

Uloga medicinske sestre u prevenciji i ranom otkrivanju disfagičnih smetnji kod laringektomiranih osoba

Hrvat Radunković, Matea

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:898021>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI I RANOM
OTKRIVANJU DISFAGIČNIH SMETNJI KOD
LARINGEKTOMIRANIH OSOBA**

Završni rad br. 29/SES/2019

Matea Hrvat Radunković

Bjelovar, travanj 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Hrvat Radunković Matea** Datum: 30.04.2019. Matični broj: 001300
JMBAG: 0314012456

Kolegij: **OTORINOLARINGOLOGIJA**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u prevenciji i ranom otkrivanju disfagičnih smetnji kod laringektomiranih osoba**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Otorinolaringologija**

Mentor: **dr.sc. Stjepan Grabovac** zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Živko Stojčić, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **dr.sc. Stjepan Grabovac, mentor**
3. **dr.sc. Ljiljana Širić, komentor**

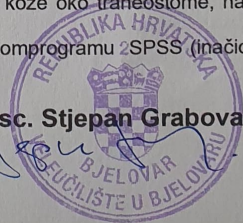
2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 29/SES/2019

U završnom radu bit će provedeno istraživanje o poteškoćama gutanja kod osoba kod kojih je izvršen operacijski zahvat na grkljanu. Istraživanje će se provesti u Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata Kliničkog bolničkog centra Osijek uz suglasnost rukovodioca ustanove, Etičkog povjerenstva KBC-a Osijek i Etičkog povjerenstva Veleučilišta u Bjelovaru. U studiju se planira uključiti 40 laringektomiranih ispitanika oba spola, različite životne dobi. Ispitanici će biti podijeljeni u skupine ovisno o vrsti laringektomije: 25 nakon totalne i 15 ispitanika nakon parcijalne laringektomije. Svi bolesnici bit će detaljno i pravovremeno informirani o provođenju istraživanja. U studiju će biti uključeni samo oni ispitanici koji su dali svoj pisani pristanak. Podatci će se prikupljati anketnim upitnikom koji će sadržavati sljedeće varijable: dob i spol bolesnika; vrsta operacije - totalna -parcijalna laringektomija; vrsta onkološkog liječenja, tjelesna težina; smetnje gutanja; aspiracija, kašalj, aspiracijska pneumonija, izlazak hrane na kanilu, upala kože oko traheostome, nazalna regurgitacija, salivacija, kvaliteta života.

Podatci dobiveni upitnikom bit će statistički obrađeni u statističkom programu SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

Zadatak uručen: 30.04.2019.

Mentor: **dr.sc. Stjepan Grabovac**



Zahvala

Zahvaljujem svom mentoru dr. sc. Stjepanu Grabovcu i sumentorici dr. sc. Ljiljani Širić na savjetima, stručnoj pomoći, podršci i velikom razumijevanju u izradi ovog rada.

Zahvaljujem dr. sc. Marini Pilj Tomić, profesorici hrvatskog jezika i književnosti, na stručnim savjetima i pomoći iz područja njezine struke.

Zahvaljujem kolegicama sa ZIM-a i ORL-a Kliničkog bolničkog centra Osijek na susretljivosti i podršci.

Zahvaljujem svim pacijentima koji su pristali sudjelovati u ulozi ispitanika.

Također, veliko hvala suprugu i obitelji koji su mi pružali podršku i pomoć tijekom studiranja.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Laringektomija	2
1.2. Parcijalna laringektomija	2
1.3. Totalna laringektomija	2
1.4. Disfagija	3
1.5. Simptomi karcinoma grkljana po sijelima.....	4
1.6. Disfagija nakon parcijalne i totalne laringektomije	5
1.7. Disfagija nakon onkološke terapije.....	6
1.8. Komplikacije disfagije	6
1.9. Sestrinska njega i intervencije	7
2. CILJEVI RADA.....	9
3. HIPOTEZE	10
4. METODE.....	11
5. REZULTATI.....	12
6. RASPRAVA.....	24
7. ZAKLJUČAK.....	26
8. LITERATURA	27
9. OZNAKE I KRATICE	29
10. SAŽETAK.....	30
11. SUMMARY	31
12. PRILOZI.....	32

1. UVOD

Karcinom grkljana najčešći je rak glave i vrata te je češći kod muškaraca nego kod žena. Pogađa osobe starije životne dobi, između pedesete i sedamdesete godine života. Uzrok nije u potpunosti jasan, iako konzumiranje duhana i alkoholnih pića povećava rizik za nastanak karcinoma grkljana. Ovisno o tome kada je dijagnosticiran, u liječenju se može koristiti kemoterapija (KT), radioterapija (RT), ili njihova kombinacija, kirurško liječenje i rehabilitacija (1).

Još davne 1966. godine, Virginia Henderson dala je najpoznatiju definiciju sestinstva, koja je i danas najraširenija i međunarodno korištena, a glasi: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti.“ (2).

Medicinska sestra je član zdravstvenog tima, nužno surađuje s ostalim članovima tima, ali ima područje svoga rada (2). Ima odgovornu i glavnu ulogu u komunikaciji s bolesnicima, pa tako i s bolesnicima oboljelim od karcinoma grkljana. Njezina zadaća je razgovorom upoznati probleme bolesnika i pomoći u njihovu rješavanju. Bolesnik s traheostomom ima osjećaj potištenosti, nemoći, nesigurnosti, ali i hendikep u komunikaciji s okolinom. Nemogućnost glasnog govora dovodi do smanjena kvalitete života pacijenta i izaziva frustraciju zbog otežane sposobnosti komunikacije s okolinom (3). Pristupačnost, stručnost te pažljivo slušanje omogućuje medicinskoj sestri da pridobije bolesnikovo povjerenje, odagna strah i tjeskobu, te omogući dobru suradnju u daljnjem liječenju.

Za oporavak te pružanje podrške pacijentu zaslužan je tim stručnjaka (otorinolaringolog – kirurg glave i vrata, onkolog, anesteziolog, logoped, psiholog, medicinske sestre, obiteljski liječnik, po potrebi socijalni radnik), ali i obitelj, koja je važna karika u izvještavanju medicinskog osoblja o stanju pacijenta kod kuće.

1.1. Laringektomija

Laringektomija je djelomično ili potpuno otklanjanje grkljana kirurškim putem. Ovisno o lokalizaciji i o tome koliko se tumor proširio, određuje se hoće li se izvesti parcijalna ili totalna laringektomija.

