

Kvaliteta života, obitelji i bolesnika s traheostomom

Mati, Violeta

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:594802>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-30**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 733/SS/2016

Kvaliteta života obitelji i bolesnika s traheostomom

Student

Violeta Mati

Mentor

Marijana Neuberg, mag.med.techn.

Varaždin, 27.9. 2016. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 733/SS/2016

Kvaliteta života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji

Student

Violeta Mati

Mentor

Marijana Neuberg, mag.med.techn.

Varaždin, 27.9.2016 g.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRESTUPNIK	Violeta Matić	MATIČNI BROJ	0596/336
DATUM	11.07.2016.	KOLEGIJI	Zdravstvena njega odraslih II
NASLOV RADA	Kvaliteta života, obitelji i bolesnika s traheostomom		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Quality of life, family and patients with tracheotomy		
MENTOR	Marijana Neuberger, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Joško Pavan, predsjednik 2. Marijana Neuberger, mag.med.techn., mentor 3. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, član 4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član 5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	733/SS/2016
OPIS	<p>Traheotomija je kirurško otvaranje traheje na prednjoj strani vrata. Indikacije za traheotomiju su opstrukcija gornjih dišnih puteva, omogućavanje dobre njege dišnog puta, uklanjanje nakupljenog sekreta i osiguranje dugotrajne strojne ventilacije pluća. Kvaliteta života bolesnika i njegove obitelji uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca.</p> <p>Cilj ovog završnog rada je utvrditi i očuvati najbolju moguću kvalitetu života obitelji i bolesnika s traheostomom. Provesti anketno istraživanje na uzorku obitelji i bolesnika s traheostomom u prijeoperacijskoj intraoperativnoj i poslijepoperacijskoj zdravstvenoj njezi. Obraditi podatke i iz dobivenih rezultata izvesti zaključke koji mogu doprinijeti donošenju smjernica za kvalitetniji život obitelji i bolesnika s traheostomom te donošenje smjernica za poboljšanje kvalitete rada medicinskog osoblja i struke generalno.</p> <p>Osim teoretskih znanja naglasak je bio i na stjecanju praktičnih vještina koje će moći primijeniti u svom daljnjem svakodnevnom radu. Veliku pomoć pri tome je imalo moje dugogodišnje iskustvo rada kao medicinske sestre na odjelu otorinolaringologije i volontera palijativne skrbi koje je doprinijelo boljem opažanju, povezivanju činjenica u smislene cjeline i izvođenju kvalitetnijih zaključaka.</p>
ZADATKI UPOUČEN	19.07.2016.



Najveću zahvalu upućujem svojoj mentorici, Marijani Neuberg, mag.med.techn., na velikoj podršci tijekom studiranja te nesebičnoj stručnoj pomoći, savjetima i uloženom vremenu i trudu tijekom izrade ovog završnog rada.

Zahvaljujem svojoj djelatnosti otorinolaringologije, gdje živim i radim 18 godina, na velikoj podršci, razumijevanju i strpljenju. Svaki stisak ruke, zagrljaj i topla riječ olakšavala je put mog studiranja.

Najveća potpora i pomoć tijekom školovanja bila mi je moja obitelj – suprug Robert, sin Julio i kćer Nives. Hvala im za trenutke moje odsutnosti, razumijevanje i strpljivost. Također, zahvaljujem dragim prijateljima a posebice vlč. Kruni Pačalatu koji su mi pružali ruku ohrabrenja, plakali i veselili se sa mnom.

Zahvala svim profesorima, mentorima, kolegama i kolegicama na suradnji i druženju tijekom ovih nekoliko godina.

Ovaj rad posvećujem svojim bolesnicima s traheostomom i njihovim obiteljima, neizlječivim, umirućim palijativnim bolesnicima. Gledajući ta uplašena i nesigurna bića svjedočim njihovim strahovima i vidim koliko im potpora znači, daje im snagu u borbi za život i osjećaj da nisu sami i izgubljeni u bolesti koja ih je zatekla.

Svakodnevno se trudim olakšavati tegobe, boli i patnje uzrokovane traheostomom te im osim stručnog znanja i podrške iskazujem poštovanje i ljubav.

Veliko hvala g. L.P. i njegovoj obitelji na velikodušnosti te povjerenju za mogućnost prikaza životne borbe s neizlječivom bolesti te kvaliteti života s traheostomom.

Sažetak:

Tema rada je opisati kako očuvati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji. Rad nastoji prikazati širinu sestrinskog pristupa u prepoznavanju i rješavanju problema iz područja procesa sestrinske skrbi kod bolesnika s traheostomom. U uvodnom dijelu prikazani su anatomija i fiziologija traheje, dijagnostičke pretrage, znakovi respiratorne insuficijencije i vrste operativnih zahvata. Rad se nastavlja sa ulogom medicinske sestre i posebnostima zdravstvene njege kroz perioperacijsko i postoperacijsko razdoblje. U radu je istaknuta i važnost kvalitetne fizičke i psihološke perioperacijske pripreme koja uvelike utječe na postoperacijsku prilagodbu i očekivanja bolesnika. Na taj način uklanjaju se osjećaji tjeskobe i straha koji su često uzrokovani neupućenošću, netočnim informacijama i utjecajem različitih predrasuda. Navedene su i važnosti samostalnosti i edukacije bolesnika u aktivnostima samozbrinjavanja kao bitnog čimbenika za prihvaćanje samog sebe te ponovnu socijalizaciju bolesnika. U radu je također obrađena i uključenost bolesnikove obitelji u zdravstvenu njegu koja je od neprocjenjive važnosti za bolesnikov oporavak, poboljšanje smanjenog samopouzdanje i osjećaja nedostatka kontrole te daljnjeg povećanja subjektivne kvalitete života. Prikazan je slučaj kvalitete života obitelji i bolesnika s traheostomom. Mjerni instrument je „WHOQOL BREF“ upitnik Svjetske zdravstvene organizacije koji je primijenjen na g. L.P. i njegovoj supruzi te jedanaest obrazaca zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon. Bolesnici s traheostomom i njihove obitelji često su suočeni s ekonomskim problemima kao što su smanjenje radnih mogućnosti, rad u pasivnoj poziciji, napuštanje posla i prisilno umirovljenje. Traheotomija zbog svega navedenog često dovodi do značajnih mentalnih i emocionalnih poteškoća kao što su anksioznost i depresivnost, te snižene pozitivne percepcije vlastite slike tijela. To utječe na smanjenu brigu o sebi, lošijim interpersonalnim odnosima i općenito smanjenom osjećaju blagostanja, odnosno lošijom kvalitetom života. Medicinske sestre su prve u doticaju sa oboljelima i one imaju značajnu ulogu u poboljšanju kvalitete života bolesnika s traheostomom. Svojim znanjem, profesionalnošću, iskustvom i vještinama mogu pomoći u promicanju kvalitetnijeg života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji. Pridržavanjem profesionalnih standarda, stručnim unapređenjem, izobrazbom, upravljanjem kvalitetom i financijskim planiranjem kvalitete i sigurnosti liječenja i pružanja usluga može se unaprijediti, ali postići i zadovoljstvo zaposlenika i bolesnika. Osim toga, društveni odnosi bolesnika s traheostomom je područje u kojem treba aktivnije djelovati. Češćim informiranjem javnosti, održavanjem tribina, edukacijama stanovništva mogu se smanjiti predrasude i povećati prihvaćenost oboljelih u društvu što im je bitno za poboljšanje samopercepcije u/s promijenjenim izgledom i načinom komunikacije te unapređenjem kvalitete života bolesnika i obitelji s traheostomom.

Ključne riječi: traheotomija, medicinska sestra, kvaliteteta života, bolesnik, obitelj

Sadržaj:

1. UVOD	1
2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DIŠNIH PUTOVA S NAGLASKOM NA TRAHEJU	4
2.1. Dišni putovi	4
2.2. Traheja.....	4
2.2.1. Anatomija traheje	4
2.2.2. Fiziologija traheje.....	5
3. OPSTRUKCIJA DONJIH DIŠNIH PUTOVA I TRAHEOTOMIJA KAO METODA LIJEČENJA	6
3.1. Klinička slika opstrukcije dišnih putova	6
3.2. Indikacije za otvaranje dišnog puta.....	7
3.3. Dijagnostika i uloga medicinske sestre u dijagnostičkim postupcima	7
3.3.1. Dijagnostičke pretrage u traheobronhologiji.....	8
3.3.2. Uloga medicinske sestre u traheobronhologiji.....	8
3.4. Traheotomija kao oblik liječenja	8
3.4.1. Povijesni razvoj traheotomije	9
3.4.2. Vrste operativnog zahvata	10
3.4.3. Vrste traheostome.....	11
3.4.4. Vrste kanila.....	12
3.5. Komplikacije traheotomije	13
4. PERIOPERACIJSKA I POSTOPERACIJSKA SESTRINSKA SKRB BOLESNIKA S TRAHEOSTOMOM	14
4.1. Perioperacijska sestrinska skrb bolesnika s traheostomom	14
4.1.1. Prikupljanje podataka	14
4.1.2. Preoperativna priprema bolesnika.....	16
4.2. Postoperacijska zdravstvena njega bolesnika s traheostomom	16
4.2.1. Njega traheostome	17
4.2.2. Zdravstveni odgoj bolesnika s traheostomom.....	18
5. KVALITETA ŽIVOTA	19
5.1. Definiranje kvalitete života.....	19
5.2. Kvaliteta života i zdravlje	20
5.3. Kvaliteta života bolesnika s traheostomom.....	21
5.4. Odrednice kvalitete života kod bolesnika s malignom bolesti	22
5.5. Kvaliteta života bolesnika oboljelih od neizlječive bolesti	23
6. PRIKAZ SLUČAJA KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA S TRAHEOSTOMOM I NJEGOVE OBITELJI	24
7. SESTRINSKE DIJAGNOZE	27

8. RASPRAVA	31
9. ZAKLJUČAK	32
10. LITERATURA	33
11. PRILOZI	35

1. Uvod

Kada spomenemo riječ „kvaliteta života“ podrazumijevamo život u kojem želimo biti prvenstveno zdravi, zadovoljni i sretni, da smo u mogućnosti samostalno zadovoljiti osnovne ljudske potrebe, da se brinemo o sebi, a i o svojoj obitelji. Zdravlje se obično definira kao odsustvo bolesti, no takva definicija nije dovoljno sveobuhvatna. Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti. Ova definicija zdravlja priznaje složenu interakciju između tjelesnih, psiholoških i socijalnih iskustava, te sugerira, umjesto jednostavne eliminacije bolesti, pozitivan pristup unapređenju dobrobiti i kvalitete življenja. Svaki čovjek želi živjeti zdravo, sretno i bezbrižno u životu koji teče nezaustavljivo od rođenja do smrti.

Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose Felce i Perry definirajući kvalitetu života kao sveukupno opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatramo kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca. [1] Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao pojedinačevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu. [2]

Problem nastaje kada nastupi bolest, pogotovo teška i neizlječiva, kada je smrt neizbježna. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje, nego su prisutni i posredni učinci kao što su to promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl. Sve to najčešće dovodi i do promjena u fizičkom, psihičkom, duhovnom i socijalnom stanju pojedinca i njegove obitelji.

Značajan broj pacijenata prolazi kroz proces traheotomiranja zbog nemalignih laringotrahealnih patologija, ali i u ozbiljnijim situacijama kada je traheotomija potrebna kako bi im se omogućilo preživljavanje. Traheotomija je kirurški postupak kojim se pravi otvor (traheostoma) na prednjoj stjenci vratnoga dijela dušnika. Izvodi se u projekciji drugoga ili trećega trahealnoga hrskavičnoga prstena i drži se otvoren umetanjem trahealne kanile. Indikacije za traheotomiju dijele se na mehanički čimbenici ventilacije: fiksirane opstrukcije gornjih dišnih putova, sekretorna opstrukcija donjih dišnih putova i mehanički čimbenici ventilacije. Stvara se novi ulaz zraka u donje dišne putove i bolesniku se omogućuje disanje, a gornji se dišni putovi isključuju iz respiracije. Traheotomijom se zaobilazi mjesto poremećaja disanja, sprječava se aspiracija, omogućuje čišćenje donjih dišnih putova od sekreta, smanjuje se anatomske mrtvi prostor, kreira se mjesto za provođenje endotrahealne anestezije. Traheostoma može biti privremena i trajna.

Zbog same prirode operacije, kod pacijenta dolazi do poteškoća u funkcijama kao što su respiracija, hranjenje i govor. Traheotomija zbog svega navedenog često dovodi do značajnih mentalnih i emocionalnih poteškoća kao što su anksioznost i depresivnost, te snižene pozitivne percepcije vlastite slike tijela. Pacijentima su suočeni s ekonomskim problemima kao što su smanjenje radnih mogućnosti, rad u pasivnoj poziciji, napuštanje posla

i prisilno umirovljenje. To utječe na smanjenu brigu o sebi, lošijim interpersonalnim odnosima i općenito smanjenom osjećaju blagostanja, odnosno lošijom kvalitetom života.

