijenta kako bi se zadržalo njegovo dostojanstvo te kako bi postao čovjek što sličniji onome prije bolesti.

7. Literatura

[1] P.H. Montero, S.H. Patel: Cancer of the oral cavity, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 2015, Vol. 24, str. 491–508

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018209/> (05.03.2024.)

[2] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> Dostupno: 14.3.2023. (05.03.2024.)

[3] V. Brailo: Stomatolog i rano otkrivanje oralnog karcinoma, Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet, Zavod za oralnu medicinu, Acta Med Croatica 2015, Vol. 69, str. 45-48

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/216134> (05.03.2024.)

[4] G. Mejia, R. Logan, K. Roberths-Thomson i sur.: Epidemiology of oral cancer in Asia in the past decade--an update (2000-2012) Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2013, Vol. 14, str. 5567-5577

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24289546/> (05.03.2024.)

[5] Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Registar za rak Republike Hrvatske 2020., Bilten br. 45, Zagreb, 2022.

Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/11/Bilten-Incidencija-raka-u-Hrvatskoj-2020.-godine.pdf> (05.03.2024.)

[6] D. Greenberg, M. Glick: Burkets oral medicine: diagnosis and treatment, 10. izdanje, Hamilton, Ontario 2003.

Dostupno na:

[https://rlmc.edu.pk/themes/images/gallery/library/books/dental/%5BLester_William_Burket,_Martin_S._Greenberg,_Micha\(BookFi\).pdf](https://rlmc.edu.pk/themes/images/gallery/library/books/dental/%5BLester_William_Burket,_Martin_S._Greenberg,_Micha(BookFi).pdf) (05.03.2024.)

[7] A.K. Dotiwala, N.S. Samra: Anatomy, Head and Neck, Tongue in Statpearls, 2023.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939559/> (12.03.2024.)

[8] P. Keros, B. Matković: Anatomija i fiziologija, udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, Naklada Ljevak, Zagreb 2006.

[9] <https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/02/Alkohol-i-duhan-rizi%C4%8Dni-%C4%8Dimbenici-karcinoma-usne-%C5%A1upljine.pdf> Dostupno: 2015. (16.03.2024.)

[10] D. Macan: O etiologiji karcinoma usne šupljine, Acta Stomatol Croat 1996, Vol. 30, str. 275—285

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/145288> (16.03.2024.)

[11] M. Kumar, R. Nanavati, T. Modi, C. Dobariya: Oral cancer: Etiology and risk factors: A review, Journal of Cancer Research and Therapeutics 2016, Vol. 12, str. 458-463

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27461593/> (16.03.2023.)

[12] G. Block, B. Patterson, A. Subar : Fruit, vegetables, and cancer prevention a review of the epidemiological evidence. Nutr Cancer 1992, Vol. 18, str. 1-29

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1408943/> (16.03.2024.)

[13] P. H. Montero, S. G. Patel: Cancer of the oral cavity, Surg Oncol Clin N Am. 2015, Vol. 24, str. 491–508

Dostupno na: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018209/> (16.03.2024.)

[14] <https://www.who.int/tools/whoqol> Dostupno: 1998. (26.6.2024.)

[15] E. T. Carranza, P. I. Cossio, J. M. Hernandez-Guisado i sur. Assessment of quality of life in oral cancer, Medicina Oral, Patologia Oral, Cirugia Bucal 1, 2008, Vol. 13, str. 735-741

Dostupno na: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13_i11_pE735.pdf (26.6.2024.)

[16] V. Halauk: Kvaliteta života u zdravlju i bolesti, Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru 2017, sv. 7, str. 251-257

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/166494> (26.6.2024.)

[17] A. Garratt, L. Schmidt, A. Mackintosh, R. Fitzpatrick: Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ 2002, Vol. 324

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12065262/> (26.6.2024.)

[18] B. Kovač: Mjerenje kvalitete života vezane uz zdravlje kao mjerilo uspješne zdravstvene skrbi, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, Bosna i Hercegovina, Zdravstveni glasnik 2017, Vol. 3, str. 86-93

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/373852> (26.6.2024.)

[19] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet; Zagreb 1995.

[20] S. Čukljek: Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005.

[21] <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/> Dostupno: 16.7.2020. (4.7.2024.)