1.2. Parcijalna laringektomija

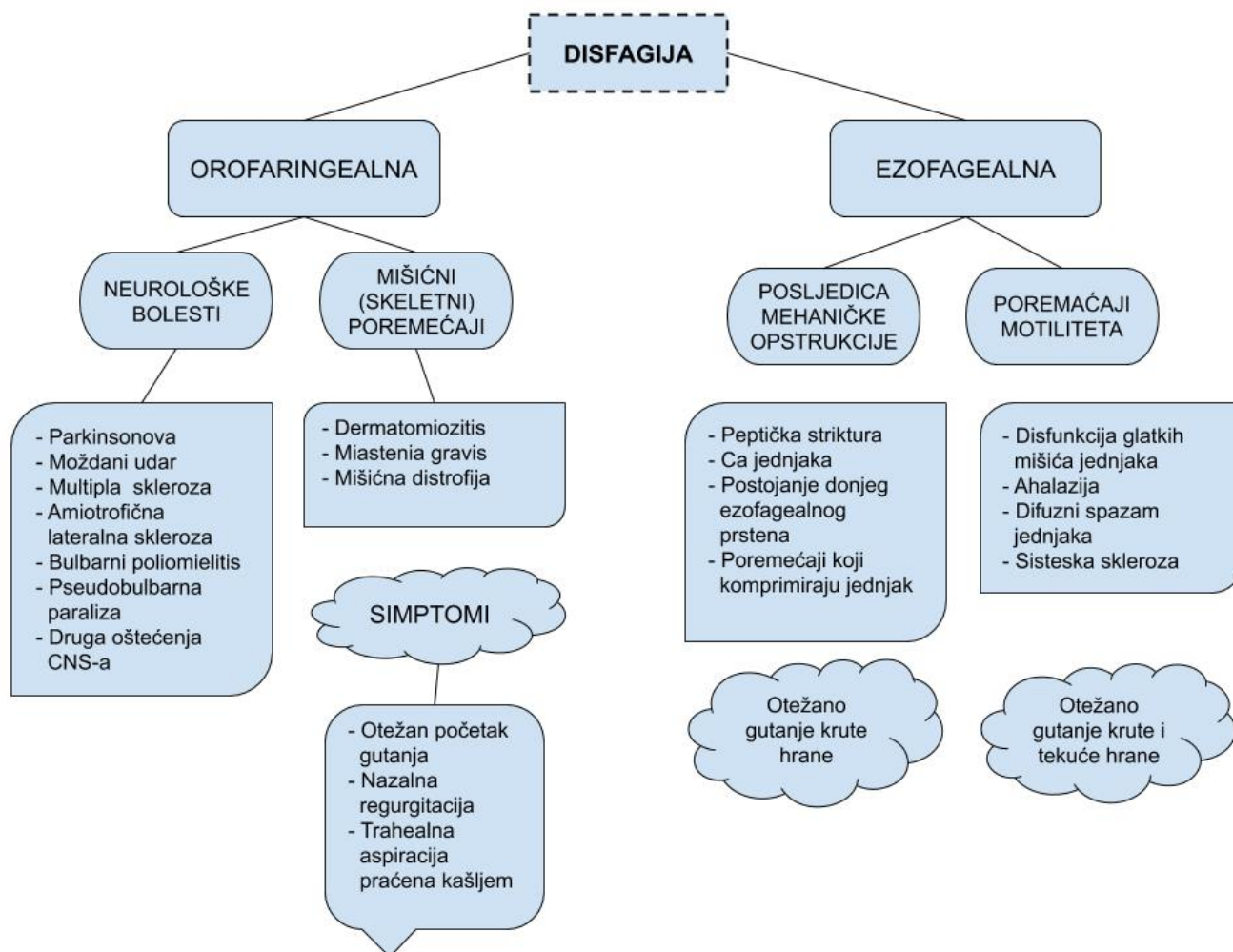
Parcijalnom laringektomijom pristupa se ako je karcinom dijagnosticiran u ranom stadiju; kirurg odstranjuje dio govornog aparata, a traheostoma je privremena. Nakon kratkog razdoblja oporavka, tubus se odstranjuje, a stoma zatvara, te bolesnik može normalno disati i govoriti. Kod parcijalne laringektomije odabire se vertikalna, horizontalna ili tročetvrtinska laringektomija, ovisno o primarnom sijelu tumora (3).

1.3. Totalna laringektomija

Totalnom laringektomijom odstranjuje se cijeli grkljan s tumorom i okolnim tkivom. Trajno se odvaja gornji i donji dio dišnog puta, te se razdvaja dišni put od probavnog (3, 4). Bolesniku traheostoma postaje trajna te pomoću nje uspostavlja disanje, a uredan govor mu je onemogućen. Tim gubitkom, pacijent se osjeća ugroženim u svojoj obiteljskoj, radnoj i socijalnoj sredini. Od velike je važnosti podrška medicinske sestre, kako bi pomogla bolesniku u olakšavanju svakodnevnog funkcioniranja. Osim podrške, zadaća medicinske sestre je upoznati bolesnika s postoperativnim njegom koja uključuje održavanje prohodnosti i toalete kanile, uredno održavanje okoline traheostome, mijenjanje kanile svakodnevno, te naučiti pacijenta kako se samostalno skrbiti za traheostomu.

1.4. Disfagija

Osim disanja i govora, veliki problem bolesniku predstavlja i otežano gutanje, poznato pod nazivom disfagija (grč. $\delta\upsilon\sigma$ – teško ili loše; $\varphi\alpha\gamma\epsilon\upsilon\nu$ – jesti). Disfagija je stanje u kojemu je potrebno više vremena i napora kako bi tekućina ili hrana prošle put od usta do želuca, te ponekad izaziva bol ili je gutanje onemogućeno. Javlja se u svim dobnim skupinama, a razlikujemo dva tipa disfagije, orofaringealnu i ezofagealnu disfagiju.



Slika 1. Vrste disfagije

Orofaringealna ili visoka disfagija najčešće se pojavljuje kod laringektomiranih bolesnika, ali je česta i kod neuroloških bolesnika s mišićnim poremećajima koji zahvaćaju skeletne mišiće. Bolesnici se žale na otežan početak gutanja, nazalnu regurgitaciju i aspiraciju s kašljem. Najčešće neurološke bolesti su Parkinsonova bolest, multipla skleroza, moždani udar, amiotrofična lateralna skleroza, demencija i druga oštećenja CNS-a. Miastenija gravis, mišićna distrofija i dermatomiozitis pripadaju bolestima mišića (3, 5).

Ezofagealna ili niska disfagija može biti posljedica poremećaja motiliteta jednjaka ili njegove mehaničke opstrukcije. Stupanj disfagije ovisi o tome koliki je poremećaj motiliteta kao i koliko je lumen jednjaka zatvoren. Strana tijela jednjaka također su jedan od uzroka disfagije, a već po simptomima disfagije možemo zaključiti gdje se strano tijelo nalazi. Ukoliko je strano tijelo već u prvom suženju pacijent ne može progutati niti vodu i ona se odmah vraća na usta, a ukoliko se strano tijelo nalazi u predjelu trećeg suženja voda se tek nakon nekog vremena vraća na usta (3, 5).

Karcinomi jednjaka rastu sporo i podmuklo i često je tek gubitak tjelesne mase kao posljedica disfagije njihov prvi simptom.

1.5. Simptomi karcinoma grkljana po sijelima

S obzirom na lokalizaciju, karcinome grkljana možemo podijeliti na supraglotičke, glotičke i subglotičke (6). Takva podjela omogućuje liječniku odabir specifičnog liječenja zbog toga što se simptomi, načini širenja, te prognoza razlikuju po sijelima.

- Supraglotis

Većinom nastaje na laringealnoj strani epiglotisa okrenutoj prema larinksu (7). Prvi simptom supraglotične lokalizacije može biti čvor na vratu. Kasnije se bolesnik žali na bol pri gutanju koja se nerijetko širi prema uhu. Učestalost karcinoma ovog sijela kreće se od 35 do 40% (8).

- Glotis

Nastaje na glasnicama, najčešće na prednjem dijelu glasnica. Tumori ovog područja sporo se šire u okolinu, zbog toga što su slabo opskrbljeni limfnim i krvnim žilama (9). Prvi simptom glotičkog

tumora je promuklost, pa se obično i rano dijagnosticira (10). Učestalost ovog karcinoma je od 55 do 60% (8).

- Subglotis

Zahvaća područje ispod glasnica do razine prve trahealne hrskavice (7). Bolesnik dolazi liječniku zbog otežanog disanja, a konačni ishod je respiratorna insuficijencija. Najrjeđi je od svih karcinoma larinksa, oko 5% (8).

Ostali simptomi kao teško gutanje, disanje, krvavi ispljuvak, disfagične tegobe te gubitak na težini znači da se tumor proširio, a samim je time i prognoza lošija.