Uloga medicinske sestre u njezi bolesnika s traheostomom je vrlo je važna u svim fazama skrbi za bolesnika. U perioperacijskoj fazi važno je da bolesnik uz kvalitetnu fizičku i psihičku pripremu shvati da u novonastaloj situaciji neće biti sam. U poslijeoperacijskoj fazi ga educiramo kako će živjeti s traheostomom i planiramo najbolju moguću kvalitetu života. Traheostoma sa sobom donosi nužne promjene u načinu života, od održavanja osobne higijene i higijene traheostome, preko prehrane do brige o kakvoći zraka u prostoriji u kojoj bolesnik boravi.

Sve važne informacije o promjeni načina života pacijent dobije od medicinske sestre još za boravka u bolnici. Intervencije medicinske sestre u podizanju kvalitete života bolesnika s traheostomom usmjerene su na toaletu traheostome, otežano disanje, kontrolu boli i drugih simptoma kao što su nesаница, gubitak apetita, procjena nutritivnoga statusa, gubitak tjelesne težine i prevencije dugotrajnog ležanja.

Privikavanje na život s traheostomom bolesniku je izniman izazov. Osim što mora mijenjati dosadašnje životne navike i prilagođavati se na nove, često mu je potrebna i stručna pomoć pri suočavanju s emocionalnim i praktičnim aspektima bolesti. Zbog toga je rehabilitacija, u koju je uključen cijeli medicinski tim (otorinolaringolog, medicinska sestra, fonijatar, logoped, socijalni radnik, palijativni tim), važan dio plana liječenja koji pomaže bržem povratku bolesnika njegovim svakodnevnim aktivnostima. Podrška medicinskog tima, kao i međusobna podrška samih bolesnika i njihove obitelji, svakako može pomoći podizanju razine kvalitete života. Emocionalna i duhovna potpora bolesniku, kao i poticaj na određenu aktivnost, podižu kvalitetu života bolesnika i obitelji. Medicinska sestra mora mijenjati svijest ljudi, osvijestiti obitelj da omogući bolesniku kvalitetnu njegu u kući, vjeru u čovjeka i vrijednosti koje su se izgubile. Kroz svoje stavove, znanja i kompetencije medicinska je sestra vrlo važan član tima u zdravstvenoj njezi bolesnika s traheostomom te ruka pomoći i ohrabrenja obitelji.

Komunikacija je važna u zdravstvenoj njezi, a obuhvaća komunikaciju s bolesnikom, njegovom obitelji, unutar članova tima te komunikaciju sa stručnom i širom javnošću. Razgovor sa teško oboljelim traheotomiranim bolesnikom i članovima obitelji vrlo je težak i zahtjevan posao te često predstavlja veliko emocionalno opterećenje za članove tima zbog toga što nemaju dovoljno znanja i komunikacijskih vještina ili žele izbjeći sukob. Kako bi poboljšali komunikaciju s traheotomiranim bolesnikom, potrebno je iskazivati svoje pozitivne emocije, izgrađivati pozitivan stav prema bolesniku, koristiti strategije ohrabrivanja, jasno i razgovijetno govoriti, poštivati potrebu bolesnika za šutnjom, aktivno ga slušati i prihvaćati. Kritiziranje, okrivljavanje, žaljenje, prigovaranje i kažnjavanje potrebno je izbjegavati. S bolesnikom treba razgovarati uvijek kada on ima potrebu za razgovorom. Ponekad je potrebno bolesnika potaknuti na razgovor, pogotovo kada se izbjegava suočiti sa svojom bolešću i novonastalom situacijom.

Prilikom razgovora potrebno je pokazati bolesniku da imamo dovoljno vremena za njega, posvetiti mu svu pozornost i gledati ga dok on govori.

Bolesnik s traheostomom često ima smanjenu potrebu za razgovorom jer ga to iscrpljuje. Dovoljan je stisak ruke, topli dodir nježnosti da osjeti prisutnost i brigu za njega te osjećaj da nije napušten. Ukoliko se koristi pravilna komunikacija poput riječi, gesta, mimike, pogleda, osmjeha i dodira, može se bolesnika uvelike osloboditi straha i patnje.

U komunikaciju je potrebno uključivati obitelj jer oni zajedno prolaze kroz bolest. Često zaboravljamo na obitelj i njihove potrebe a sva usmjerenost je na pacijenta. Svaki član obitelji drugačije se suočava s bolešću, ovisno o svojoj ulozi u obitelji. Važno je razgovarati s obitelji i dati im priliku da verbaliziraju svoje strahove i brige. Omogućiti im pismene upute i demonstrirati postupak oko njege traheostome te dozvoliti da postave pitanje. Ponekad je važna pohvala i priznanje da su dobro obavili posao, da kvalitetno provode njegu te pružaju socijalnu podršku što članove obitelji ohrabruje i daje im snagu.

Edukacija i zdravstveni odgoj je dugotrajni proces koji predstavlja aktivni proces s temeljnim ciljem: poticanje i stvaranje značajnih promjena u stavovima i/ili ponašanju bolesnika. Dobro educiran pacijent koji je usvojio vještine potrebne za samozbrinjavanje, samostalnu primjenu lijekova, kontrolu boli, uporabu pomagala stiče ponovno kontrolu nad vlastitim životom i osjećaj kvalitete života raste. Uloga medicinske sestre je od iznimnog značenja u podizanju kvalitete života bolesnika i obitelji s traheostomom. Profesionalnim pristupom, visokom obrazovanošću, empatičnošću i gradnjom povjerenja život bolesnika s traheostomom može učiniti kvalitetnijim, dostojanstvenijim sa što manje strahova i komplikacija.

2. Anatomija i fiziologija dišnih putova s naglaskom na traheju

2.1. Dišni putovi

Dišni sustav dijeli se na gornje i donje dišne putove. U gornje dišne putove spada: nos, ždrijelo i grkljan. Glavne funkcije gornjih dišnih putova su: zagrijavanje, vlaženje, čišćenje i dezinfekcija zraka. U donje dišne putove spada dušnik, dušnica i dva plućna krila s poplućnicom. Glavne funkcije donjih dišnih putova su u prvom redu donos kisika u pluća, prijenos kisika u krv i izbacivanje otpadne tvari, ugljikova dioksida.

2.2. Traheja

Traheja je elastična cijev koja spaja farinks i larinks s plućima i time omogućuje protok zraka.

2.2.1. Anatomija traheje

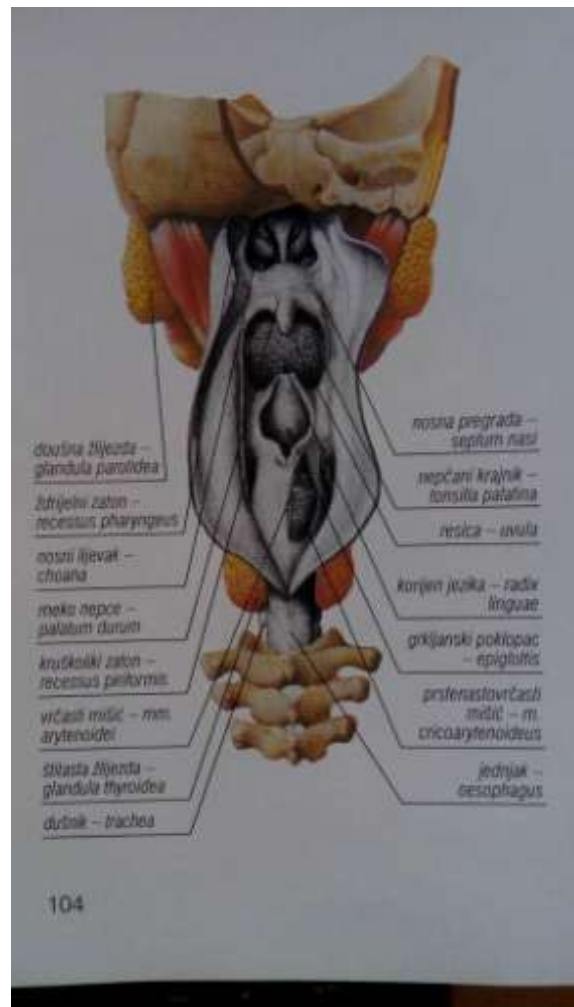
Traheja se sastoji od hrskavičnih prstenova koji su na zadnjem kraju otvoreni i spojeni membranom prožetom mišićnim vlaknima. Pomoću ovih vlakana, traheja se može širiti i sužavati. Između prstenova nalazi se vezivno tkivo koje omogućava produženje ili skraćenje traheje. Na ovaj način traheja se može produžiti i do 4 cm. [3] Traheja se pruža od visine VI vratnog kralješka kao nastavak larinksa pa sve do IV torakalnog kralješka. Tu dolazi do bifurkacije, odnosno dijeljenja traheje na dva glavna bronha (bronhus principalis dekster i sinister). Dužina traheje odraslih iznosi 10 do 12 cm, kod djece 7 cm, a kod dojenčadi oko 4 cm. Traheja je šira od larinksa. Anteroposteriorni dijametar traheje odraslih je 1.5 cm, a u lateralnim smjerovima oko 2 cm. Njen lumen je uvijek otvoren. U cervikalnom dijelu traheja je nešto uža zbog kompresije od strane štitne žlijezde. U torakalnom dijelu, ispred bifurkacije, blago je komprimira arkus aorte s lijeve strane, a arterija anomina s desne. Sluznica traheje prekrivena je cilindričnim plosnatim epitelom s mnogobrojnim mukoznim stanicama.

2.2.2. Fiziologija traheje

Traheja ima važnu zaštitnu, respiracijsku i fonacijsku funkciju. U traheji se nastavlja vlaženje i zagrijavanje zraka započetog u nosu. Zahvaljujući velikom broju tusigenih zona, traheobronhijalno stablo se kašljem brani od stranih štetnih tvari. Trepaljke respiratornog epitela svojim pokretima prema larinksu izbacuju strane korpuskule i sluz.

Održavajući lumen stalno otvorenim, traheja omogućava nesmetan prolaz zraka za disanje. Pri inspirijumu se traheja produžuje i proširuje primajući više zraka. Pri ekspirijumu se skraćuje i smanjuje lumen. Na ovaj način smanjuje se „mrtav prostor“ zračnog stupa.

Traheja zajedno s plućima priprema stup zraka koji izaziva treperenje glasnica, a ima i bitnu ulogu rezonatora pri fonaciji. [3] Sve navedeno prikazuje slika 2.2.2.1.



Slika 2.2.2.1. Prikaz anatomije traheje

izvor: P. Keros, D. Chudy: Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.

3. Opstrukcija donjih dišnih putova i traheotomija kao metoda liječenja

Opstrukcija donjih dišnih putova uzrokuje respiratornu insuficijenciju. Može se pojaviti u ždrijelu, grkljanu i traheji. [4]

3.1. Klinička slika opstrukcije donjih dišnih putova

Klinička slika se očituje s četiri osnovna znaka:

- 1) Stridor
- 2) Cijanotična koža
- 3) Grčenje mimične muskulature lica i
- 4) Uvlačenje kože u međurebranim prostorima i u natključnim jamama

Bolesnik je uplašen, nemiran, orošen znojem, zauzima sjedeći položaj, dispnoičan, tahikardan i hipotoničan. Zbog manjka kisika počinje gubiti svijesti te je potrebna hitna intervencija:

- 1) Postavljanje orofaringealnog tubusa
- 2) Intubiranje
- 3) Konikotomija
- 4) Traheotomija

Ukoliko se ne provede jedna od navedenih intervencija prestanak disanja u trajanju od 5-8 minuta izaziva u središnjem živčanom sustavu ireverzibilne promjene koje su inkompatibilne s daljnjim životom. Gašenjem životnih funkcija postupno prestaju i simptomi gušenja, a razvija se cijanoza. Ako se ni u tom periodu ne provede otvaranje dišnih putova nastupa smrt.

3.2. Indikacije za otvaranje dišnog puta

Indikacije za otvaranje dišnog puta dijele se na:

- 1) respiratorna insuficijencija, npr. pri malignom tumoru ili oteklini sluznice u ždrijelu, grkljanu ili traheji, kod tumora koji izvana pritiskom sužavaju dišni put, kod obostrane paralize glasnica, kod stranih tijela koje se ne mogu odmah ukloniti, ozljede koje blokiraju usnu šupljinu, ždrijelo ili grkljan.
- 2) bolesti koje prijete inondacijom donjih dišnih putova sekretom, slinom, krvlju ili povraćenim sadržajem u osoba s oslabljenim refleksom kašlja. To su npr. Sva komatozna

stanja, teške cerebrokranijalne ozljede, neke infektivne ozljede) tetanus, botulizam, poliomijelitis), akutni traheobronhitis u djece, ozljede prsnog koša i neke operacije grkljana. [4]

3.3. Dijagnostika i uloga medicinske sestre u dijagnostičkim postupcima

3.3.1. Dijagnostičke pretrage u traheobronhologiji

Traheobronhologija se bavi dišnim cijevima koje povezuje grkljan s plućima. Glavne su pretrage endoskopske i radiološke. U endoskopske pretrage spadaju traheoskopija i bronhoskopija. Za te se pretrage upotrebljavaju bronhoskopi. To su metalne ili fleksibilne cijevi, opskrbljeni jakim izvorom svjetlosti, a različitih promjera od 4 mm za djecu do 9 mm za odrasle. [5] Dijagnostički, fleksibilna fiberbronhoskopija omogućava direktnu vizualizaciju dišnih putova i pregled svih ušća do 7. generacije grananja bronha, uzorkovanje sekreta i stanica, tj. uzimanje bronhoaspirata, četkicu i lavažu, te endobronhalnu biopsiju, biopsiju parenhima i medijastinalnih struktura. U terapijske svrhe služi za aspiraciju obilnog i gustog ili žilavog sekreta.