[22] M. Jukić, V. Majerić-Kogler, M. Fingler: Bol- uzroci i liječenje, Medicinska naklada, Zagreb 2011.

[23] A. Gupta, K. Kaur, S. Sharma i sur.: Clinical aspects of acute post-operative pain management & its assessment, Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research 2010, Vol. 1, str. 97–108

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22247838/> (4.7.2024.)

[24] C. Stretton, J. Service: Postoperative considerations in patients following oral cancer resection and surgical reconstruction: a review, Journal of Oral and Maxillofacial Anesthesia 2023, Vol. 2

Dostupno na: <https://joma.amegroups.org/article/view/6110/html> (5.7.2024.)

[25] H. Hayashi, A. Abe, Y. Yamamoto i sur.: Association between oral cancer surgery and postoperative airway obstruction: A retrospective study, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology, 2024.

Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212555824000498> (5.7.2024.)

[26] J. E. Gaziano: Evaluation and Management of Oropharyngeal Dysphagia in Head and Neck Cancer, Cancer Control 2002, Vol. 9, str. 400-409

Dostupno na: <https://oralcancerfoundation.org/complications/dysphagia/> (8.7.2024.)

[27] Y. T. Tsai, C. H. Lai, T. Z. Huang i sur.: Association of malnutrition with postoperative complication risk after curative surgery for oral cancer, Tsai et al. *Medicine* 2020, Vol. 99

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7769301/> (9.7.2024.)

[28] H. J. Wittenaar, P. U. Dijkstra, A. Vissink i sur.: Malnutrition in patients treated for oral or oropharyngeal cancer—prevalence and relationship with oral symptoms: an explorative study, *Support Care Cancer* 2011, Vol. 19, str. 1675–1683

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166597/> (9.7.2024.)

[29] C. Doyle, L. H. Kushi, T. Byers i sur.: Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment: An American Cancer Society Guide for Informed Choices, *CA Cancer Journal for Clinicians* 2006, Vol. 56, str. 323-353

Dostupno na: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/nutrition_physical_activity.pdf (9.7.2024.)

[30] H. Y. Sroussi, J. B. Epstein, R. J. Bensadoun i sur.: Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis, *Cancer Medicine* 2017, Vol 6, str. 2918–2931

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727249/> (12.7.2024.)

[31] A. Balan, A. Sankar, T. Bose, S. Kumar: Radiation Induced Oral Mucositis, *Indian Journal of Palliative Care* 2009, Vol.15, str. 95-102

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902123/> (12.7.2024.)

[32] B. C. Jham, A. R. Sliva-Freire: Oral complications of radiotherapy in the head and neck, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2006, Vol. 72, str. 704-708

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9443542/> (12.7.2024.)

[33] P. Agarwal, H. R. Shiva-Kumar, K. K. Rai: Trismus in oral cancer patients undergoing surgery and radiotherapy, *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research* 2016, Vol. 6, str. 9-13

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5122869/> (12.7.2024.)

[34] I. Oлару, F.S. Oлару, G. Macovei i A. Bolos: Psychological aspects and the role of the multidisciplinary team in the diagnosis and treatment of oral cancer, *Romanian Journal of Oral Rehabilitation* 2023, Vol. 12, str 179-185

Dostupno na: <https://rjor.ro/wp-content/uploads/2023/04/PSYCHOSOCIAL-ASPECTS-AND-THE-ROLE-OF-THE-MULTIDISCIPLINARY-TEAM-IN-THE-DIAGNOSIS-AND-TREATMENT-OF-ORAL-CANCER-1.pdf> (15.7.2024.)

[35] I. M. Reyes, M. J. Arenilla, D. Alarcon i sur.: Psychological impact after treatment in patients with head and neck cancer, *Medicina Oral, Patologia Oral, Cirugia Bucal* 1, 2023, Vol 28, str. 467-473

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10499343/pdf/medoral-28-e467.pdf> (15.7.2024.)

[36] A. Koizumi, K. Omura, E. Matsushima i sur.: Changes in the psychological characteristics of oral cancer patients in the perioperative period: A quantitative evaluation, *Journal of Medical and Dental Sciences* 2009, Vol. 60, str. 41-53

Dostupno na:

https://www.researchgate.net/publication/255689384_Changes_in_the_psychological_characteristics_of_oral_cancer_patients_in_the_perioperative_period_A_quantitative_evaluation (15.7.2024.)