1.6. Disfagija nakon parcijalne i totalne laringektomije

Kako bi se sačuvala normalna funkcija grkljana uz najveći stupanj izlječenja bolesti, izvodi se parcijalna laringektomija. Aspiracija je najčešća komplikacija koja se javlja u ovome području pri resekciji tumora. Horizontalnom parcijalnom laringektomijom čuvaju se osnovne funkcije organa kao što su respiracija i fonacija, ali imaju često za posljedicu poteškoće s gutanjem. Prisutni su poremećaji u svim fazama fiziološkog gutanja. U oralnoj fazi dolazi do nesposobnosti zadržavanja bolusa, posebno tekuće ili kašaste konzistencije. Dio bolesnika također ima poteškoća s nekontroliranim bolusima i preranim gutanjem. U faringealnoj fazi gutanja, vrijeme prolaza bolusa je sporiji, te je registrirana oslabljena ždrijelna peristaltika. Dio bolesnika ima smanjenu elevaciju, zatvaranje grkljana i aspiraciju. Vertikalnom parcijalnom laringektomijom, jezična kost, epiglotis i aritenoidi su netaknuti pa pacijent ima očuvanu funkciju zatvaranja dišnoga puta pri gutanju (3, 11).

Totalnom laringektomijom odstranjuje se grkljan u cijelosti zajedno s jezičnom kosti. Pacijentima je dušnik trajno odvojen od jednjaka te imaju manje poteškoća pri gutanju. Poteškoće mogu imati pri potiskivanju bolusa kroz usnu šupljinu i ždrijelo, zbog manjka jezične kosti (3, 12). Disanje na traheostomu može dovesti do češćih infekcija donjih dišnih puteva. Osim mogućih infekcija, bolesnik ima reduciran (hiposomija) ili potpuno onemogućen osjet mirisa (anosmija) (3, 13). Redukcija i gubitak olfaktorne funkcije javlja se 35-78% kod laringektomiranih osoba (14, 15). Osim disfunkcije njuha, neki pacijenti imaju problema i s disfunkcijom osjeta okusa. Nakon učinjene totalne laringektomije, pacijenti imaju veliki rizik i od aspiracije. Nemogućnost glasovnog govora jedna je od

trajnih promjena nakon laringektomije. Grkljan u zdravih osoba sudjeluje u obavljanju fizioloških potreba (defekacija, uriniranje), te u obavljanju radnji koje iziskuju napor, pa tako poneki bolesnici imaju problema i s tim funkcijama (3, 16).

1.7. Disfagija nakon onkološke terapije

Zračenje uzrokuje rane i kasne posljedice koje mogu poremetiti gutanje. Posljedice ranih učinka mogu biti: suhoća usne šupljine (kserostomija), upala sluznice usne šupljine (mukozitis), bolno gutanje (odinofagija), krvarenje i eritem.

Kasne posljedice zračenja mogu biti: prolazna nemogućnost otvaranja usta (trismus), osteoradionekroza, promijenjena flora usne šupljine, karijes, te nedostatak zuba (17).

Česte nuspojave lijekova koje se koriste u liječenju kemoterapije su: mučnina, povraćanje, slabost, umor, gubitak tjelesne težine, te neutropenija. Nastali stomatitis može biti posljedica poremećaja gutanja nakon kemoterapije (12).

1.8. Komplikacije disfagije

Aspiracija je najčešća komplikacija disfagije. Manifestira se kašljanjem ili pročišćavanjem grla za vrijeme, prije ili poslije gutanja. Bolesnik ima povećanu sekreciju iz donjih dišnih putova, te nadražaj na kašalj, pa pri tome izbacuje sluz i nerijetko krv. Medicinska sestra potiče pacijenta na iskašljavanje, ali ukoliko je bolesnik slab i ne može iskašljati, vrši se aspiracija. Aspiracijska pneumonija je posljedica aspiracije koja može ugroziti život pacijenta, prvenstveno pacijente starije životne dobi. Nedovoljan unos hrane i tekućine može dovesti do malnutricije, pada imuniteta i dehidracije.

1.9. Sestrinska njega i intervencije

- Uloga medicinske sestre u načinu hranjenja kod bolesnika nakon zahvata: prehrana putem nazogastrične sonde / hranjenje pacijenta

Uloga medicinske sestre je naučiti pacijenta kako se hraniti te održavati nazogastričnu sondu. Za prehranu nazogastričnom sondom potrebna je: tekuća hrana (miksana ili pasirana hrana, farmaceutski pripravak ili pripravak u obliku praha), tekućina i velika štrcaljka (60 ml). Pacijent treba biti u uspravnom položaju za vrijeme hranjenja. Hrana koju pacijent koristi treba biti ugrijana na temperaturi tijela, odgovarajuće hranidbene vrijednosti (2). Dnevna doza koja se preporučuje jest 1500 do 2000 ml. Lijekovi koje pacijent koristi također se mogu dati putem nazogastrične sonde u usitnjenom ili tekućem obliku. Prije no što započnemo hranjenje, potrebno je ispitati prohodnost sonde, a tek zatim uštrcati hranu. Nakon svakog hranjenja sondu je potrebno isprati vodom. Bez obzira na to što bolesnik ne jede na usta, važno je redovito održavanje usne šupljine i nosa. Sondu je potrebno mijenjati svakih 48 sati, a specijalne silikonske sonde svakih osam dana. Važno je sondu promijeniti uvijek kroz drugu nosnicu jer se dugotrajnim pritiskom sonde na osjetljiva mjesta može oštetiti koža i/ili sluznica (2).

- Uloga medicinske sestre u načinu hranjenja kod bolesnika nakon odstranjenja sonde

Kada se izvadi nazogastrična sonda, medicinska sestra treba educirati bolesnika o načinu hranjenja. Pažljivom prilagodbom hrane, te kontroliranim unosom hrane i tekućine, pridonosi se brzom i kvalitetnom oporavku bolesnika. Glavni je cilj održavati normalnu tjelesnu masu te osigurati bolesniku potrebne hranjive tvari kako bi očuvao snagu i lakše se nosio s posljedicama bolesti, a time povećao i kvalitetu života. Prehrana treba biti bogata energijom i proteinima kako bi se spriječila pothranjenost. Također, treba biti usklađena s bolesnikovim potrebama, ali i željama. Prepreke prilikom uzimanja hrane su smanjeni apetit, rana pojava sitosti, umor, teškoće kod gutanja, suhoća usta, osjetljivost na mirise, promjene okusa, mučnina i povraćanje. Zbog toga je potrebno razumijevanje i strpljivost. Bolesnik treba uzimati manje, a češće (5-8x) obroke, pripremljene na sobnoj temperaturi. U početku je potrebno uzimati pasiranu hranu, a nakon uvježbanog gutanja pacijent može jesti meku i hranu laku za žvakanje. Hranu je potrebno kuhati dok ne postane mekana, rezati na sitne komadiće ili usitnjavati u mikseru. Jaki začini, kisele i slane namirnice, gazirana pića, te oštra i suha hrana, mogle bi nadražiti

sluznicu, pa bi ih bilo najbolje izbjegavati. Potrebno je vagati bolesnika kako bi se vidjelo je li smanjenje tjelesne težine vezano uz smanjen unos hrane ili povećanu potrebu organizma za kalorijama.

- Njega traheostome

Uloga medicinske sestre je naučiti pacijenta kako živjeti sa traheostomom, kako ju održavati čistom, te kako njegovati okolinu traheostome. Zbog lakšeg iskašljavanja gustoga sekreta, potrebno je nekoliko puta tijekom dana ukapati fiziološku otopinu u traheostomu, te provjetravati prostoriju. Zimi je potrebno vlažiti zrak u prostoriji ili koristiti ovlaživače zraka ili vlažne inhalatore. Toaleta stome obavlja se na način da se kanila opere mehanički pomoću četkice, prokuha se nekoliko minuta, ohladi i dobro posuši. Čistu kanilu potrebno je namazati vazelinom ili ovlažiti sterilnom fiziološkom otopinom radi lakšeg klizanja u dušnik (18). Zatim se kanila nježno postavi u traheostomu. Okolinu traheostome potrebno je oprati mlakom vodom, dobro posušiti, te namazati zaštitnom kremom. Kako bi izbjegli mogućnost ozljeđivanja, muškarcima se preporučuje korištenje električnih aparata za brijanje, zbog nedostatka osjeta u području vrata.