Apsolutne kontraindikacije su tvrdokorna aritmija koja ugrožava život, neodgovarajuća oksigenacija bolesnika tijekom bronhoskopije, te akutna respiratorna insuficijencija sa hiperkapnijom (osim ako je bolesnik endotrahealno intubiran i ventiliran).

Relativne kontraindikacije su nesuradljivost bolesnika, svježi infarkt miokarda, jaka opstrukcija traheje i nekorigirana koagulopatija.

Bronhoskopiju izvodi samo pulmolog ili obučeni kirurg u kontroliranim uvjetima, obično u operacijskoj dvorani ili u jedinici intenzivnog liječenja (za bolesnike na respiratoru) uz potpisani obavještajni pristanak bolesnika. U radiološke pretrage spada kompjuterizirana tomografija s bronhografijom radi boljeg prikazivanja traheobronhalnog stabla. U dišne puteve raspršuje se kontrastno sredstvo.

3.3.2. Uloga medicinske sestre u traheobronhologiji

Uloga medicinske sestre u traheobronhologiji uključuje psihičku i fizičku pripremu bolesnika za pretrage. Psihičkom pripremom bolesnika nastoji se smanjiti strah, tjeskoba i zabrinutost, pomoći mu izgraditi povjerenje objašnjavanjem postupka pretrage na bolesniku razumljiv način. Fizička priprema uključuje pripremu bolesnika i potrebnog pribora za pretragu. Bolesnik ne smije ništa uzimati na usta barem 4 h prije bronhoskopije. Osigurava se venski put ("braunila"), intermitentno se kontrolira krvni tlak, stalno se vrši pulsna oksimetrija i prati rad srca. Kisik mora biti na raspolaganju. Prije samog postupka bolesniku se ispunjava obavještajni pristanak i prema odluci liječnika dobiva premedikaciju.

Od pribora je potrebno imati sterilne gaze, antiseptička sredstva, pribor za lokalnu anesteziju, hvataljku za biopsiju ili vađenje stranog tijela, aparat za kisik i aspirator, komprese, bubrežnjak, aspiracijski kateter, sterilnu bočicu za aspirat, bočicu s formalinom, dezinfekcijsko sredstvo, sterilne rukavice, bubrežnjak, svjetlosni izvor i bronhoskop. Bolesnici se obavezno opserviraju 2 do 4 h nakon postupka.

3.4. Traheotomija kao oblik liječenja

Traheotomija je kirurško otvaranje traheje na prednjoj strani vrata. Traheotomija može biti hitan ili elektivan kirurški zahvat. Vrste operativnog zahvata su: klasična i perkutana traheotomija te u hitnim stanjima konikotomija.

3.4.1. Povijesni razvoj traheotomije

Traheotomija je 3600. godine prije Krista naslikana na egipatskim papirusima. To je toliko tipičan i karakterističan kirurški zahvat da ga je lako naći u djelima antičkih pisaca. Tako je Asklepijad iz Bitinije u I. stoljeću prije Krista poznao otvaranje traheje i nekoliko je ljudi spasio od ugušenja. Antilo, u II. stoljeću najpoznatiji kirurg, točno je opisao tehniku traheotomije i zahtijevao da se operativni rez čini u medijalnoj liniji i u visini drugog ili trećeg hrskavičnog prstena traheje, ali nikako u hrskavici traheje, već u interkartilaginoznoj membrani. Otada, punih trinaest stoljeća, nema novih zapisa. Girolamo Fabrizio ab Acquapendente (1533.-1619. Godina), Falloppijev učenik i nasljednik, mijenja dotadašnju operacijsku tehniku traheotomije. Odbacuje Antilov poprečni rez jer nije u cijelosti prilagođen anatomskim odnosima organa u vratu. Preporučuje da se traheja otvara točno ispod trećega trahealnoga prstena i rez pravi u hrskavici. On je prvi u traheju nakon njezina otvaranja umetao kanilu. Lorenz Heister (1683.-1758.godina) izvodi traheotomiju uzdužnim vertikalnim rezom kroz jedan, dva ili više trahealnih prstenova, a Martin 1730. godine uvodi dvostruku kanilu, tj. kanilu s uloženom cijevi, koja se može izvaditi i očistiti, bez vađenja vanjske cijevi. Chevalier Jackson 1921. godine opisao je modernu traheotomiju, indikacije i komplikacije.[6]

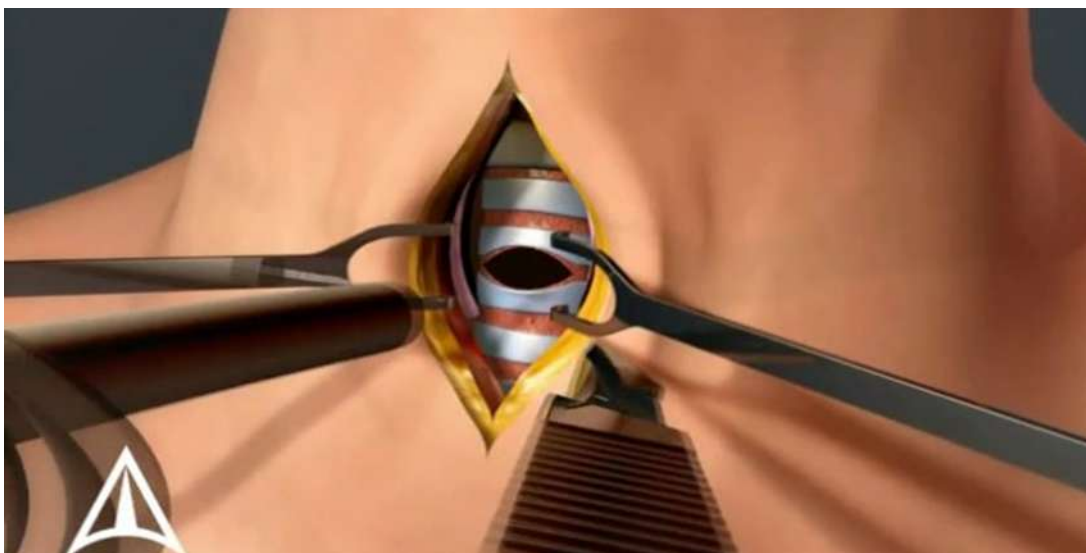
3.4.2. Vrste operativnog zahvata

Traheotomija može biti hitan ili elektivan kirurški zahvat.

1) Konikotomija ili krikotiroidotomija jedan je od najhitnijih postupaka u kirurškim granama. To je kirurško otvaranje larinksa na prednjoj strani kroz membranu između donjeg ruba štitne i gornjeg ruba prstenaste hrskavice, tzv. *ligamentum conicum*. Rez se radi poprečno i nakon otvaranja grkljana uvede se u njegov lumen prema dolje, neki cjevasti predmet. Ova je operacija vrlo jednostavna i lako izvodiva bez pravih kirurških instrumenata a omogućuje prvi ,spasonosni udah. Važno je napomenuti kako konikotomija nije trajan postupak. Poslije učinjene konikotomije, a kada se stanje bolesnika stabilizira, potrebno je u najbližoj medicinskoj ustanovi učiniti traheotomiju kao sigurnu i konačnu mjeru uspostave dišnog puta

2) Traheotomija je kirurško otvaranje traheje na prednjoj strani vrata. Izvodi se u projekciji drugoga ili trećega trahealnoga hrskavičnoga prstena i drži se otvoren umetanjem trahealne kanile. Traheotomija se izvodi u lokalnoj ili lokalnoj potenciranoj anesteziji, infiltracijskoj anesteziji, ili, ako je bolesnik prethodno intubiran, u općoj endotrahealnoj anesteziji. Položaj je bolesnika za traheotomiju ležeći, s podloškom ispod ramena kako bi se ekstendirao vrat i time traheja približila koži. Tako se otvara novi ulaz zraka u donje dišne putove i bolesniku se omogućuje disanje, a gornji se dišni putovi isključuju iz respiracije. Traheotomijom se zaobilazi mjesto poremećaja disanja, sprječava se aspiracija, omogućuje čišćenje donjih dišnih putova od sekreta, smanjuje se anatomske mrtvi prostor, kreira se mjesto za provođenje endotrahealne anestezije, omogućuje se jednostavna upotreba respiratora. [6]. Traheotomija se u djece radi uvijek u endotrahealnoj anesteziji. Specifičnosti djece u odnosu na odrasle osobe su, larinks je položen više nego u odraslih, tirodna hrskavica dobije svoju veličinu tek u pubertetu, prisutna je nestabilnost glave za vrijeme operacije, a u dojenčadi i masno pretrahealno tkivo.

3) Perkutana dilatacijska traheotomija (PDT) je elektivni kirurški zahvat otvaranja dišnog puta u JIL-u kod pacijenata koji zahtjevaju dugotrajnu mehaničku ventilaciju. Osnovni princip izvođenja PDT-a uključuje punkciju dušnika i uvođenje žice vodilice u dušnik, preko koje se dilatiraju predležće meke česti dušnika i stvara traheostoma. Klinički široko prihvaćena metoda osiguravanja dišnog puta u JIL-u. Cijeli postupak, od pripreme bolesnika do uvođenja kanile, vrlo je brz, a provodi se u potpunosti uz krevet bolesnika u JIL-u, tako da bolesnike nije potrebno prebacivati u operacijsku salu, što je u životno ugroženih bolesnika velika prednost. Pravilna selekcija bolesnika prema opće prihvaćenim indikacijama i anatomske markacijama, uz stalno praćenje postupka bronhoskopom ili ultrazvukom, osigurava njegovo sigurno izvođenje. Moguće komplikacije se pojaviti komplikacije, kao što su krvarenje, subkutani emfizem, pneumotoraks, hipoksija, paratrahealni plasman kanile, prijelom hrskavice dušnika, lezija stražnje stijenke dušnika, problemi s promjenom kanile, ispadanje kanile te infekcija mekih česti oko stome s razvojem lokalne upale. Perkutanom traheotomiji troškovi zahvata znatno su sniženi jer se ne upotrebljava operacijska sala. [7]



Slika 3.4.2.1. Prikaz traheotomije

izvor: <http://www.health-ua.org/img/video/preview/969.jpg>

3.4.3. Vrste traheostome

Traheostoma je otvor na prednjoj stjenici vrata, čijem formiranju prethodi kirurški zahvat otvaranja traheje (traheotomija). Traheostoma može biti privremena i trajna.