[37] Y. W. Chen, T. R. Lin, P. L. Kuo i sur.: Psychosocial Adjustment Changes and Related Factors in Postoperative Oral Cancer Patients: A Longitudinal Study, *Biomedicine* 2022, Vol. 10

Dostupno na: <https://www.mdpi.com/2227-9059/10/12/3231> (15.7.2024.)

[38] S. Kičić: Prikaz bolesnika s karcinomom usne šupljine u prijeoperacijskom razdoblju i nakon commando operacije, *Sestrinski glasnik* 2009, Vol. 1, str. 32-38

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/414976#page11> (15.7.2024.)

[39] D. Chiara: Importance of Social Health and Well Being in Health Care, *Health Care Curr Rev* 2023, Vol.11

Dostupno na: <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/importance-of-social-health-and-well-being-in-health-care.pdf> (16.7.2024.)

[40] Y. Zhang, C. Cui, Y. Wang i L. Wang: Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study, *BMC, Health and Quality of Life Outcomes* 2020, Vol. 18 (112)

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189579/> (16.7.2024.)

[41] L. Y. Kung, T. I. Li, C. H. Chung i sur.: Risk of depression in patients with oral cancer: a nationwide cohort study in Taiwan, *Scientific Reports* 2021, Vol. 11

Dostupno na: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-02996-4#Sec3> (16.7.2024.)

[42] V. Vučić, O. Mihaljević, M. Sekulić i sur.: Social support score in patients with malignant diseases—with sociodemographic and medical characteristics, *Frontiers in Psychology* 2023, Vol. 14

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10267316/> (16.7.2024.)

[43] C. M. Puchalski: Spirituality in the cancer trajectory, *Annals of Oncology* 2012, Vol 23 (3), str. 49-55

Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419388921> (17.7.2024.)

[44] Y. H. Lee: Spiritual Care for Cancer Patients, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2019, Vol. 6 (2), str. 101-103

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371666/> (17.7.2024.)

[45] <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/day-to-day/faith-and-spirituality/spirituality-hp-pdq> Dostupno: 12.12.2023. (17.7.2024.)

[46] S. Goswami, S. S. Gupta i A. Raut: Understanding the Psychosocial Impact of Oral Cancer on the Family Caregivers and Their Coping up Mechanism: A Qualitative Study in Rural Wardha, Central India, Indian Journal of Palliative Care 2019, Vol. 25, str. 421-427

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659527/> (18.7.2024.)

[47] K. E. Weaver, J. H. Rowland, C. M. Alfano i T. S. McNeel: Parental cancer and the family: A population-based estimate of the number of US cancer survivors residing with their minor children, NIH: Public Access, rujan 2019, Vol. 116, str. 4395-4401

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3164357/> (18.7.2024.)

[48] I. Diminić-Lisica, I. Rončević-Gržeta: Obitelj i kronična bolest, Medicina Fluminensis 2010, Vol. 46, broj 3, str. 300-308

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/89371> (18.7.2024.)

[49] A. Horvat: Uloga obitelji u onkološkoj bolesti, Završni rad, Sveučilište Sjever, 2018. Varaždin

Dostupno na: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A2058/datastream/PDF/view> (18.7.2024.)

[50] I. Čiča: Kvaliteta života osoba oboljelih od karcinoma, Završni rad, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, 2011, Osijek

Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffos%3A2956/datastream/PDF/view> (22.7.2024.)

[51] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.

Dostupno na: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/05/Sestrinske-dijagnoze-2.pdf> (25.7.2024.)

[52] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.

Dostupno na: https://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (25.7.2024.)

[53] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb, 2015.

Dostupno na: http://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf (25.7.2024.)

[54] B. Laurović: Pregledni članak – Proces zdravstvene njege pacijenta s traheostomom. Sestrinski glasnik, Vol. 18, 2013., str. 208-214

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/163815> (26.7.2024.)

Popis slika

Slika 1.1.1. Dijelovi usne šupljine.....3



IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, IVONA LEVAČIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA PACIJENTA S KARCINOMOM USNE ŠUPLINE U RAZDOBLJU NAKON OPERACIJE-PALIJATIVNE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Levačić

(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.