2. CILJEVI RADA

- Opisati nakon kojeg tipa kirurškog zahvata se javlja disfagija, kojeg je tipa i učestalosti.
- Utvrditi postoji li povezanost između disfagije i ostalih posljedica liječenja.
- Utvrditi ulogu medicinske sestre / medicinskog tehničara u ranom prepoznavanju disfagičnih smetnji kod laringektomiranih osoba.
- Utvrditi i osvijestiti okolinu o važnosti otkrivanja i prevencije smetnji kod laringektomiranih osoba.
- Educirati medicinske sestre / medicinske tehničare o kućnoj enteralnoj prehrani za pacijente kojima je indicirano hranjenje nazogastričnom sondom.
- Educirati medicinske sestre / medicinske tehničare kako održavati i njegovati traheostomu.

3. HIPOTEZE

- Postoje kvalitativne razlike u funkciji gutanja između parcijalno i totalno laringektomiranih osoba.
- Postoji povezanost između izraženosti smetnje gutanja i ostalih ispitanih parametara.

4. METODE

U završnom radu provedeno je istraživanje o poteškoćama gutanja kod osoba kod kojih je izvršen operacijski zahvat na grkljanu.

Istraživanje se provelo u Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata Kliničkog bolničkog centra Osijek uz suglasnost rukovodioca ustanove, Etičkog povjerenstva KBC-a Osijek i Etičkog povjerenstva Veleučilišta u Bjelovaru.

U studiju se uključilo 40 laringektomiranih ispitanika oba spola, različite životne dobi. Ispitanici su podijeljeni u skupine ovisno o vrsti laringektomije: 25 nakon totalne ili totalno proširene laringektomije i 15 ispitanika nakon parcijalne (horizontalne ili vertikalne) laringektomije.

Svi su bolesnici detaljno i pravovremeno informirani o provođenju istraživanja, njihovoj ulozi u istraživanju, te su u studiju bili uključeni samo oni ispitanici koji su dali svoj pisani pristanak.

Podaci su prikupljeni anketnim upitnikom. Anketni upitnik je bio zatvoreni tip pitanja koja su prije statističke obrade šifrirana. Prvi dio pitanja odnosi se na demografske podatke. Drugi dio pitanja odnosi se na vrstu operativnog liječenja te komplikacije onkološkog liječenja. Treći dio upitnika sastoji se od komplikacija nakon operativnog zahvata.

Podatci dobiveni upitnikom statistički su obrađeni u statističkom programu SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD). Kategorijski su podaci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona s obzirom da raspodjela nije slijedila normalnu.

Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike nenormalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Povezanost numeričkih varijabli ocijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije r_s . Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na 0,05.

5. REZULTATI

Istraživanje je obuhvatilo uzorak od 40 ispitanika oba spola. Od ukupnog broja ispitanika 37 (92,5%) su bili muškarci, a 3 (7,5%) žene. Prva je skupina obuhvatila 25 ispitanika – 22 (88%) muškarca i 3 (12%) žene. U drugoj skupini sudjelovalo je 15 ispitanika, od toga 15 (100%) muškarci i 0 (0%) žene (tablica 1).

Tablica 1: Raspodjela po spolu

	GRUPA 1 (f,%)	GRUPA 2 (f,%)	UKUPNO (f,%)
M	22 (88)	15 (100)	37 (92,5)
Ž	3 (12)	0 (0)	3 (7,5)

Medijan životne dobi ukupno je iznosio 63,5 godine. U prvoj skupini medijan životne dobi iznosio je 64 godine, a u drugoj skupini iznosio je 63 godine (tablica 2).

Tablica 2: Raspodjela po dobi

	MEDIJAN (INTERKVARTILNI RASPON)
Grupa 1	64,00 (53,00-75,00)
Grupa 2	63,00 (40,00-76,00)
Ukupno	63,50 (40,00-76,00)

Od ukupno 40 ispitanika 1 (2,5%) ima višu stručnu spremu, 19 (47,5%) ima srednju stručnu spremu, a 20 (50%) nema stupanj obrazovanja. U prvoj skupini ispitanika 14 (56%) nema stručnu spremu, a 11 (44%) ima srednju stručnu spremu. Ispitanika s višom stručnom spremom u prvoj skupini nema. U drugoj skupini ispitanika 6 (40%) nema stručnu spremu, 8 (53,33%) ima srednju stručnu spremu, a 1 (6,66%) ima višu stručnu spremu (tablica 3).

Tablica 3: Raspodjela po stupnju obrazovanja

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Nema	14 (56)	6 (40)	20 (50)
SSS	11 (44)	8 (53,33)	19 (47,5)
VSS	0 (0)	1 (6,66)	1 (2,5)

Od ukupno 40 ispitanika 24 (60%) živi na selu, a 16 (40%) živi u gradu. U prvoj skupini 17 (68%) ispitanika živi na selu, a 8 (32%) u gradu. U drugoj skupini 7 (46,66%) ispitanika živi na selu, a 8 (53,33%) u gradu (tablica 4).

Tablica 4: Raspodjela po mjestu stanovanja

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Selo	17 (68)	7 (46,66)	24 (60)
Grad	8 (32)	8 (53,33)	16 (40)

Od 40 ispitanika 6 (15%) živi samostalno, dok 34 (85%) živi s obitelji. U prvoj skupini ispitanika 6 (24%) živi samostalno, a 19 (76%) živi s obitelji. U drugoj skupini 15 (100%) ispitanika živi s obitelji, a 0 (0%) ispitanika živi samostalno (tablica 5).

Tablica 5: Raspodjela po vrsti zaposlenja

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Nezaposlen	7 (28%)	5 (33,3%)	12 (30%)
U mirovini	18 (72%)	9 (60%)	27 (67,5%)
Zaposlen	-	1 (6,6%)	1 (2,5%)

Od ukupno 40 ispitanika 12 (30%) je nezaposlenih, 27 (67,5%) u mirovini, a 1 (2,5%) ispitanik je zaposlen. U prvoj skupini od ukupno 25 ispitanika 18 (72%) ispitanika je u mirovini, dok je 7 (28%) nezaposleno. U drugoj skupini 9 (60%) ispitanika je u mirovini, 1 (6,6%) ispitanik je zaposlen, a 5 (33,3%) je nezaposleno.

U drugoj skupini od ukupno 15 ispitanika, 9 (60%) je imalo horizontalnu parcijalnu laringektomiju, a 6 (40%) ispitanika horizontalnu vertikalnu laringekomiju.

Aritmetička sredina vremenskog razdoblja proteklog od operacije, uzimajući u obzir obje skupine, iznosi 2,4 godine. U prvoj je skupini iznosilo 2,3 godine, dok je u drugoj iznosilo 2,5 godine.

Od ukupnog broja ispitanika njih 3 (7,5%) bilo je izloženo liječenju kemoterapijom, 12 (30%) radioterapijom, 11 (27,5%) kombiniranom RKT, a 14 (35%) nije bilo izloženo onkološkom liječenju. U prvoj skupini ispitanika 2 (8%) je liječeno kemoterapijom, 6 (24%) radioterapijom, 8 (32%) kombiniranom RKT, a 9 (36%) nije bilo izloženo onkološkom liječenju. U drugoj skupini ispitanika 1 (6,6%) je izložen liječenju KT, 6 (40%) je izloženo liječenju RT, 3 (20%) je izloženo kombiniranom liječenju RKT, a 5 (33,3%) nije bilo izloženo onkološkom liječenju (tablica 6).