- 1) Privremena traheostoma – kao priprema za opsežne operacijske zahvate u predjelu glave i vrata; spontano se zatvara u poslijeoperacijskom oporavku. U privremene traheostome otvor održava samo u nju postavljena kanila. Kada se kanila ukloni, dolazi do sužavanja traheostome i u najvećem broju slučajeva spontanoga zatvaranja ožiljnim tkivom.
- 2) Trajna traheostoma – u malignih oboljenja na larinksu ostaje trajni otvor kao dišni put. U slučaju trajne traheostome potrebno je osigurati bržu i bolju epitelizaciju rubova traheostome i tako olakšati njegu stome i promjenu kanile. To se postiže otvaranjem dušnika u obliku obrnutog slova “U”, pri čemu se dobiveni režanj i rubovi dušnika šavovima učvršćuju za rubove kože. Ukoliko postoji indikacija za dekaniliranje, traheostoma se formira kao urez u traheji koji može nakon dekaniliranja brzo spontano zacijeliti. Ako postoji indikacija o trajnoj potrebi za traheostomom (npr. poslije laringektomije), trahealna se hrskavica ušiva za kožu i cirkularnim šavovima osigurava zacjeljivanje spoja trahealne sluznice i kože. Postupak izmjene kanile jednostavniji je i sigurniji pri trajnoj traheostomi, premda je i u privremenim traheostomama nakon 7-10 dana otvor traheostome najčešće dobro formiran i prohodan bez dodatnih intervencija. Kanila se po potrebi učvršćuje šavovima za kožu vrata. Kod prolongirane traheostome kanila se učvršćuje mekom trakom oko vrata koja ne smije biti suviše zategnuta zbog mogućnosti kompromitacije cirkulacije, ali ni previše labava jer kanila pri kašljanju može izletjeti iz traheje. [6, 7]

3.4.4. Vrste kanila

Kanila je metalna ili plastična cijev koja se umeće u traheju kroz otvor traheotomije. Postoje različite vrste kanila. Razlikuju se prema namjeni, izgledu i obliku, ali i po materijalu od kojih su načinjene. Veličina i oblik kanile razlikuju se prema veličini trahealnoga otvora i potrebama pojedinoga bolesnika, a o veličini implantirane kanile odlučuje liječnik za vrijeme kirurškoga zahvata (ovisno o promjeru dušnika). Kanile su standardnih širina: 0 – 12 (ili kanile za djecu do odrasle osobe). Kanila se sastoji od tri dijela, i to: vanjska cijev, unutrašnja cijev te pločica s rupicama na kojoj se nalazi „bravica“ koja onemogućuje ispadanje unutrašnje cijevi (kroz rupice na pločici provuče se traka i radi fiksacije kanile veže oko vrata). Unutrašnja kanila ima nešto manji promjer. Premda bi bolesnik lakše disao bez unutrašnje cijevi, koja smanjuje lumen kanile, dvostruka je cijev praktičnija za provođenje zdravstvene njege jer omogućuje dobro čišćenje kanile bez vađenja iz traheje – izvadi se samo unutrašnja cijev, dok vanjska cijev ostaje u traheji. Za dugotrajnu uporabu bolja je metalna kanila jer je trajnija, lakše se čisti i sterilizira. Plastična kanila u uporabi je kada je indicirana radioterapija za područje tijela koje uključuje i traheostomu, jer prisutnost metala u tretiranom prostoru može rezultirati nastankom nekroze kože. Nadalje, plastična kanila lakše prianja uz traheju, ugodnija je za bolesnika. Propisuju se na doznaku, imaju govorni nastavak i sve se češće upotrebljavaju. Dvije su vrste plastičnih kanila, i to:

- 1) Biesalski, Portex – ima uložak koji se može čistiti, ima govorni nastavak, nema „cuff“ (balon koji se puni zrakom i posve zatvara dušnik)
- 2) Rusch, Schelly – nema uložak, ima „cuff“, potrebno je mijenjanje svaki dan (ukapavanje 0,9% natrij-klorida), mogućnost pripajanja na respirator.

Govorne kanile su one koje se pri izdisaju zatvore preklapanjem metalne ili plastične pločice, tako da zrak mimo kanile stiže u grkljan pa bolesnik može govoriti bez zatvaranja kanile prstom.[6]



Slika 3.4.4.1. Prikaz vrsta kanila

izvor: <http://www.larynx-hr.org/userfiles/image/traheotomija/traheotomija-02.jpg>

3.5. Komplikacije traheotomije

Komplikacije traheotomije dijele se na intraoperacijske i poslijeoperacijske.

Intraoperacijske komplikacije su:

- 1) Krvarenje je najčešća komplikacija a nastaje neposredno nakon operativnoga zahvata, a obično je posljedica loše hemostaze. Kasna su krvarenja rijetka, a posljedica su erozije krvnih žila vrata zbog loše postavljene kanile ili nezadovoljavajuće kirurške tehnike.
- 2) Potkožni emfizem nastaje prodiranjem zraka u potkožje vrata kroz ranu traheostome. Medijastalni emfizem nastaje prodorom zraka u medijastinum kroz kirurški ispreparirano područje oko dušnika. Razlog nastanka emfizema su kašalj i napinjanje. Potkožni emfizem može se proširiti i na lice, osobito na vjeđe.
- 3) Pneumotoraks najčešće nastaje u djece, i to zbog visoko položenih kupola pleure. Može nastati i od medijastinalnog emfizema kad pritisak zraka u medijastinumu dovodi do pucanja pleure u području hilusa kanile. Ako je trahealna kanila preduga ili preduboko postavljena, može svojim vrhom ući u glavni bronh. To izaziva otežano disanje, a ako je stanje protrahirano, može nastati atelektaza isključenog plućnog krila. [6]

U postoperativnom toku najčešće su ove komplikacije:

- 1) Infekcija kao posljedica nestručne manipulacije pri aspiraciji sekreta kroz kanilu
- 2) Erozijska trahealne sluznice s krvarenjem zbog pritiska i pomicanja kanile.
- 3) Nekroza hrskavice zbog pritiska kanile.
- 4) Ozljeda tkiva pri pokušaju ponovnog uvođenja kanile, ako je ispala.

U stvari ovakve komplikacije nastaju u krajnjoj liniji kao rezultat nedovoljne kontrole, pažnje i brige za pacijenta u postoperativnom toku. Zato se pacijenta mora redovito nadzirati i sve što se radi u području traheostome valja vršiti pod aseptičkim principima. [8]

4. Perioperacijska i postoperacijska sestrinska skrb bolesnika s traheostomom

4.1. Perioperacijska sestrinska skrb bolesnika s traheostomom

Svrha je pripreme bolesnika za operaciju osigurati mu najbolju moguću fizičku, psihološku i duhovnu spremnost za kirurški zahvat. Planovi zdravstvene njege izrađuju se za svakog bolesnika individualno, na osnovi sustavno i cjelovito utvrđenih potreba. Odluka bolesnika na traheotomiju vrlo je teška jer takva operacija ima kao posljedicu trajni gubitak govora i trajno formiranje otvora za disanje na donjem dijelu vrata (traheostoma).

4.1.1. Prikupljanje podataka

Promatranje, intervju, analiza subjektivnih i objektivnih podataka (simptoma i znakova) te analiza dokumentacije, samo su neki od postupaka koji prethode sustavnoj skrbi bolesnika. Sukladno zadanim standardima procesa zdravstvene njege, sestra će promatrati izgled i funkciju dijelova tijela s obzirom na položaj, pri čemu pregled počinje od glave i nastavlja se prema donjem dijelu tijela. Ovdje se uključuje ocjena općeg stanja i vitalnih znakova. U skladu s tumačenjem zdravstvene njege, medicinska sestra može prikupiti podatke od bolesnika prema obrascima M. Gordon. Obrasci prema M. Gordon uključuju:

Percepcija i održavanje zdravlja - većina bolesnika sklona je nezdravstvenom ponašanju, dugotrajnom i prekomjernom pušenju cigareta i konzumiranju alkoholnih pića. Otežano disanje i gutanje, zatim promuklost te povećani limfni čvor na vratu najčešći su razlog dolaska liječniku, iako u većini slučajeva prođe i dulje razdoblje od pojave prvih simptoma do dolaska liječniku.

Nutritivno metabolički obrazac- uslijed otežanog gutanja bolesnik može znatno izgubiti na tjelesnoj težini, a katkad je i unos tekućine otežan i neugodan. Znatno broj bolesnika ima neredovitu i jednoličnu prehranu.

Eliminacija- opstipacija i dehidracija posljedica su smanjenog unosa hrane i tekućine u bolesnika. Jako emocionalno uzbuđenje, strah, a često i apstinencijska kriza u bolesnika ovisnika o cigaretama i alkoholu dovode do pojačanog znojenja. Isto se događa i kada je bolesnik respiratorno insuficijentan.

Tjelesna aktivnost - bolesnici često dolaze u bolnicu pothranjeni i lošega općega stanja, a to utječe na smanjenje njihove tjelesne aktivnosti.

Odmor i spavanje - nesanicu je često prisutna u prijeoperacijskom razdoblju, što je uzrokovano tjeskobom, strahom od operacije i zabrinutošću u svezi s vanjskim izgledom nakon operacije.

Kognitivno-percepcijski obrazac - u prijeoperacijskom razdoblju potrebno je provjeriti ima li bolesnik kognitivni deficit vida ili sluha, kao i stupanj pismenosti, zbog

načina komunikacije u poslijeoperacijskom razdoblju. Uobičajeni način učenja i sposobnost pamćenja također su bitni za edukaciju bolesnika o njezi i toaleti traheostome.

Samopercepcija - bolesniku je prije, i poslije operacije, potrebno strpljenje i razumijevanje. Suočeni s traheostomom, doživljavaju znatan osjećaj tjeskobe u svezi s poslijeoperacijskim izgledom. Često su zbog toga razdražljivi i agresivni. Stoga im je potrebno omogućiti razgovor o svemu što ih zanima, prenositi značajne informacije, omogućiti kontakte s drugim operiranim bolesnicima. Opisanim metodama može se omogućiti lakša prilagodba bolesnika za svakodnevne aktivnosti.

Obrazac uloga i odnosa - zabrinutost i nevjerica često su prisutne u bolesnika i članova njegove obitelji. Bolesnik može biti pod utjecajem predrasuda, netočnih informacija ili negativnog iskustva ljudi iz svoje okoline. Svi članovi zdravstvenog tima moraju surađivati s bolesnikom i članovima obitelji, pomažući im da se međusobno razumiju u novonastaloj situaciji. Znatan broj bolesnika živi sam i u njih su jače izražena tjeskoba, nepovjerenje i osjećaj odbačenosti od drugih ljudi.

Seksualno-reprodukcijski obrazac- problemi seksualne prirode česti su u traheotomiranih bolesnika, kako zbog manjka samopouzdanja, tjeskobe i negativnih misli, tako i zbog partnera koji osjeća odbojnost prema traheostomi.

Sučeljavanje i tolerancija stresa - bolest, promijenjen izgled i komunikacija, prihvaćanje članova obitelji i osoba iz radne okoline nakon traheotomije, često su izvor stresa. Medicinska sestra treba prepoznati ponašanje povezano s obrambenim mehanizmima, i to: racionalizaciju, projekciju, potiskivanje.

Vrijednosti i vjerovanja - planovi za budućnost, životna htijenja, kao i utjecaj religije i molitve mogu biti bolesniku motiv da se lakše prilagodi svakodnevnom životu.

Zanemarivanje –obitelj često zanemaruje bolesnika zbog straha, neznanja i predrasuda te poremećenih obiteljskih odnosa.

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

4.1.2. Preoperativna priprema bolesnika

Preoperativna priprema bolesnika uključuje psihičku i fizičku pripremu bolesnika. Svrha je psihološke pripreme bolesnika osigurati bolesniku najbolju moguću spremnost za kirurški zahvat, to će pridonijeti da bolesnik stekne povjerenje, postavlja pitanja, izražava svoju nesigurnost i strah, što pridonosi uspješnoj pripremi za kirurški zahvat. Fizička priprema bolesnika obuhvaća pretrage koje omogućuju ocjenu općeg zdravstvenog stanja nužnog radi anestezije. Važna je pravilna priprema probavnog trakta, kao

i priprema samog operacijskog polja s ciljem smanjivanja bakterijske flore na koži. Također je vrlo važno poučavanje bolesnika o sprječavanju poslijeoperacijskih komplikacija i komplikacija dugotrajnog ležanja tako da provodimo vježbe disanja, iskašljavanja i vježbe ekstremiteta. Dokazano je da nakon dobre psihičke i fizičke pripreme bolesnik bolje podnosi operacijski zahvat, brže se oporavlja, treba manje analgetika, a boravak u bolnici skraćuje se za jedan do dva dana.

4.2. Postoperacijska zdravstvena njega bolesnika s traheostomom

Zdravstvena njega bolesnika s traheostomom usmjerena je na prepoznavanje i sprečavanje poslijeoperacijskih komplikacija. Zbog toga su sestrinske intervencije na prvom mjestu usmjerene osiguranju prohodnosti dišnog puta, njege kože i usne šupljine, sprječavanja komplikacija dugotrajnog ležanja te osiguranja pravilne prehrane. Bolesnika je potrebno staviti u povišeni položaj, poticati na iskašljavanje i duboko disanje kako bi se sekret učinkovitije uklanjao koji omogućava proces izmjene zraka i smanjuje poslijeoperacijske edeme koji mogu uzrokovati opstrukciju dišnih putova. Otprilike tri dana nakon traheotomije, zamijenit će se s plastičnom kanilom bez cuffa koja smanjuje pritisak na trahealnu sluznicu i lakša je za održavanje. Kako se bolesnik oporavlja, dobiva snagu i sve se bolje osjeća potrebno je edukacija bolesnika o njezi traheostome.

4.2.1. Njega traheostome

Toaleta traheostome uključuje:

- aspiraciju sekreta iz dišnih putova
- čišćenje unutarnje kanile,
- promjenu zavoja i vrpce koja pridržava kanilu
- promjenu kanile

Aspiracija je postupak uklanjanja sekreta iz dišnih putova s pomoću katetera za aspiraciju spojenog s izvorom negativnog tlaka. Kada kod bolesnika s kanilom mehanizam kašlja nije dovoljan za izbacivanje sekreta, potrebno je sekret iz donjih dišnih putova odstranjivati aspiracijom. Medicinska sestra bolesniku će objasniti važnost postupka, umiriti ga za vrijeme aspiracije jer bolesnik može biti uplašen zbog kašlja i po potrebi primijeniti terapiju kisikom 5 minuta prije i nakon aspiracije. Tijekom izvođenja zahvata sestra će poticati bolesnika na duboko disanje i cijelo vrijeme ga promatrati. Aspiracija se mora provoditi po svim pravilima asepsa..

