

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI LARINGEKTOMIRANEM BOLNIKU OB ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE IN VKLJUČEVANJE V DOMAČE OKOLJE

Nada Urek Krajnc, zt

Univerzitetni klinični center Maribor,
Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo

Jožica Vrečko, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor,
Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo

Povzetek

Namen članka je prikazati zdravstveno nego laringektomiranega bolnika predvsem pred odpustom iz bolnišnice in njegovo vključevanje v domače okolje. V članku je predstavljeno sodelovanje in timsko delo medicinske sestre pri zdravljenju in rehabilitaciji onkološkega bolnika s trajno traheostomo.

V prvem delu je kratek opis anatomije in fiziologije grla, ki se nadaljuje s postopki prepoznavne bolezenskih sprememb na grlu, načini zdravljenja in opisom operativnega zdravljenja raka na grlu. Temu sledi predoperativna in pooperativna zdravstvena nega laringektomiranega bolnika. Članek se nadaljuje s pripravo bolnika s trajno traheostomo na odpust v domače okolje in nadaljnjo rehabilitacijo.

Ključne besede: laringektomirani bolnik, medicinska sestra, odpust bolnika, zdravstvena nega, rehabilitacija bolnika, društva laringektomiranih bolnikov

Uvod

S hitrim razvojem medicine in tehnike je pridobivanje novih znanj in izkušenj na področju zdravstvene nege vedno bolj pomembno. Za izvajanje zdravstvene nege in kasneje tudi rehabilitacije bolnikov po operaciji na grlu je poleg teoretičnega znanja potrebno še veliko praktičnega. Velikokrat se pokaže, da imajo medicinske sestre obojega veliko, vendar se morajo kontinuirano izobraževati in usposabljeni za zahtevno delo s traheotomiranimi bolniki.

V prvem delu članka je predstavljen medicinski del s teoretičnim opisom anatomije in delovanja grla ter razlago pojmov, ki pripomorejo k nastanku raka na grlu. Pred-

stavljeni so operativni načini zdravljenja, ki so na voljo bolnikom, ki se za to vrsto zdravljenja odločijo.

Članek se nadaljuje z opisom predoperativne priprave bolnika in zdravstveno nego po opravljenem operativnem posegu. Tovrstna zdravstvena nega zahteva izkušeno medicinsko sestro, ki zna kakovostno obravnavati in sprejemati laringektomiranega bolnika kljub njegovi spremenjeni zunanji podobi in spremenjenemu načinu komuniciranja. Pomembno poglavje odpusta bolnika iz bolnišnice v domače okolje zajema celostno obravnavo laringektomiranega bolnika in njegovih bližnjih, ki se čim bolj vključijo v proces rehabilitacije bolnikov v domačem okolju.

Medicinski del

Anatomija in fiziologija grla

Grlo leži v sprednjem delu vratu in povezuje žrelo s sapnikom. Ogrodje grla oblikuje ščitasti hrustanec, prstanasti, dva piramidasta in poklopčev hrustanec, ki so z vezmi, opnami in mišicami povezani med seboj in okolico.

Mišice grla delimo na zunanje in notranje. Zunanje povezujejo grlo s podjezično koščjo, žrelom in prsnim košem; držijo ga v določenem položaju in premikajo navzgor in navzdol. Notranje mišice, ki so glavna sestavina glasilk, delimo na dihalne in glasotvorne, glede na delo, ki ga opravljajo. Omeniti je treba še lažni glasilki, to je ventrikularni gubi, ki sta položeni nad glasilkama in imata pomembno vlogo pri zaščitnem delovanju grla.

Notranjo površino stene grla pokriva sluznica z dihalnim in večskladnim ploščatočeličnim epitelijem, ki je še posebej pomemben za razvoj raka. Notranjost samega grla delimo na predel pod glasilkama in nad njima ter na področje, kjer sta sami glasilki. Poleg mišic, hrustancev in vezi omogočajo grlu opravljanje njegove naloge tudi gibalni in čutilni živci (Kambič, 1984).

Grlo opravlja tri naloge, in sicer dihalno, govorno in zaščitno. Pri vdihu se glasilki močno razmakneta in med njima nastane širok prostor, skozi katerega lahko zrak nemoteno prehaja po sapniku v pljuča.