Tablica 6: Raspodjela po vrsti onkološkog liječenja

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Kemoterapija	2 (8%)	1 (6,6%)	3 (7,5%)
Radioterapija	6 (24%)	6 (40%)	12 (30%)
Kemoterapija/radioterapija	8 (32%)	3 (20%)	11 (27,5%)
Bez onkološkog liječenja	9 (36%)	5 (33,3%)	14 (35%)

Od ukupnog broja ispitanika 8 (20%) je bilo podložno komplikacijama, a 32 (80%) nije imalo komplikacije. U prvoj skupini ispitanika 6 (24%) je imalo komplikacije, dok 19 (76%) nije imalo komplikacije. U drugoj skupini 2 (13,3%) ispitanika je imalo komplikacije, dok 13 (86,6%) ispitanika nije imalo komplikacije (tablica 7).

Tablica 7: Komplikacije

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Spušteni kapak	1 (16,7%)	-	1 (12,5%)
Edem	1 (16,7%)	-	1 (12,5%)
Mučnina	2 (33,3%)	1 (50%)	3 (37,5%)
Ispadanje zubi	2 (33,3%)	-	2 (25%)
Suha koža	-	1 (50%)	1 (12,5%)

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali komplikacije 1 (12,5%) je imao problem sa spuštenim kapkom, 1 (12,5%) s edemom, 3 (37,5%) s mučninom, 2 (25%) s ispadanjem zubi i 1 (12,5%) sa suhom kožom. U prvoj skupini ispitanika 1 (16,7%) je imao problem sa spuštenim kapkom, 1 (16,7%) s edemom, 2 (33,3%) s mučninom i 2 (33,3%) s ispadanjem zubi. U drugoj skupini ispitanika 1 (50%) je imao problem s mučninom i 1 (50%) sa suhom kožom.

Od ukupno 40 ispitanika 2 (5%) je imalo jaku upalu kože, 11 (27,5%) je imalo djelomičnu upalu kože, 22 (55%) je imalo slabu upalu kože, a 5 (12,5%) nije imalo upalu kože. U prvoj skupini ispitanika 9 (36%) je imalo djelomičnu upalu kože, 15 (60%) slabu upalu kože, a 1 (4%) nije imao upalu kože. U drugoj skupini ispitanika 2 (13,3%) je imalo jaku upalu kože, 2 (13,3%) djelomičnu upalu kože, 7 (46,7%) slabu upalu kože, a 4 (26,7%) nije imalo upalu kože (tablica 8).

Tablica 8: Upala kože

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Jako	-	2 (13,3%)	2 (5%)
Djelomično	9 (36%)	2 (13,3%)	11 (27,5%)
Slabo	15 (60%)	7 (46,7%)	22 (55%)
Nema	1 (4%)	4 (26,7%)	5 (12,5%)

Od ukupnog broja ispitanika njegu traheostome provodi kako slijedi: 5 (12,5%) medicinska sestra, 7 (17,5%) obitelj, 25 (62,5%) pacijent samostalno i 3 (7,5%) nema traheostomu. U prvoj skupini ispitanika, njegu provodi: 4 (16%) medicinska sestra, 3 (12%) obitelj i 18 (72%) pacijent samostalno. U drugoj skupini ispitanika njegu provodi: 1 (6,6%) medicinska sestra, 4 (26,7%) obitelj, 7 (46,7%) pacijent samostalno i 3 (20%) nema traheostomu (tablica 9).

Tablica 9: Njega traheostome

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Medicinska sestra	4 (16%)	1 (6,6%)	5 (12,5%)
Obitelj	3 (12%)	4 (26,7%)	7 (17,5%)
Samostalno	18 (72%)	7 (46,7%)	25 (62,5%)
Nema traheostomu	-	3 (20%)	3 (7,5%)

Od ukupno 40 ispitanika 9 (22,5%) ima vlastite zube, 20 (50%) ima umjetne zube, a 11 (27,5%) nema zube. U prvoj skupini ispitanika 5 (20%) ima vlastite zube, 13 (52%) ima umjetne zube i 7 (28%) nema zube. U drugoj skupini ispitanika, 4 (26,7%) ima vlastite zube, 7 (46,7%) ima umjetne zube, a 4 (26,7%) nema zube.

Od ukupno 40 ispitanika, prehrana se odvija kako slijedi: 7 (17,5%) NGS, 2 (5%) PEG i 31 (77,5%) oralno. U prvoj skupini ispitanika, prehrana se odvija: 4 (16%) NGS, 1 (4%) PEG i 20 (80%) oralno, dok se u drugoj skupini odvija: 3 (20%) NGS, 1 (6,7%) PEG i 11 (73,3%) oralno (tablica 10).

Tablica 10: Prehrana

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Oralno	20 (80%)	11 (73,3%)	31 (77,5%)
NGS	4 (16%)	3 (20%)	7 (17,5%)
PEG	1 (4%)	1 (6,7%)	2 (5%)

Konzistencija hrane kod ukupnog broja ispitanika: 8 (20%) koristi tekuću hranu, 12 (30%) koristi kašastu, a 20 (50%) koristi krutu prehranu. U prvoj skupini ispitanika, 4 (16%) koristi tekuću hranu, 9 (36%) koristi kašastu i 12 (48%) koristi krutu hranu. U drugoj skupini ispitanika 4 (26,7%) koristi tekuću hranu, 3 (20%) koristi kašastu i 8 (53,3%) koristi krutu hranu.

Od ukupno 40 ispitanika, trajanje obroka je kod 28 (70%) uredno, 5 (12,5%) prolongirano i 7 (17,5%) značajno prolongirano. U prvoj skupini ispitanika, trajanje obroka je kod 16 (64%) uredno, 5 (20%) prolongirano i kod 4 (16%) značajno prolongirano. U drugoj skupini ispitanika trajanje obroka je kod 12 (26,7%) uredno i kod 3 (20%) značajno prolongirano.

Od ukupnog broja ispitanika smetnje gutanja imalo je 20 (50%) ispitanika, kao što je bilo i 20 (50%) ispitanika koji nisu imali smetnje gutanja. U prvoj skupini ispitanika 15 (60%) je imalo smetnje gutanja, a 10 (40%) nije imalo smetnje gutanja. U drugoj skupini ispitanika 5 (33,3%) je imalo smetnje gutanja, a 10 (66,7%) nije imalo smetnje gutanja.

Simptomi koji su se pojavljivali kod ukupnog broja ispitanika su: nemogućnost gutanja 10 (25%) ispitanika, bol pri gutanju 3 (7,5%) ispitanika, osjećaj da je zalogaj zapeo 10 (25%) ispitanika i 17 (42,5%) ispitanika koji nisu imali simptome. U prvoj skupini ispitanika s nemogućnošću gutanja bilo je 6 (24%), 1 (4%) s bolovima pri gutanju, 8 (32%) s osjećajem da je zalogaj zapeo i 10 (40%) nije imalo simptome. U drugoj skupini ispitanika s nemogućnošću gutanja bilo je 4 (26,7%), 2 (13,3%) s bolovima pri gutanju, 2 (13,3%) s osjećajem da je zalogaj zapeo i 7 (46,7%) nije imalo simptome (tablica 11).

Tablica 11: Simptomi

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Nemogućnost gutanja	6 (24%)	4 (26,7%)	10 (25%)
Bol pri gutanju	1 (4%)	2 (13,3%)	3 (7,5%)
Osjećaj da je zalogaj zapeo	8 (32%)	2 (13,3%)	10 (25%)
Nema	10 (40%)	7 (46,7%)	17 (42,5%)

Od ukupnog broja ispitanika osjet okusa je kod 26 (65%) ispitanika bio smanjen, kod 13 (32,5%) ispitanika bio je normalan, a kod 1 (2,5%) ispitanika pojačan. U prvoj skupini ispitanika osjet okusa je kod 18 (72%) ispitanika smanjen i kod 7 (28%) ispitanika normalan. U drugoj skupini ispitanika osjet okusa je bio kod 8 (53,3%) ispitanika smanjen, kod 6 (40%) ispitanika normalan i kod 1 (6,7%) pojačan (tablica 12).