Učestalost toalete traheostome i kanile ovisi o količini sekrecije, krvarenju i infekciji. Ona može biti potrebna svaka dva sata ili jedanput u smjeni. Začepljenje kanile sasušanim sekretom problem je koji se lako prevenira čestim vlaženjem fiziološkom otopinom,

aspiracijom sekreta iz kanile i redovitim čišćenjem uložka kanile. Uložak se čisti, odnosno mijenja više puta dnevno, ovisno o količini i gustoći sekreta.

Postupak izmjene kanile daleko je jednostavniji i sigurniji kod trajne traheostome, mada je i kod privremenih traheostoma već nakon sedam do deset dana kanal najčešće dobro formiran i prohodan bez dodatnih intervencija. Neposredno prije izvođenja postupka, medicinska sestra priprema potreban pribor za izmjenu kanile i to: sterilnu kanilu odgovarajuće veličine, sterilne rukavice, sterilnu pincetu, sredstvo za dezinfekciju, trake, zavoj, sterilnu otopinu 0,9% NaCl, škare, bubrežastu zdjelicu i aspiracijsku pumpu te upoznaje bolesnika s izvođenjem postupka i njegovom važnošću. Kanila se u pravilu fiksira s mekom trakom oko vrata koja ne smije biti suviše zategnuta zbog cirkulacije, ali ni previše labava jer kanila pri kašlju može izletjeti iz traheje. Kožu ispod kanile treba zaštititi od maceracije iskašljanim sekretom najbolje nepropusnom oblogom, a ako se koristi gaza, treba ju promijeniti čim se natopi sekretom.

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

4.2.2. Zdravstveni odgoj bolesnika s traheostomom

Poučavanje bolesnika predstavlja aktivni proces s temeljnim ciljem: poticanje i stvaranje značajnih promjena u stavovima i/ili ponašanju bolesnika. Savjetovanje i poučavanje mora biti prilagođeno bolesniku, njegovom općem stanju, intelektualnim, materijalnim i socijalnim mogućnostima. Sestra mora uzeti u obzir bolesnikove intelektualne sposobnosti, pažnju i motivaciju. Zdravstveni odgoj bolesnika koji će imati trajnu traheostomu započinje kada se bolesnik dovoljno oporavi nakon operacije te da mu pogled na traheostomu nije odbojan. Za vrijeme boravka u bolnici bolesnika je potrebno postupno upoznavati i uključivati u izvođenje postupaka koje će poslije činiti sam. Bolesnik s traheostomom i/ili članovi njegove obitelji prije otpusta iz bolnice moraju znati promijeniti zavoj, očistiti i mijenjati kanilu, aspirirati sekret. Za pacijenta je bitno da usvoji način komunikacije, što znači da prilikom govora treba prekriti stomu, odnosno zatvoriti kanilu kako sugovornika ne bi poprskao sekretom iz kanile. Bolesnike treba uputiti u upotrebu govornih pomagala, odnosno uputiti ih kod logopeda. Muškarci bi trebali koristiti električne aparate za brijanje, kako bi spriječili ozljeđivanje zbog nedostatka osjeta u području vrata. Traheostoma nosi i određene rizike, jer je otvoren put za prodor različitih nečistoća i mikroorganizama u dišne putove, što pogoduje nastanku infekcije. Stoga se preporučuje stavljanje posebnih filtra ili nošenje takozvanih pregačica, koje se postavljaju preko otvora. Nadalje, važno je da medicinska sestra objasni bolesniku kako će održavati čistoću svoje okolice i da zrak u prostoriji uvijek mora imati dovoljno vlažnosti. Zbog poremećenoga gutanja i prehrana zahtijeva određene promjene. Bolesnik treba konzumirati visokoproteinsku hranu bogatu vitaminima i mineralima odgovarajuće konzistencije (kašasta ili pasirana), u manjim, ali češćim obrocima. Preporučena dnevna količina tekućine je 1500 do 2000 ml (ako

nije kontraindicirano zbog neke druge bolesti). Također je bitno da pacijent dolazi redovito na kontrole i pridržava se zdravstvenog ponašanja. Da bi se spriječio povratak bolesti, mora se naglasiti moguća smrtna opasnost uzrokovana pušenjem i konzumiranjem alkohola te inzistirati na prestanku njihove konzumacije. Osobe s trajnom traheostomom mogu raditi gotovo u svim djelatnostima, osim teških fizičkih poslova, jer ne mogu zadržavati dah. Bilo bi dobro i da izbjegavaju plivanje, zbog opasnosti od ulaska vode kroz traheostomu u dišni sustav. Depresija je često dio poslijeoperacijskog razdoblja te je od neprocjenjive važnosti suradnja s psihologom kao i s grupama i mentorima za psihološku podršku. Bolesniku i njegovoj obitelji potrebno je preporučiti uključivanje u udruge traheotomiranih kako bi se prevenirala socijalna izolacija uz mogućnost dobivanja potrebnih informacija za poboljšanje kvalitete života s traheostomom.

5. Kvaliteta života

Kvaliteta života predmet je istraživanja brojnih znanosti. Između ostaloga, postala je istaknuti predmet interesa u psihologiji, sociologiji, filozofiji, medicini i zdravstvenoj zaštiti.

Razumijevanje koncepta kvalitete života prošlo je dugu evoluciju. Tijekom povijesti definicije i mjerenja kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale. Sredinom dvadesetog stoljeća pod kvalitetom života se uglavnom podrazumijevao životni standard, a istraživanja na tu temu su bila rađena u području ekonomije. S povećanjem životnog standarda, istraživanja kvalitete života usmjerila su se i na opažanje osobnih i društvenih potreba, a istraživanja su pretežito bila iz područja sociologije. Šezdesetih godina dvadesetog stoljeća počelo se jasno razlikovati subjektivne od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života. Sedamdesetih godina istraživanja kvalitete života usmjerila su se na subjektivne pokazatelje kvalitete života. To je koncept kvalitete života koji se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca. S vremenom se se razvila dva različita pristupa konceptualizacijikvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja. Usmjerenost na pojedinca karakterizira i današnji pristup u istraživanjima kvalitete života. [1]

5.1. Definiranje kvalitete života

U literaturi o kvaliteti života nalazimo stotinjak definicija i modela. I danas prisutan velik broj različitih definicija i modela kvalitete života govori o različitom poimanju tog koncepta. Također postoji niz teorija, a posljedično i upitnika za mjerenje kvalitete života. Međutim, još uvijek ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, niti univerzalno “zlatni standard” mjerenja. Obzirom da ne postoji jedna, univerzalno prihvaćena definicija kvalitete života, u nastavku teksta će biti prikazane neke od najčešće citiranih. [1]

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao pojedinačvu percepciju vlastite pozicije u životu u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem žive, a koji su u vezi s njihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i brigama.[2] Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose Felce i Perry definirajući kvalitetu života kao sveukupno opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca. Cummins kvalitetu života također definira multidimenzionalno navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna kvaliteta života uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (npr. socio-ekonomski status).

Iz navedenog je vidljivo da je kvaliteta života primarno psihološki fenomen, odnosno vrsta generalnog stava prema vlastitom životu i njegovim područjima odnosno aspektima.

Kao bi bilo koji drugi stav, kvaliteta života uključuje kognitivnu i afektivnu evaluaciju objekta stava, pri čemu zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu. [1]

5.2. Kvaliteta života i zdravlje

Zdravlje se obično definira kao odsustvo bolesti, no takva definicija nije dovoljno sveobuhvatna. Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti. Ova definicija zdravlja priznaje složenu interakciju između tjelesnih, psiholoških i socijalnih iskustava, te sugerira, umjesto jednostavne eliminacije bolesti, pozitivan pristup unapređenju dobrobiti i kvalitete življenja. Pozitivno zdravlje može se opisati kao sposobnost suočavanja sa stresnim situacijama, uklopljenost u životnu zajednicu, visok moral i zadovoljstvo životom, psihička dobrobit, te tjelesno zdravlje i kondicija.

Samoprocjena kvalitete života sve češće se koristi u medicini i zdravstvenoj zaštiti kao mjera ishoda liječenja te je postala važna mjera uspješnosti liječenja. U cilju objašnjavanja stabilnosti rezultata samoprocjene subjektivne kvalitete života, istraživanja su se usmjerila na utvrđivanje čimbenika odgovornih za održavanje subjektivne kvalitete života stabilnom i pozitivnom, te čimbenika koji mogu dovesti do sloma homeostaze i trajnijeg narušavanja kvalitete života, a time i opće funkcionalnosti pojedinca. Prema Cumminsovoj teoriji, homeostatski mehanizmi zaduženi su za kompenziranje negativnih utjecaja i održavanje subjektivne kvalitete života stabilnom. Ukoliko je neki utjecaj (vanjski ili unutrašnji) prejak, i postojeći mehanizmi nisu dostatni da ga ublaže i/ili kompenziraju, doalzi do sloma homeostaze i pada subjektivne kvaliteta života što ugrožava integritet pojedinca. U psihopatologiji bi ekvivalent bio pojava tjelesne ili psihičke bolesti. Model također pretpostavlja da je generalno pozitivni pogled na život neophodan za normalno funkcioniranje pojedinca.

U normalnim životnim uvjetima i u zdravlju, ljudi su sposobni održavati subjektivnu kvalitetu života unutar normativnog raspona koji je za njih adaptivan i funkcionalan. Međutim, u situacijama kada postoji negativan utjecaj na funkcioniranje pojedinca, dolazi do narušavanja homeostaze i do pada kvalitete života. Ukoliko taj utjecaj nije prejak, aktivnirat će se različiti mehanizmi sa svrhom vraćanja kvalitete života na normalu. Istraživanja su pokazala da u negativnim situacijama (akutne bolesti, invaliditet i sl.) dolazi do pada kvalitete života no često samo na nekim domenama dok ukupna kvaliteta života ostaje ista ili neznatno smanjena, u svakom slučaju i dalje ostaje unutar normativnog raspona u području gornjih pozitivnih vrijednosti. Značajni događaji i/ili teška stanja kao što je bolest ili invaliditet, mogu privremeno narušiti homeostazu no u mnogim slučajevima se, kroz određeno vrijeme, samoprocjene opće kvalitete života vraćaju na prethodnu razinu. Nadalje, pokazalo se da samo određena stanja kao što su kronični jaki bolovi dovode do trajnog, značajnog smanjenja samoprocjene kvalitete života.

Bolest je nedvojbeno jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječu na život pojedinca. Može se reći da je utjecaj bolesti na kvalitetu života multidimenzionalan. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje, nego su prisutni i posredni učinci kao što su to promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl. Sve to najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca. Tako se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopouzdanje i osjećaj nedostatka kontrole te daljnjeg smanjenja subjektivne kvalitete života. Kada se radi o tjelesnim bolestima, razlikujemo one koje su vidljive za okolinu i one koje to nisu. Istraživanja su pokazala da se psihičke reakcije na bolest u vidu depresivnosti i anksioznosti razlikuju prema tipu bolesti u odnosu na vidljivost. Bolesnici su bez obzira na bolest pokazivali veću anksioznost i depresivnost u odnosu na zdrave.

Bolest pojedinca izazov je njegovoj ravnoteži, međutim odnos medicinskog zdravlja i razine subjektivne kvalitete života nije jednoznačan. Iako se oboljevanje odražava na razinu kvalitete života, osobine ličnosti odrediti će veličinu te promjene. [1]

5.3. Kvaliteta života bolesnika s traheostomom

Značajan broj pacijenata prolazi kroz proces traheotomiranja zbog nemalighih laringotrahealnih patologija, ali i u ozbiljnijim situacijama kada je traheotomija potrebna kako bi im se omogućilo preživljavanje. Zbog same prirode operacije, kod pacijenta dolazi do poteškoća u funkcijama kao što su respiracija, hranjenje i govor. Pacijentima su suočeni s ekonomskim problemima kao što su smanjenje radnih mogućnosti, rad u pasivnoj poziciji, napuštanje posla, prisilno umirovljenje, ali i troškovi liječenja. Traheotomija zbog svega navedenog često dovodi do značajnih mentalnih i emocionalnih poteškoća kao što su anksioznost i depresivnost, te snižene pozitivne percepcije vlastite slike tijela. To utječe na smanjenu brigu o sebi, lošijim interpersonalnim odnosima i općenito smanjenom osjećaju blagostanja, odnosno lošijom kvalitetom života. [9, 10]

Jedan od najvećih problema traheotomiranih osoba je gubitak sposobnosti govora. Mnogi pacijenti odbijaju operaciju jer se boje da će gubitkom sposobnosti govora izgubiti i sposobnost funkcioniranja u osobnom, socijalnom i ekonomskom aspektu života. Rehabilitacija govora omogućuje nošenje s tim psiho-socijalnim problemima.[11] Kod ezofagealnog govora glas se stvara gutanjem zraka i vraćanjem natrag gore. Tu nastaje zvuk poput podrigivanja koje se može artikulirati u prepoznatljiv govor. Pacijenti koji samostalno provode njegu traheostome i koriste ezofagealni govor pokazuju veće zadovoljstvo životom u području fizičkog funkcioniranja. Manje zadovoljstvo kvalitetom života u području fizičkog funkcioniranja pokazuju pacijenti koji s traheotomijom žive 3-12 mjeseci, u usporedbi s onima koji s traheotomijom žive 6-9 godina. Ovo nam govori da je traheotomiranim pacijentima potrebno vrijeme kako bi se prilagodili na nov način života, čime dolazi do povećanja kvalitete života. [9, 12]

Planirana traheotomija je nužna intervencija za pacijente s benignim patologijama dišnih puteva jer dolazi do poboljšanja u njihovom fizičkom zdravlju i sposobnosti obavljanja

aktivnosti u svakodnevnom životu. Postoperativno kod pacijenata dolazi do pada u mentalnom zdravlju što se može pripisati padom samopouzdanja. U odnosu na njih, kod pacijenata koji nisu prošli planiranu traheotomiju dolazi do pada u fizičkom i mentalnom funkcioniranju. To se može pripisati manjku razumijevanja dobivene koristi od traheotomije, kao i neuspješnom preoperativnom savjetovanju. [10, 12]

Za postizanje potrebne kvalitete života kod svih bolesnika, pa tako i kod bolesnika s traheostomom, uz pozitivan ishod odgovarajućeg medicinskog tretmana neizbježno je i zadovoljavanje bolesnikovih osnovnih ljudskih potreba. Medicinska je sestra u radu s bolesnicima kompetentna procjenjivati i utvrđivati potrebe za zdravstvenom njegom, uočavati čimbenike koji negativno utječu na stanje bolesnika te potom planirati, provoditi i evaluirati provođenje zdravstvene njege. Posebnu ulogu sestra ima u razvijanju i održavanju komunikacije između bolesnika i drugih članova tima i društva. Višestruki su zahtjevi i mnogobrojni problemi na koje medicinska sestra može naići u skrbi za bolesnika s traheostomom. No, unatoč kompleksnosti i težini zbrinjavanja takvog bolesnika, medicinska sestra ga stavlja u središte svih zbivanja pa tako on postaje aktivni subjekt u čitavoj skrbi. To je naročito izraženo kroz poseban pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih potreba iz područja zdravstvene njege, tj. procesa zdravstvene njege.

5.4. Odrednice kvalitete života kod bolesnika s malignom bolesti

Očito je da kvalitetu života možemo poboljšati i u situaciji lošeg zdravlja, odnosno bolesti. Jedna od smjernica poboljšanja je socijalna podrška, bila ona emocionalna ili informacijska, nije bitno da uključuje veliki broj ljudi nego da je povjerljiva i dostupna. Očekuje se da bolesnik želi ozdraviti, pa se pretpostavlja da će surađivati s onima koji mu žele pomoći. Bolesnik i njegova okolina traže racionalno rješenje. Unatoč neizlječivoj bolesti, svjesni svoga stanja nastavljaju obavljati svoje društvene uloge ukoliko imaju dovoljno volje i snage.

Veliki broj obitelji tijekom života suočava se sa neizlječivom bolesti. Za mnoge ljude prvih par tjedana nakon dijagnoze vrlo su teški. Ljudi oboljeli od maligne bolesti i njihovi najbliži proživljavaju različite osjećaje koji se izmjenjuju iz dana u dan i neizbježne emocionalne reakcije u pet faza:

- 1) Faza nijekanja: „To mi se ne događa“ česta reakcija na loše vijesti, na priopćenje dijagnoze.
- 2) Faza srdžbe: „Zašto ja?“ Izraz gnjeva i žalosti.
- 3) Faza nagodbe: „da - ali ne još!“ Negativna reakcija kako bi se lakše nosili s teškom bolešću.
- 4) Faza depresije: Žalost koja raste i povlači se cijelo vrijeme kroz bolest.
- 5) Faza prihvatanja: Prihvatanje činjenica ne znači odustajanje od borbe.

U procesu suočavanja s novonastalom situacijom, različite emocije utječu na sve članove obitelji i uzrokuju promjenu uloga i odnosa. Obiteljski odnosi odražavaju se upravo

kroz emocionalne reakcije u rješavanju problema, sporazumijevanju i podršci koja je najvažnija. Kvaliteta tog zajedništva je neprocjenjiva. Na žalost, prisutna je i stigmatizacija oboljelih. „Stigmatizacija sa sobom nosi mnoge socijalne i psihološke posljedice po onkološke pacijente. Strah i izolacija koji dolaze uz stigmiju mogu dovesti do smanjivanja kontakta oboljele osobe s drugim ljudima koji bi joj potencijalno mogli pružiti potrebnu podršku i pomoć. Također, oboljele osobe se mogu početi samostigmatizirati te doći u fazu samookrivljanja, izgubiti vjeru i nadu u oporavak te postati pasivne u borbi s bolešću.“

5.5. Kvaliteta života bolesnika oboljelih od neizlječive bolesti

Različiti segmenti populacija različito doživljavaju pojam kvalitete življenja. Pojam kvalitete življenja različito doživljavaju osobe različite dobi iz različitih kultura i tradicija, različitih društvenih slojeva, različite radne aktivnosti itd.

Međutim, pokušajmo zamisliti bolesnike oboljele od neizlječive bolesti s permanentnom prisutnom boli, koji su ovisni o tuđoj pomoći, nepokretni, ovisni o pomoći u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba npr. prehrani i oblačenju. Koja je odrednica kvalitete življenja njima najvrednija? Jedino zadovoljstvo vide u oslobođenju od boli i podizanju stupnja samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Kvaliteta života bolesnika u palijativnoj skrbi sadrži individualne doživljaje pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na kognitivne, emocionalne, socijalne, duhovne i tjelesne potrebe bolesnika. Nove spoznaje u ranom otkrivanju karcinoma, nove metode liječenja i otkriće novih lijekova doprinijeli su kvalitetnijem i duljem življenju, lakšem podnošenju simptoma bolesti i terapije.

Danas se karcinom svrstava u skupinu u kojoj su i kronične bolesti, od kojih se ne umire odmah, već se može dugo i kvalitetno živjeti, ukoliko se na vrijeme otkrije i započne liječenje. Kada se započne liječenje citostaticima, važno je brinuti se o sebi za vrijeme i nakon liječenja. Pravilno se hraniti kako bi očuvali snagu, odmarati se koliko je potrebno i pronaći svoj način kvalitetnijeg življenja. Podijeliti svoje osjećaje da bi se lakše nosili s mogućom ljutnjom, tugom ili strahom. Optimizam tada nužno dolazi izvana, u prvome redu od prijatelja, medicinskog osoblja, bolesnika sa sličnim iskustvima, psihologa, svećenika i drugih. Važno je surađivati sa zdravstvenim osobljem, informirati se i educirati o svojoj bolesti i tijeku liječenja. Znanje o tome kako si pomoći od mogućih nuspojava izazvanih citostaticima potiče stjecanje osjećaja da držimo stvari pod kontrolom, ali samopomoć nikad ne zauzima mjesto profesionalnog liječenja.

6. Prikaz slučaja o kvaliteti života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji

Ciljevi korištenja prikaza slučaja u završnom radu kod bolesnika L.P. čije se zdravstveno stanje prati niz godina, omogućilo je utvrđivanje i očuvanje najbolje moguće kvalitete života, doprinijelo donošenju smjernica za kvalitetniji život bolesnika i njegove obitelji s traheostomom, te donošenje smjernica za poboljšanje kvalitete rada medicinskog osoblja i struke generalno. Za potrebe prikaza slučaja korišten je intervju s bolesnikom i njegovom suprugom te analiza dokumentacije g. L.P.



Slika 6.1. Prikaz gospođe V.P. i gospodina L.P.

Gospodin L.P. iz Goričana (muškarac, r. 1948 godine) boluje od facioiskapulohumeralne mišićne distrofije koja mu je dijagnosticirana 2000.godine. Prvi simptomi su se manifestirali kao slabost mišića nogu, brzo umaranje i nemogućnost dugotrajnog stajanja i hodanja. 2013.g L.P. je hospitaliziran zbog respiratorne insuficijencije te je učinjena perkutana traheotomija. Daljnja respiratorna potpora kontinuirano je nastavljena putem mehaničke ventilacije. Bolesniku se nastavlja progresija bolesti u vidu paraplegije, totalne inkontinencije i jednostrane zamjedbene naglušnosti. Tijekom hospitalizacije obitelj se educira o toaleti traheostome i urinarnog katetera, upotrebi aspiratora i respiratora te njezi bolesnika i prevenciji komplikacija dugotrajnog ležanja. Nakon otpusta u skrb se uključuje liječnik obiteljske medicine, mobilni palijativni bolnički tim, udruga „Pomoć ne izliječivima“, volonteri, zdravstvena njega u kući i patronažna služba. Unatoč uključivanju profesionalaca sveukupnu skrb za g. L.P. preuzima njegova supruga uz pomoć kćeri. Prvi dani boravka u kući bili su mukotrpniji, ispunjeni brojnim pitanjima, nedoumicama i strepnjama. Aktivnim uključivanjem i dostupnosti svih navedenih profesionalaca, bolesniku je pružena visoko kvalitetna skrb. Komunikacija mu je bila izrazito važna kako bi mogao razgovarati sa članovima obitelji i širom zajednicom. Njegova šestomjesečna upornost urodila je plodom. Naučio je ezofagealni govor. Tijekom čitave bolesti gospodinu L.P. duhovnost je važni aspekt u životu. Vjera mu daje snagu kako on kaže: „Lakše podnosim križ koji je pred mene postavljen“. Trenutno se kod fizičkog stanja gospodin L.P. može naglasiti kao pozitivno: očuvano stanje kože, sluznica i zglobova bez znakova dekubitusa i kontraktura; traheostoma bez nekroza i znakova infekcije, njega urinarnog katetera bez znakova infekcije, kvalitetna i raznolika prehrana obogaćena enteralnom prehranom i besprijekorno održavanje i servis aparata za respiraciju i aspiraciju. Bolesnik pokazuje većinu vremena emocionalnu stabilnost te prihvaćanje bolesti, uz povremene osjećaje tjeskobe, anksioznosti i nemoći. Gospodin L.P. je zbog dugotrajne bolesti izrazito socijalno izoliran te je zbog predrasuda i drugih faktora izgubio brojne kontakte sa prijateljima i ljudima iz lokalne zajednice. Ponosan je na svoju suprugu koja svoju ljubav i nježnost svakodnevno iskazuje brigom i visokokvalitetnom njegom u svrhu olakšanja patnje i boli u teškoj i dugogodišnjoj bolesti.

Gđa. V.P. je glavni neformalni njegovatelj te je aktivno i sa ljubavlju uključena u skrb bolesnika od početka njegove bolesti te i nadalje želi brinuti o njemu u njihovom domu. Od strane profesionalaca prepoznat je utjecaj dugotrajne i iscrpne skrbi za člana obitelji, u obliku smanjene fizičke kondicije te socijalne izolacije. Psihosocijalna podrška u obliku razgovora, savjeta i prisustva stručne osobe uvelike olakšavaju život svih članova obitelji.

OBRAZAC PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE	POTEŠKOĆE/POTREBE BOLESNIKA	UNAPREĐENJE U ZADOVOLJAVANJU POTREBA
Percepcija i održavanje zdravlja	Tjeskoba i zabrinutost zbog progresije bolesti	Češće posjete, razgovori i podrška od strane profesionalaca
Nutritivno metabolički obrazac	Otežano gutanje i zagrcavanje	Kašasta i tekuća prehrana, više manjih obroka na dan
Eliminacija	Opstipacija	U prehranu uvesti mekinje zobene pahuljice i unositi oko 2000 ml tekućine, privatnost kod defekacije
Tjelesna aktivnost	Slabost gornjih i donjih ekstremiteta te otežano disanje	Bolesnika poticati da aktivnije sudjeluje u izvođenju vježbi sukladno njegovoj snazi uvjetovanoj osnovnom bolešću
Odmor i spavanje	Bolesnik dobro spava, a odmara se čitajući knjige i gledanje televizora	
Kognitivno percepcijski obrazac	Obostrano slabiji sluh što otežava komunikaciju	Redovita kontrola slušnih pomagala i zamjena baterija,
Samopercepcija	Prihvatanje bolesti uz povremenu anksioznost i depresivnost	Pojačati uključivanje stručne pomoći u spomenutim fazama bolesti
Obrazac uloga i odnosa	Tjeskoba, nepovjerenje i osjećaj odbačenosti od strane prijatelja i znanaca	Rad sa članovima društva od kojih se bolesnik osjeća odbačeni, razgovor sa prijateljima
Seksualno i reprodukcijski	Nema potrebe za seksualnosti	
Sučeljavanje i tolerancija stresa	Prihvatanje bolesti, boli i patnje, te viđenje života s druge perspektive	Relaksacija, razgovor, preporučiti da slobodno vrijeme iskoristi npr. slikanjem
Vrijednosti i vjerovanja	Molitva i čitanje biblije omogućava mu olakšanje patnje	Uključivanje duhovnika i češći posjeti u vidu duhovne podrške

Tablica 6.1.: Sestrinski problemi kod bolesnika kroz obrasce zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon

7. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s traheostomom

Otkriveni su slijedeći problemi iz područja zdravstvene njege i definirane su sestrinske dijagnoze:

1. Anksioznost u/s pogoršanja osnovne bolesti
2. Tjeskoba u/s neizvjesnog ishoda izjavom bolesnika: „Ne znam kako će sve ovo završiti“
3. Socijalna izolacija
4. Smanjena prohodnost dišnih putova u/s hipersekrecijom i nemogućnošću iskašljavanja
5. Visok rizik za infekciju u/s traheostome
6. Smanjena mogućnost hranjenja u/s pogoršanja osnovne bolesti
7. SMBS- osobna higijena
8. SMBS-oblacjenje
9. SMBS-eliminacija
10. Visok rizik za oštećenje tkiva

Kod g. L.P. istaknute su dvije glavne dijagnoze na kojima treba kontinuirano raditi kako bi se održavala ili unaprijedila kvaliteta života, a radi se o socijalnoj izolaciji i anksioznosti u/s pogoršanja osnovne bolesti.