Tablica 12: Osjet okusa

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Smanjen	18 (72%)	8 (53,3%)	6 (65%)
Normalan	7 (28%)	6 (40%)	13 (32,5%)
Pojačan	-	1 (6,7%)	1 (2,5%)

Od ukupnog broja ispitanika osjet mirisa bio je smanjen kod 32 (80%) ispitanika, a kod 8 (20%) ispitanika bio je normalan. U prvoj skupini ispitanika osjet mirisa je kod 23 (92%) ispitanika smanjen i kod 2 (8%) ispitanika normalan. U drugoj skupini ispitanika, osjet mirisa je kod 9 (60%) ispitanika bio smanjen, a kod 6 (40%) ispitanika normalan. Pojačan osjet mirisa nije bio niti kod jednog ispitanika (tablica 13).

Tablica 13: Osjet mirisa

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Smanjen	23 (92%)	9 (60%)	32 (80%)
Normalan	2 (8%)	6 (40%)	8 (20%)

Od ukupnog broja ispitanika koža i sluznice su uredne kod 34 (85%) ispitanika, dok su kod 6 (15%) ispitanika djelomično dehidrirane. U prvoj skupini ispitanika koža i sluznice su kod 20 (80%) ispitanika uredne, a kod 5 (20%) ispitanika djelomično dehidrirane. U drugoj skupini ispitanika 14 (93,3%) ih ima urednu kožu i sluznice, dok 1 (6,6%) ispitanik ima djelomično dehidriranu kožu i sluznice. Potpuno dehidrirana koža i sluznice nisu bile niti kod jednog ispitanika.

Od ukupnog je broja ispitanika salivacija bila pojačana kod 10 (25%), kod 27 (67,5%) ispitanika normalna, te kod 3 (7,5%) ispitanika smanjena. U prvoj skupini ispitanika salivacija je bila kod 7 (28%) ispitanika pojačana, kod 17 (68%) ispitanika normalna, te kod 1 (4%) ispitanika smanjena. U drugoj skupini ispitanika salivacija je bila kod 3 (20%) ispitanika pojačana, kod 10 (66,7%) normalna, te kod 2 (13,3%) ispitanika smanjena.

Od ukupnog broja ispitanika aspiracija je bila prisutna kod 16 (40%) ispitanika, dok kod 24 (60%) ispitanika nije bila prisutna. U prvoj skupini ispitanika aspiracija je bila prisutna kod 8 (32%) ispitanika, dok kod 17 (68%) ispitanika nije bila prisutna. U drugoj skupini ispitanika aspiracija je bila prisutna kod 8 (53,3%) ispitanika, dok kod 7 (46,7%) nije bila prisutna (tablica 14).

Tablica 14: Aspiracija

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Da	8 (32%)	8 (53,3%)	16 (40%)
Ne	17 (68%)	7 (46,7%)	24 (60%)

Kašalj se pojavljivao kod 4 (10%) ispitanika uvijek, kod 34 (85%) ispitanika povremeno, a kod 2 (5%) ispitanika kašalj se nikad nije pojavljivao. U prvoj skupini ispitanika kašalj se pojavljivao kod 1

(4%) ispitanika uvijek, kod 23 (92%) ispitanika povremeno, a kod 1 (4%) ispitanika kašalj se nije nikad pojavljivao. U drugoj skupini ispitanika kašalj se pojavljivao kod 3 (20%) ispitanika uvijek, kod 11 (73,3%) ispitanika povremeno, a kod 1 (6,6%) ispitanika kašalj se nije nikad pojavljivao.

Od ukupnog broja ispitanika aspiracijska pneumonija bila je prisutna kod 3 (7,5%) ispitanika, dok kod 37 (92,5%) ispitanika nije bila prisutna. U prvoj skupini ispitanika aspiracijska pneumonija bila je prisutna kod 1 (4%) ispitanika, dok kod 24 (96%) ispitanika nije bila prisutna. U drugoj skupini ispitanika aspiracijska pneumonija bila je prisutna kod 2 (13,3%) ispitanika, dok kod 13 (86,7%) ispitanika nije bila prisutna (tablica 15).

Tablica 15: Aspiracijska pneumonija

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Da	1 (4%)	2 (13,3%)	3 (7,5%)
Ne	24 (96%)	13 (86,7%)	37 (92,5%)

Nazalna regurgitacija bila je prisutna kod 8 (20%) ispitanika, dok kod 32 (80%) ispitanika nije bila prisutna. U prvoj skupini ispitanika nazalna regurgitacija bila je prisutna kod 5 (20%) ispitanika, dok kod 20 (80%) ispitanika nije bila prisutna. U drugoj skupini ispitanika nazalna regurgitacija bila je prisutna kod 3 (20%) ispitanika, dok kod 12 (80%) ispitanika nije bila prisutna (tablica 16).

Tablica 16: Nazalna regurgitacija

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Da	5 (20%)	3 (20%)	8 (20%)
Ne	20 (80%)	12 (80%)	32 (80%)

Konзумiranje alkohola prisutno je kod 9 (22,5%) ispitanika, dok 31 (77,5%) ispitanik ne konzumira alkohol. U prvoj skupini ispitanika alkohol konzumira 5 (20%) ispitanika, dok 20 (80%) ispitanika ne konzumiraju alkohol. U drugoj skupini ispitanika alkohol konzumira 4 (26,7%) ispitanika, dok 11 (73,3%) ne konzumira alkohol.

Konзумiranje cigareta prisutno je kod 6 (15%) ispitanika, dok 34 (85%) ispitanika ne konzumira cigarete. U prvoj skupini ispitanika cigarete konzumira 1 (4%) ispitanik, dok 24 (96%) ispitanika ne konzumiraju cigarete. U drugoj skupini ispitanika cigarete konzumira 5 (33,3%) ispitanika, dok 10 (66,7%) ne konzumira cigarete (tablica 17).

Tablica 17: Konzumiranje cigareta

	GRUPA 1	GRUPA 2	UKUPNO
Da	1 (4%)	5 (33,3%)	6 (15%)
Ne	24 (96%)	10 (66,7%)	34 (85%)

Pronađene su statistički značajne razlike u smetnjama s osjetom mirisa, pojavom aspiracije, oralne i nazalne regurgitacije te konzumacije duhanskih proizvoda između parcijalno i totalno laringektomiranim ispitanika. Ostale pronađene razlike nisu statistički značajne (tablica 18).

Tablica 18: Značajnost razlike prema parametrima između grupa

	MEDIJAN (INTERKVARTILNI RASPON)	MEDIJAN (INTERKVARTILNI RASPON)	p
PARAMETAR	GRUPA 1	GRUPA2	
Onkološko liječenje	3(1-4)	3(1-4)	0,598
Komplikacije nakon OL	2(1-2)	2(1-2)	0,420
Tip komplikacije	1(1-6)	1(1-6)	0,496
Upala kože oko traheostome	2(1-4)	2(1-4)	0,065
Njega traheostome	3(1-3)	2(1-3)	0,096
Tjelesna težina	1(1-2)	2(1-2)	0,257
Zubi	2(1-3)	2(1-3)	0,738
Prehrana	4(1-4)	4(1-4)	0,645
Konzistencija hrane	2(1-3)	3(1-3)	0,951

Trajanje obroka	1(1-3)	1(1-3)	0,436
Simptomi	1(1-4)	1(1-4)	0,451
Smetnje gutanja	1(1-2)	2(1-2)	0,107
Okus	1(1-3)	1(1-3)	0,119
Miris	1(1-3)	1(1-3)	0,016
Koža i sluznice	1(1-3)	1(1-3)	0,259
Salivacija	2(1-3)	2(1-3)	0,359
Aspiracija	2(1-2)	1(1-2)	0,008
Kašalj	2(1-3)	2(1-3)	0,280
Asp. pneumonija	2(1-2)	2(1-2)	0,284
Regurgitacija	2(1-2)	2(1-2)	0,000
Alkohol	2(1-2)	2(1-2)	0,629
Cigarete	2(1-2)	2(1-2)	0,013

* *Mann Whitney U test*

Pronađena je pozitivna i statistički značajna povezanost smetnji gutanja i posljedica onkološkog liječenja te između smetnji gutanja i prilagodbi načina ishrane, odnosno prilagodbi konzistencije hrane, duljini trajanja obroka, smetnjama osjeta okusa, dehidraciji sluznice i kože te između smetnji gutanja i pojavnosti aspiracijske pneumonije.