1. Socijalna izolacija

Cilj:

1. Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
2. Pacijent će razviti suradljiv odnos
3. Pacijent će tijekom razgovora razvijati pozitivne odnose s drugima

Intervencije:

1. Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
2. Uspostaviti suradnički odnos
3. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
4. Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
5. Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
6. Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
7. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
8. Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
9. Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima

Evaluacija:

1. Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti
2. Pacijent je razvio suradljiv odnos

2. Anksioznost u/s pogoršanja osnovne bolesti

Cilj:

1. Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti
2. Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti
3. Pacijent će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti

Intervencije :

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti
3. Opazati na neverbalne izraze anksioznosti
4. Stvoriti osjećaj povjerenja
5. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
6. Osigurati mirnu i tihu okolinu
7. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike
8. Potaknuti pacijenta da izrazi osjećaje
9. Izbjegavati površnu potporu i tješjenje
10. Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti
11. Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni

Evaluacija:

1. Pacijent nakon razgovora osjeća manju razinu anksioznosti
2. Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti

8. Rasprava

Iako traheotomija u trenutku respiratorne insuficijencije omogućava bolesniku preživljavanje te produžuje život, dostupna literatura navodi različite stavove o kvaliteti života bolesnika s dugotrajnom traheostomom. [13,14,15]

Nakon traheotomije mijenja se cjelokupni život bolesnika i njegove obitelji. Traheostoma sa sobom donosi značajne promjene u načinu života te brojne fizičke, duhovne i psihosocijalne promjene i poteškoće. Od promjene načina disanja, nemogućnosti govora, otežanog gutanja i smanjenog osjeta mirisa i okusa, ovisnosti o drugim osobama, samopercepciji socijalnoj izolaciji te pitanjima egzistencije i duhovne poteškoće. Bolesnici uz sve postojeće poteškoće ipak izražavaju smirenost i zadovoljstvo vezano za odluku o planiranoj traheotomiji. [16,17,18]

Briga za bolesnika s traheostomom uzrokuje brojne poteškoće u životu članova obitelji koji skrbe za bolesnika. To može biti fizička iscrpljenost, emocionalna nemogućnost prihvaćanja bolesnikove bolesti te promjena uloga u obitelji, financije i druge poteškoće socijalne naravi. [19,20] U cjelovitoj skrbi za traheotomirane bolesnike sudjeluju iskusni liječnici, visoko educirane i kompetentne medicinske sestre, logoped, psiholog, duhovnik i socijalni radnik, povremeno volonteri i drugi profesionalci. Autori Oliver, Borasio i Walsh navode da u multidisciplinarnom timu, medicinske sestre sudjeluju u koordiniranju cjelovite skrbi, učinkovitoj komunikaciji te promoviranju aktivne rehabilitacije s ciljem osiguravanja najbolje kvalitete života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji. [21]

Prikazom slučaja gospodina L.P., bolesnika s traheostomom analizirali smo kvalitetu života bolesnika s traheostomom s obzirom na njegovu osnovnu bolest i dostupne resurse u skrbi. Kvalitetna prehrana, hidracija, svakodnevna njega kože i sluznice, toaleta traheostome i urinarnog katetera, te održavanje aparature za respiraciju i aspiraciju olakšava njegove tegobe te predstavlja kvalitetnu fizičku skrb. Prepoznati su osjećaji tjeskobe, bespomoćnosti, anksioznosti i socijalne izolacije što odgovara očekivanjima vezanim za progresivnu neizlječivu bolest. Njegovo nezadovoljstvo se očituje u lošim društvenim odnosima koji su se s vremenom sveli na obitelj, zdravstveno osoblje i volontere. Bolesnik naglašava da oboljele osobe ne žele sažalijevanje, već im je potrebna podrška i empatija obitelji prijatelja i okoline. Smatra da je njegova zajednica puna predrasuda i da je zbog toga kao osoba s traheostomom veoma izoliran. Gospođa V.P. dugogodišnjom skrbi za supruga osjeća iscrpljenost, pad fizičke kondicije i socijalnu izolaciju. Naglašava da pomoć obitelji s aspekta psihosocijalne pomoći u vidu razgovora te podrške omogućuje kvalitetniji život obitelji bolesnika s traheostomom.

Kod obitelji, ali i samog bolesnika kao najznačajnija poteškoća i nezadovoljene potreba naglašena je intenzivnija i kontinuirana stručna psihološka pomoć i podrška vezana za sve aspekte dugotrajne bolesti. Iako je kod prikazanog slučaja bolesnika s traheostomom organizirana cjelovita i kvalitetna njega i skrb te gospodin LP kao i brojni bolesnici sa traheostomom navodi da mu je kvaliteta života dobra, bolesnicima ovisnim o disanju uz pomoć traheostome imaju veoma ograničene načine svakodnevnog života. Neke studije navode da 21 % bolesnika nikad ne napuštaju svoj dom, a 95 % bolesnika provode dane gledajući TV ili razgovarajući sa obitelji i prijateljima. [22] Takvu statistiku potvrđuju

gospodin LP, ali i većina bolesnika sa kojima se susrećemo u našoj praksi. Obitelj bolesnika pak u istraživanjima često izražavaju nisku kvalitetu svog osobnog života zbog opterećenja koju intenzivna skrb za bolesnika uzrokuje. Sukladno postojećoj stručnoj i znanstvenoj literaturi i iskustvu brige za traheotomirane bolesnike niz godina, u ovom završnom radu prepoznati su brojni načini poboljšanja rada u sestrinskoj struci kao i smjernice za poboljšanje same kvalitete života traheotomiranog bolesnika i njegove obitelji.

Poboljšanje života kroz fizičko i zdravstveno stanje bolesnika sa traheostomom moguće je na nekoliko načina. Engleska literatura navodi postojanje i ulogu medicinske sestre specijalizirane za rad s traheotomiranim bolesnicima. Njihov rad znatno doprinosi skrbi i boljem životu bolesnika sa trajnom traheostomom, ali i znatno smanjuje troškove liječenja. Uloga takve medicinske sestre je edukacija bolesnika i njegove obitelji, ali i edukacija nespecijaliziranih medicinskih sestara, bilo da je to na bolničkim odjelima i kod otpusta iz bolnice [23,24] ili kroz suradnju sa medicinskim sestrama iz djelokruga opće medicine, kao i s liječnicima obiteljske medicine. Na taj se način smanjuje se i broj odgoda otpusta i ponovnih hospitalizacija te se povećava stupanj kvalitete bolesnikova života[25,26]. S druge strane povjerenje bolesnika u medicinsku sestru i njezinu stručnost bilo na specijalističkoj ili općoj razini sestrinstva također pozitivno utječe na bolesnikovo prilagođavanje na život s traheostomom. Poboljšanje trenutne prakse prema stranim smjernicama, a u skladu sa realnim mogućnostima naše zemlje svakako bi uključivalo dodatna edukacija medicinskih sestara na odjelima na kojima su često hospitalizirani bolesnici sa trajnom traheostomom[26]. Nadalje, unutarnjom organizacijom moguća je raspodjela poslova ovisno o sposobnostima pojedine medicinske sestre koja bi uključivala i „sestru za traheostome“. Nadalje, moguće je djelovanje grupe ili savjetovišta za bolesnike sa traheostomom ili članove njihovih obitelji ili izrada letaka sa savjetima i potrebnim kontaktima. Nadalje, jedan od načina podrške obitelji u kućnoj skrbi za bolesnika s kojim bi se svakako složio i sam bolesnik je povremena, ali češća hospitalizacija bolesniku koja bi omogućila članovima obitelji da se fizički i psihički odmore od zahtjevne skrbi za bolesnika. Kvaliteta života koja je smanjena nemogućnošću kretanja mogla bi se poboljšati nabavkom ležećih kolica u kojem bi se bolesnika moglo izvesti van njegove sobe. Sama pokretljivost tj. održavanje pokretnosti zglobova mogla bi se poboljšati uključivanjem fizioterapeuta-volontera iz lokalne zajednice uz usluge fizioterapeuta odobrene od strane HZZO-a.

Duhovno stanje bolesnika s traheostomom i njegove obitelji može se poboljšati poticanjem razgovora o duhovnim potrebama, kontinuiranim dolaskom duhovnika te edukacijom profesionalaca o sagledavanju duhovnih potreba i poteškoća. Potaknuti uključene profesionalce u koje bolesnik ima povjerenja da povremenu spominju i nastoje dotaknuti duhovne potrebe i poteškoće bolesnika. Empatijom i suosjećajnim pristupom, razgovorom o duhovnim nevoljama (bezvoljnosti, besmislenosti, besciljnosti...) te poticanjem duhovnih izvora jakosti (nadam, smislom, svrhom) potaknulo bi u bolesnika da pronade u sebi unutarnje snage iscjeljenja i/li prihvaćanja.

Svi autori koji opisuju život bolesnika sa trajnom ventilacijom pomoću traheostome kao i studije provedene sa bolesnicima i obiteljima naglašavaju psihosocijalne izazove sa

kojima se susreću i bolesnici i njihove obitelji, posebno u fazama pogoršanja bolesti. Na isti način naglašava se potreba za podrškom koju je potrebno pružiti i samom bolesniku i članovima obitelji, svakom ovisno o njihovim psihološkim ili socijalnim poteškoćama. [27] Psihosocijalni aspekt skrbi jedan je od područja koje je potrebno unaprijediti, kako kod gospodina LP, tako i kod većine bolesnika sa traheostomom koji dolaze na naše odjele. Jedan od najizazovnijih i najtežih zadataka u cjelovitoj skrbi za bolesnika i obitelj je „pomiriti“ osjećaj grižnje savjesti kod bolesnika i osjećaja tereta koji predstavlja za obitelj i tereta koji takva kompleksna neminovno s vremenom nameće obitelji, iako oni samovoljno i sa velikom ljubavlju brinu za svoga člana obitelji. Podršku i razumijevanja za ovakve osjećaje koji su prirodni može unaprijediti svatko tko je uključen u skrb za takvog bolesnika, bilo da je profesionalac ili volonter. Nadalje, aktivnije uključivanje volontera na tjednoj bazi mogu doprinijeti boljoj socijalizaciji te razviti neobavezujuće razgovore i druženja koja razveseljavaju bolesnika i odvrćaju pažnju od njegove bolesti. U sklopu volonterskih aktivnosti mogle bi se osmisliti aktivnosti terapije umjetnošću u kojima bi bolesnik otkrio načine iskazivanja osjećaja ako je, kao u slučaju gosp.LP, očuvana funkcija ruku. Poboljšanje socijalizacije bolesnika moglo bi se poboljšati korištenjem Interneta kao „veze sa svijetom“. Uz volonterski angažman kod bolesnika kao što je gospodin LP i brojni slični bolesnici u Hrvatskoj svakako bi trebalo pojačano i kontinuirano uključiti profesionalce iz područja psihologije i socijalnog rada koji bi na formalni i profesionalni način pružili psihološku pomoć i podršku bolesniku, ali i njegovim članovima obitelji. Ti stručnjaci bi se kao resurs mogli koristiti u suradnji sa organizacijama civilnog društva koje zapošljavaju takve stručnjake ili u suradnji sa državnim ili lokalnim institucijama koje bi bile spremne angažirati svoje zaposlenika za posjet bolesnicima u njihovom domu.

Navedenim načinom poboljšanja u radu medicinske sestre i stručnjaci uključeni u skrb, bolesniku s traheostomom i njegovoj obitelji poboljšali bi kvalitetu života s obzirom na sve promjene i poteškoće.