Potpuna i pozitivna, statistički značajna povezanost pronađena je između smetnji gutanja i smetnji osjeta okusa.

Pronađena je negativna i statistički značajna povezanost smetnji gutanja i vrsta komplikacija, gubitku tjelesne težine, pojavnosti određenih simptoma i redukciji osjeta mirisa.

Ostale pronađene korelacije između parametara nisu statistički značajne (tablica 19).

Tablica 19: Spearmanova ocjena povezanosti smetnji gutanja s ostalim parametrima

Parametar	Smetnje gutanja	
	ρ	p
Onkološko liječenje	-0,005	0,978
Komplikacije nakon OL	0,375	0,017
Tip komplikacije	-0,360	0,023
Upala kože oko traheostome	0,014	0,930
Njega traheostome	-0,020	0,902
Tjelesna težina	-0,318	0,045
Zubi	-0,056	0,731
Način prehrane	0,142	0,383
Konzistencija hrane	0,505	0,001
Trajanje obroka	0,704	0,001
Simptomi	-0,614	0,001
Smetnje okusa	1	-
Smetnje mirisa	-0,658	0,001
Koža i sluznice	0,569	0,000
Salivacija	0,125	0,442
Aspiracija	-0,280	0,080
Kašalj	0,230	0,153
Aspiracijska pneumonija	0,510	0,001
Regurgitacija sadržaja	0,130	0,423
Alkohol	0,095	0,560
Cigarete	0,125	0,442

* Spearmanov koeficijent korelacije

6. RASPRAVA

U završnom radu provedeno je istraživanje o poteškoćama gutanja kod osoba kod kojih je izvršen operacijski zahvat na grkljanu. Oboljelima od karcinoma glave i vrata mogu biti zahvaćena najvitalnija područja njihove egzistencije i osobnosti, kao što su: komunikacija, disanje, unos hrane i tekućine te vanjski izgled. Većina tvrdi da je to najgore mjesto nastanka karcinoma jer se bolest, kao ni njezino liječenje, ne može sakriti od pogleda (19).

U istraživanje je uključeno 40 laringektomiranih ispitanika, oba spola, različite životne dobi. Gledajući distribuciju prema spolu, više je muškaraca nego žena, što je i očekivano, s obzirom na to da od karcinoma grkljana oboljevaju češće muškarci nego žene. Prosječna životna dob u ovom istraživanju je 63 godine, što je također očekivano, s obzirom na to da se karcinom grkljana javlja između pedesete i sedamdesete godine života.

U ovom istraživanju kod 25 ispitanika učinjena je totalna laringektomija, dok je kod 15 ispitanika učinjena parcijalna laringektomija. U drugoj skupini od ukupno 15 ispitanika 9 (60%) je imalo horizontalnu laringektomiju, a 6 (40%) ispitanika vertikalnu laringektomiju. Osim kirurškog liječenja koje je bilo primarno, uslijedilo je daljnje onkološko liječenje. Od ukupnog broja ispitanika 3 (7,5%) je bilo izloženo liječenju kemoterapijom, 12 (30%) radioterapijom, 11 (27,5%) kombiniranom RKT, a 14 (35%) ispitanika nije bilo izloženo onkološkom liječenju. Kirurškim liječenjem postiže se lokalna kontrola bolesti od 70 do 90%, ovisno o stupnju razvijenosti tumora (3, 20), dok se primarnom radioterapijom postiže lokalna kontrola bolesti od 70 do 94%, ovisno o stadiju bolesti (3, 21).

U istraživanju između parcijalnih i totalno laringektomiranih osoba pronađene su statistički značajne razlike u smetnjama s osjetom mirisa, pojavom aspiracije, nazalne regurgitacije kao i konzumaciji duhanskih proizvoda.

Također, pronađena je pozitivna statistički značajna povezanost između smetnji gutanja i posljedice onkološkog liječenja, kao i između smetnji gutanja i prilagodbi načina ishrane (konzistencija hrane, smetnje osjeta okusa, duljina trajanja obroka, dehidracija kože i sluznice, te pojavnost aspiracijske pneumonije).

Nadalje, pronađena je negativna statistički značajna povezanost između smetnji gutanja i vrsti komplikacije, gubitku tjelesne težine, pojavnosti određenih simptoma i redukciji osjeta mirisa.

Gubitak integriteta tjelesnog funkcioniranja dovodi do poremećaja osnovnih ljudskih potreba i aktivnosti, te je stoga postavljanje realnih ciljeva u suradnji s bolesnikom i obitelji izuzetno važno kao strategija u sestrinskom radu. Uloga medicinske sestre je educirati, intervenirati i nadgledati povratak funkcija do najvišeg mogućeg stupnja. Njega, koju medicinska sestra pruža, trebala bi održavati stav optimizma, ali bez lažne nade i stalnog podržavanja bolesnikove samostalnosti (19).

7. ZAKLJUČAK

Funkcija degluticije jedna je od osnovnih ljudskih potreba te je stoga važno pravodobno prepoznati i liječiti njezinu disfunkciju. Disfagija, poznata kao otežano gutanje, simptom je koji može dovesti do komplikacija ukoliko se ne liječi. Najčešće zahvaća ljude starije životne dobi i smanjuje kvalitetu života bolesnika. Bolesnik s traheostomom ima osjećaj potištenosti, nemoći, nesigurnosti te hendikep u komunikaciji s okolinom. Nemogućnost govora dovodi do smanjene kvalitete života te izaziva frustraciju zbog otežane komunikacije. Potrebna je maksimalna angažiranost medicinskog tima stručnjaka, a posebice pacijenta i obitelji, za uspješno liječenje disfagije.

Medicinska sestra ima glavnu i odgovornu ulogu u komunikaciji s bolesnicima. Ona provodi s bolesnikom 24 sata te je tako upućena u svaki njegov problem. Kako bi bolesnik prihvatio novonastalu promjenu u izgledu i funkcijama, te napredak u socijalizaciji, medicinska sestra trebala bi poticati bolesnika i povećati mu stupanj samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja, kao što su hranjenje nazogastričnom sondom te samostalno čišćenje kanile. Liječenje i rehabilitacija bolesnika zahtijeva multidisciplinarni pristup unutar kojega medicinska sestra ima ključnu ulogu uspješne koordinacije tima u najboljem interesu za bolesnika. Kako bi bolesniku bila omogućena kvalitetna zdravstvena njega, važna je trajna edukacija medicinske sestre / medicinskog tehničara.

8. LITERATURA

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. Lyon: IARC Press; 2005, str. 107-208.
2. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola; 2006. (str. 18-20.)
3. Širić Lj. Utjecaj vrste alaringealne fonacije na aukustičke parametre glasa i prozodijske elemente govora (doktorska dizertacija). Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2017.
4. Lucioni M, Rizzotto G, Pazzia T, Serafini I. Plastic tracheostomal – widening procedure: the „petal“ technique. Acta Otorhinolaryngol Italy. 2003;23:291-6.
5. MSD priručnik dijagnostike i terapije: Ezofagealna disfagija. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-probave/bolesti-jednjaka-i-poremecaji-gutanja/ezofagealna-disfagija>. (25.1.2019.)
6. Mladina, R., Poljak, Ž.: Otorinolaringologija za srednje i više medicinske škole, Školska knjiga, Zagreb, 1990.
7. Krajina, Z.: Otorinolaringologija i cervikofacijalna kirurgija, Školska knjiga, Zagreb, 1983.
8. Prgomet D. Zloćudni tumori grkljana. U: Katić V, Prgomet D i sur, Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata. Zagreb: Naklada Ljevak; 2009. str.293-299.
9. Nikšić-Ivančić M. Zloćudni tumori grkljana.U: Bumber Ž, Katić V, Nikšić-Ivančić M, Pegan B, Petric V, Šprem N, ur. Otorinolaringologija. Zagreb: Naklada Ljevak;2004. str. 272-275.
10. Turić, M., Kolarić, K., Eljuga, D.: Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 1996.
11. Orofaringealna disfagija dijagnostika i liječenje. 1. Međunarodni tečaj I. kategorije trajne medicinske izobrazbe. 2016. Dostupno na: https://arhiva.bolnicasb.hr/Zbornik_Orofaringealna%20disfagija.pdf. (25.2.2020.)

12. Gaziano JE. Evaluation and Management of Oropharyngeal Dysphagia in Head and neck cancer. *Cancer Control*. 2002;9(5):400-409.
13. Mumović G, Hočevār – Boltezar I. Olfaction and gustation abilities after total laryngectomy. *Radiol Oncol*. 2014;48(3):301-6.
14. Van Dam FS, Hilgers FJM, Emsbroek G, Tuow FI, Van As JC, de Jong N. Deterioration of olfaction and gvestation as a consequence of total laryngectomy. *Laryngoscope*. 1999;109:1150-5.
15. Morales – Puebla JM, Morales – Puebla AF, Jimenaz – Antolin JA, Munoz – Platon E, Padilla – Parrado M, Chacon – Martinez J. Olfactory rehabilitation after total laryngectomy. *Acta Otorhinolaryngol Esp*. 2010;61:128-34.
16. Sayed SI, Manikantan K, Khode S, Elmiyeh B, Kazi R. Perspectives of quality of life following total laryngectomy. *G Ital di Med Lav Ergon*. 2009;31(3):21-4.
17. Pauloski BR. Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(4):889-928.
18. Hrvatska zajednica laringektomiranih: Traheotomija. Dostupno na: <https://larynx-hr.org/rak-grla/traheotomija> (08.01.2020.)
19. Horn, M.A., Badley, J.V.: *Nursing Care in Cancer of the head and neck*, fourth edition, Saunders Philadelphia, Pennsylvania, 2003.
20. Sobin LH, Gospodarovic MK, Wittekind C (eds.). *TNM classification of malignant tumors*. 7. izd. Hoboken: Wiley – Blackwell; 2009.
21. Raitiola H, Wigren T, Pukander J. Radiotherapy outcome and prognostic factors in early glottic carcinoma. *Auris Nasus Larynx* 2000;27:153-9.

9. OZNAKE I KRATICE

CNS central nervous system / SŽS središnji živčani sustav

KT kemoterapija

PEG perkutana endoskopska gastrostoma

RKT radiokemoterapija

RT radioterapija

SPSS Statistički paket za društvene znanosti (eng. Statistical Package for the Social Science)

SSS srednja stručna sprema

VSS visoka stručna sprema

10. SAŽETAK

Rad nastoji utvrditi važnost i ulogu medicinske sestre u prevenciji i ranom otkrivanju disfagičnih smetnji kod laringektomiranih osoba.

Provedeno je istraživanje o poteškoćama gutanja kod osoba kod kojih je izvršen operacijski zahvat na grkljanu. U studiju je uključeno 40 laringektomiranih ispitanika oba spola – 37 (92,5%) muškaraca i 3 (7,5%) žene različite životne dobi (prosjek 63 godine). Ispitanici su bili podijeljeni u dvije skupine, ovisno o vrsti laringektomije. Prva skupina obuhvaća 25 ispitanika nakon totalne ili totalno proširene laringektomije, dok druga skupina obuhvaća 15 ispitanika nakon parcijalne (horizontalne ili vertikalne) laringektomije. O svakom su ispitaniku prikupljeni potrebni podaci pomoću anketnog upitnika i iz medicinske dokumentacije. Statistička obrada podataka učinjena je pomoću SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

Nakon prikupljanja podataka pronađene su statistički značajne razlike u smetnjama s osjetom mirisa, pojavom aspiracije, oralne i nazalne regurgitacije te konzumaciji duhanskih proizvoda između parcijalno i totalno laringektomiranih ispitanika. Pronađena je pozitivna statistički značajna povezanost smetnji gutanja i posljedica onkološkog liječenja te između smetnji gutanja i prilagodbi konzistencije hrane, duljini trajanja obroka, smetnjama osjeta okusa, dehidraciji sluznice i kože te između smetnji gutanja i pojavnosti aspiracijske pneumonije. Prema rezultatima, pronađena je potpuna i pozitivna statistički značajna povezanost između smetnji gutanja i smetnji osjeta okusa. Također je pronađena negativna statistički značajna povezanost između smetnji gutanja i vrsti komplikacija, gubitku tjelesne težine, pojavnosti određenih simptoma i redukciji osjeta mirisa.

Znanje, stručnost i pažljivo slušanje bolesnika omogućuje medicinskoj sestri rano prepoznavanje i otkrivanje simptoma, te uz pomoć stručnog tima i rješavanje bolesnikovih problema.

KLJUČNE RIJEČI: laringektomija, disfagija, medicinska sestra

11. SUMMARY

This paper seeks to determine the importance and role of the nurse in the prevention and early detection of dysphagic disorders in laryngectomized persons.

A study was conducted on the difficulty of swallowing in persons undergoing surgery on the larynx. The study included 40 laryngectomized subjects of both sexes (37 (92.5%) males and 3 (7.5%) females) and different ages (mean 63 years). The subjects were divided into two groups, depending on the type of laryngectomy. The first group was 25 subjects after total or total enlarged laryngectomy, while the second group was 15 subjects after partial (horizontal or vertical) laryngectomy. The required data were collected on each subject using a questionnaire and medical records. Statistical data processing was done using SPSS (version 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

After data collection, statistically significant differences were found in the disturbances with smell, aspiration, oral and nasal regurgitation and consumption of tobacco products between partially and totally laryngectomized subjects. A positive statistically significant correlation was found between ingestion disorders and the consequences of oncological treatment and between ingestion disorders and adjustments to food consistency, length of meal, impaired taste sensation, mucosal and skin dehydration, and between ingestion disorders and the incidence of aspiration pneumonia. According to the results, a complete and positive statistically significant correlation was found between ingestion disorders and taste sensation disorders. A negative statistically significant correlation was found between ingestion disorders and type of complications, weight loss, occurrence of certain symptoms, and reduction of smell.

Knowledge, expertise and careful listening enables the nurse to identify and detect symptoms early, and with the help of a specialist team, to resolve the patient's problems.

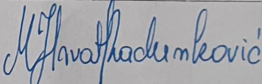
KEYWORDS: laryngectomy, dysphagia, nurse

12. PRILOZI

1. Slika 1. Vrste disfagije

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>27.04.2020.</u>	MATEA HRVAT RADUNKOVIĆ	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Mateja Hrvat Radumković

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 27.04.2020.

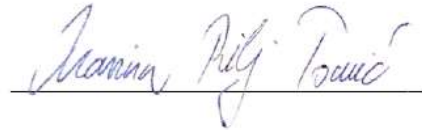
M Hrvat Radumković
potpis studenta/ice

IZJAVA O LEKTURI

Završni rad Matee Hrvat Radunković *Uloga medicinske sestre u prevenciji i ranom otkrivanju disfagičnih smetnji kod laringektomiranih osoba* lektoriran je prema pravilima standardnoga hrvatskoga jezika.

Nadnevak: 3. ožujka 2020.

dr. sc. Marina Pilj Tomić, prof.

A handwritten signature in cursive script, reading "Marina Pilj Tomić", is written over a horizontal line.