9. Zaključak

Podizanje kvalitete života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji dugotrajan je proces koji obuhvaća multidisciplinarni pristup. Medicinske sestre su prve u doticaju sa oboljelima i one imaju značajnu ulogu u poboljšanju kvalitete života bolesnika s traheostomom. Svojim znanjem, profesionalnošću, iskustvom i vještinama mogu pomoći u promicanju kvalitetnijeg života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji. Glavni cilj je postići i zadržati najbolju moguću kvalitetu života bolesnika s traheostomom i njegove obitelji.

Prikazom slučaja utvrdilo se da multidisciplinarni pristup bolesniku s traheostomom i njegovoj obitelji pružena kvalitetna zdravstvenu skrb. Fizičke potrebe bolesnika i njegove obitelji su u potpunosti zadovoljene, dok su psihosocijalne i duhovne zadovoljene djelomično.

Psihosocijalni problemi u vidu socijalne izolacije, negativne percepcije vlastitog tijela, tjeskobe, anksioznosti, neprihvatanja u društvu potrebno je unaprijediti. Uključivanjem psihologa i socijalnog radnika bolesniku i njegovoj obitelji olakšalo bi navedene probleme. Uključivanjem bolesnika i njegove obitelji u udruge traheotomiranih bolesnika osjećaj socijalne izolacije bi se uvelike smanjio. U udrugama se bolesnici osjećaju prihvaćeno, aktivno sudjeluju, međusobno si pomažu, izmjenjuju iskustva i uviđaju probleme koje nosi traheostoma.

Osim toga, društveni odnosi bolesnika s traheostomom je područje u kojem treba aktivnije djelovati. Češćim informiranjem javnosti, održavanjem tribina, edukacijama stanovništva mogu se smanjiti predrasude i povećati prihvaćenost oboljelih u društvu što im je bitno za kvalitetu života, samopercepcije u/s promijenjenim izgledom i načinom komunikacije.

Smjernice za poboljšanje kvalitete života bolesnika s traheostomom su u usavršavanju medicinskih sestara za psihičku i fizičku pripremu bolesnika za život s traheostomom. Profesionalnost raste kontinuiranim usavršavanjem, odlascima na simpozije i kongrese. Na odjelima trebala bi biti definirana medicinska sestra koja bi pružala edukaciju i uključivala se aktivno u udruge traheotomiranih bolesnika. Gledajući bolesnika sveukupno sa fizičkim, psihičkim, socijalnim i duhovnim potrebama pristup treba biti individualan. Opće smjernice su za sve pacijente iste u njezi i održavanju toaleta traheostome, prevenciji komplikacija i integracije bolesnika u društvo.

U Varaždinu, 27.9.2016

Mati Videta

10. Literatura

- [1] G. Vuletić i sur.: Kvaliteta života i zdravlje, Hrvatska zaklada za znanost, Osijek, 2011.
- [2] http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- [3] <http://famona.sezampro.rs/medifiles/otohns/katedra/orl7.pdf>
- [4] R. Mladina i sur.: Otorinolaringologija, Školska knjiga, Zagreb, 2004.
- [5] M. Turić, K. Kolarić, D. Eljuga: Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 1996.
- [6] B. Laurović: Pregledni članak - Proces zdravstvene njege bolesnika s traheostomom, Nursing Journal, br. 18, studeni 2013, str. 208-214
- [7] M. Jukić, V. Gašparović, I. Husedžinović, V. Majerić-Kogler, M. Perić, J. Žunić: Intenzivna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
- [8] I. Čupar: Kirurgija glave i vrata, Izdavački zavod jugoslavenske akademije, Zagreb, 1976.
- [9] N.D. Gul, A. Karadag: An evaluation of the quality of life in patients with tracheostomy, Pakistan Journal of Medical Sciences, br. 26, travanj-svibanj 2010, str. 444-449
- [10] N.K. Hashmi, E. Ransom, H. Nardone, N. Redding, N. Mirza: Laryngoscope, br. 120, 2010, str. 196
- [11] E.D. Blom, M.I. Singer, R.C. Hamaker: A prospective study of tracheoesophageal speech, Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, br. 112, 1986, 440-447
- [12] N. Prlić, V. Rogina i B. Muk: Zdravstvena njega IV, Školska knjiga, Zagreb, 2001.
- [13] J. Bach: A comparison of long-term ventilatory support alternatives from the perspective of the patient and care-giver, Chest, br. 104, prosinac 1993, str. 1702-1706
- [14] D. Annane, J. Chevrolet, S. Chevret, J. Raphael: Nocturnal mechanical ventilation for chronic hypoventilation in patients with neuromuscular and chest wall disorders, Cochrane Database Syst Rev., br. 17, listopad 2007.

- [15] M. B. Bromberg, D. A. Forshe, S. Iaderosa, E.R. McDonald: Ventilator dependency in ALS: Management, disease progression, and issues of coping, *Neurorehabilitation and Neural Repair*, br. 10, rujan 1996, str. 195-199
- [16] P. A. Cazzoli, E. A. Oppenheimer: Home mechanical ventilation for amyotrophic lateral sclerosis: nasal compared to tracheostomy-intermittent positive pressure ventilation, *Journal of Neurological Sciences*, br. 139, kolovoz 1996, str. 123-128
- [17] A. H. Moss, E. A. Oppenheimer, P. Casey, P. A. Cazzoli, R. P. Roos, C. B. Stocking, M. Siegler: Patient with amyotrophic lateral sclerosis receiving long-term mechanical ventilation. Advance care planning and outcomes, *Chest*, br. 110, srpanj 1996, str. 249-255
- [18] D. Gelinas, P. O'Connor, R. Miller: Quality of live for ventilator-dependent ALS patient and their caregivers, *Journal of the Neurological Sciences*, br. 160, listopad 1998, str. 134-136
- [19] S. C. Houde, V. Mangolds: Amyotrophic lateral sclerosis; a team approach to primary care, *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, br. 3, studeni 1999, str. 337-345
- [20] D. Oliver: The develoment of an interdisciplinary outpatient clinic in specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, br. 10, rujan 2004, str. 446-448
- [21] D. Oliver, G.D. Borasio, D. Walsh: *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis From diagnosis to bereavement*, Oxford University press, 2006.
- [22] Moss A. H., Casey P., Stocking C. B., Ross R. P., Brooks B. R., Seigler M. (1993) Home ventilation for amyotrophic lateral sclerosis patients : outcomes, costs and patient, family and physician attitudes. *Neurology* 43 : 438-43
- [23] L. B. Bruner, D. S. Suddarth: *Textbook of Medical Surgical Nursing*, J. B. L. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
- [24] M. Edgton-Winn, K. Wright: Tracheostomy: a guide to nursing care, *Australian Journal of Advanced Nursing*, br. 13, studeni 2005, str. 17-20
- [25] C. Russell, H. Harkin: The benefits of tracheostomy specialist nurses, *Nursing Times*, br. 97, studeni, str. 40-41
- [26] C. Russell: Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management, *British Journal of Nursing*, br. 14, svibanj 2005, str. 428-433
- [27] Kaub-Wittermer D¹, Steinbüchel Nv, Wasner M, Laier-Groeneveld G, Borasio
Quality of life and psychosocial issues in ventilated patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers *J Pain Symptom Manage.* 2003 Oct;26(4):890-6.

11. Prilozi

1. Upitnik WHOQOL-BREF
2. Suglasnost za pristanak odobravanja medicinske dokumentacije su svrhu pisanja diplomskog rada

Prilog 1

WHOQOL – BREF

PROGRAM SVJETSKE ORGANIZACIJE ZA MENTALNO ZDRAVLJE GENEVA

RB

--	--	--	--

O VAMA

Na početku molimo vas da odgovorite na nekoliko općih pitanja o vama zaokruživanjem točnih odgovora ili popunjavanjem za to predviđenih prostora.

Spol

M Ž

Dobna skupina

- a) 30 – 40 godina
- b) 41 – 50 godina
- c) 51 – 60 godina
- d) više od 60 godina

Stupanj završenog obrazovanja

- a) bez završene škole
- b) osnovna škola
- c) srednja škola
- d) VŠ/VSS

Bračni status

- a) samac
- b) oženjen/udana
- c) izvanbračna zajednica
- d) odvojeni život
- e) rastavljen/a
- f) udovac/ica

UPUTE

Ovaj upitnik je o vašoj kvaliteti života, zdravlju ili drugim područjima vašeg života. Molimo odgovorite na sva pitanja. Ukoliko niste sigurni koji bi odgovor dali, izaberite onaj koji smatrate najprihvatljivijim. To često može biti odgovor koji vam prvi padne na pamet.

Molimo imajte na umu vaše standarde, nade, užitke i brige. Molimo vas da uzmete u obzir vaš život u posljednja dva tjedna.

Molimo pročitajte svako pitanje, preispitajte svoje osjećaje i zaokružite broj na skali za svako pitanje koji najbolje odražava vaše mišljenje.

		Vrlo loše	Loše	Srednje	Dobro	Jako dobro
1	Kako bi ocijenili kvalitetu vašeg života?	1	2	3	4	5

		Jako nezadovoljni	Nezadovoljni	Srednje zadovoljni	Zadovoljni	Jako zadovoljni
2	Kako ste zadovoljni vašim zdravljem?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja su o tome koliko ste nečega iskusili u posljednja dva tjedna.

		Ni malo	Malo	Umjereno	Puno	Jako puno
3	U kojoj mjeri vas fizička bol sprječava u obavljanju onoga što trebate napraviti?	1	2	3	4	5
4	Koliko vam je potrebna medicinska pomoć da bi funkcionirali u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
5	Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6	U kojoj mjeri osjećate da je vaš život smislen?	1	2	3	4	5

		Ni malo	Malo	Umjereno	Puno	Jako puno
7	Koliko se dobro koncentirate?	1	2	3	4	5
8	Koliko se sigurno osjećate u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
9	Koliko je zdravo vaše fizičko okruženje?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja su o tome koliko potpuno ste iskusili ili bili u mogućnosti napraviti određene stvari u posljednja dva tjedna.

		Ni malo	Malo	Umjereno	Uglavnom	U potpunosti
10	Da li imate dovoljno snage za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
11	Da li možete prihvatiti vaš vanjski izgled?	1	2	3	4	5
12	Da li imate dovoljno novca za svoje potrebe?	1	2	3	4	5
13	Koliko su vam dostupne informacije potrebne za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
14	U kojoj mjeri ste u mogućnosti baviti se aktivnostima za razonodu?	1	2	3	4	5

		Vrlo loše	Loše	Ni dobro ni loše	Dobro	Jako dobro
15	Koliko se dobro snalazite?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja se odnose na to koliko ste zadovoljni sa različitim aspektima vašeg života u posljednja dva tjedna.

		Vrlo nezadovoljni	Nezadovoljni	Ni zadovoljni ni nezadovoljni	Zadovoljni	Vrlo zadovoljni
16	Koliko ste zadovoljni spavanjem?	1	2	3	4	5
17	Koliko ste zadovoljni mogućnošću izvođenja svakodnevnih aktivnosti?	1	2	3	4	5
18	Koliko ste zadovoljni vašim kapacitetima za	1	2	3	4	5

	rad?					
19	Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5
20	Koliko ste zadovoljni osobnim vezama	1	2	3	4	5

21	Koliko ste zadovoljni seksualnim životom?	1	2	3	4	5
22	Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?	1	2	3	4	5
23	Koliko ste zadovoljni uvjetima vašeg životnog prostora?	1	2	3	4	5
24	Koliko ste zadovoljni pristupom zdravstvenim uslugama?	1	2	3	4	5
25	Koliko ste zadovoljni prijevozom?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na to koliko često ste osjetili ili iskusili određene stvari u posljednja dva tjedna.

		Nikad	Povremeno	Često	Vrlo često	Uvijek
26	Koliko često imate negativne osjećaje kao što su bezvoljnost, očaj, anksioznost, depresija?	1	2	3	4	5

Da li vam je netko pomogao popuniti ovaj obrazac?

Koliko dugo vam je trebalo da popunite ovaj obrazac?

Da li imate komentar na upitnik?

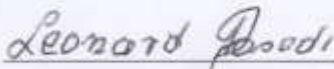
ZAHVALJUJEMO ZA VAŠU POMOĆ

Suglasnost za pristanak odobravanja medicinske dokumentacije u svrhu pisanja diplomskog rada

Ja, gos. Leonard Posedi r. 29.10.1948 iz Goričana suglasan sam da medicinska sestra Mati Violeta r.09.05.1978. g. iz Goričana može koristiti moju medicinsku dokumentaciju u svrhu pisanja diplomskog rada na temu

„Kvaliteta života obitelji i bolesnika s traheostomom“

U Goričanu, 27.05.2016 g.



Potpis bolesnika



Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski 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 locirasti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvoca 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, Violeta Mati (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom "Kvaliteta života, obitelji i bolesnika s traheostomom" (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mati Violeta
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Violeta Mati (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom "Kvaliteta života obitelji i bolesnika s traheostomom" (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mati Violeta
(vlastoručni potpis)