Glas se tvori v grlu, ko izdihani zrak pri prehodu skozi režo, nastalo med nihajočima glasilkama, zaniha. Glasilki zanihata zaradi povečanja pritiska izdihanega zraka. Tako se nastali glas, ki je temeljni pogoj za govor, pod vplivom drugih organov (pljuča, prsni koš, žrelna, ustna, nosni in obnosne votline), ki sodelujejo pri njegovem tvorjenju, oplemeniti. Glas, katerega značilnosti so višina, glasnost in melodika, artikulacijski organi (žrelo, jezik, nebo in ustnice) preoblikujejo v govor.

Grlo sodeluje tudi pri hranjenju, saj preprečuje, da bi zalogaj hrane zašel v dihala in posledično povzročil zadušitev. Pri požiranju se glasilki primakneta, približata se tudi

lažni glasilki, grlo se dvigne pod koren jezika in poklopec pokrije vhod v dihalno pot, kar je zaščitno delovanje grla (Kambič, 2002).

Rak je prav gotovo ena najhujših bolezni, ki lahko prizadene človeka, vendar ga danes s sodobnimi oblikami zdravljenja velikokrat premagamo. Izjemen napredek molekularne patologije pa je novo upanje, da bomo tudi to bolezen natančneje spoznali in še uspešneje zdravili.

Rak je splošno ime za raznovrstne maligne novotvorbe, ki zaradi svoje nebrzdane rasti uničujejo organizem (Kambič, 2002). Po vrsti tkiva, iz katerega nastajajo maligne tvorbe, jih delimo v dve skupini, in sicer karcinome in sarkome. Po kraju nastanka, na katerega so vezana bolezenska znamenja, zdravljenje in tudi prognoza, delimo karcinome grla v tri skupine:

- supraglotisni (nad glasilkami),
- glotisni (glasilke),
- subglotisni (pod glasilkami).

Snovi, ki povzročajo raka, imenujemo karcinogene ali rakotvorne. Kronično draženje sluznice ali kože lahko po daljšem času sproži začetek raka. Zanesljivo so povzročitelji ali sprožiteljci raka na grlu snovi v cigaretnem dimu in žganih alkoholnih pijačah. Med bolniki z rakom na grlu so tudi nekadilci in abstinenti (Kambič, 2002).

Preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka na grlu

Za preprečevanje razvoja raka na grlu lahko izhajamo iz znanstveno-raziskovalnega in kliničnega dela. Pri slednjem naj bi sodelovali vsi ljudje, še zlasti zdravstveni delavci, z nalogo razvijati ukrepe za preprečevanje kajenja, prekomernega uživanja alkohola in za izboljšanje ekoloških pogojev ter dvigovanju zdravstvene prosvetljenosti ljudi.

Zgodnje odkrivanje raka na grlu je povezano z bolezenskimi znamenji, kot so: dolgotrajna hripavost, težje dihanje, bolečine pri požiranju, občutek suhega grla ali tujka, zadah iz ust, izguba teže, krvav izpljunek ali področni zasevki na bezgavkah. Začetnemu raku na grlu so po videzu in bolezenskih znamenjih zelo podobna tudi vnetja in benigne tvorbe, zato bo dokončen odgovor o naravi bolezni dal le mikroskopski pregled tkiva, odvzetega iz bolnega predela (Kambič, 2002).

Postopki za prepoznavo bolezenskih sprememb na grlu

Grlo se lahko pregleda v ambulantni posredno s pomočjo laringealnega zrcalca ali neposredno s pomočjo posebej prirejenega instrumenta – direktoskopa, kar poteka v lokalni anesteziji z odvzemom koščka bolnega tkiva za histološko preiskavo. Obe preiskavi se velikokrat dopolnita z panendoskopijo, to je pregledom grla v splošni anesteziji, kjer podrobno pregledajo celotno področje ust, žrela in grla. S to preiskavo dobi kirurg natančnejšo oceno o obsegu tumorja.

Operativno zdravljenje raka na grlu in posledice operacije

Za zdravljenje raka na grlu pride v poštev kirurško zdravljenje, obsevanje in kemoterapija. Vse te oblike lahko uporabljamo posamezno, povezano ali zapovrstno (Kambič, 2002). V začetni obliki raka na grlu se z operacijo odstrani le ena glasilka ali pa en del grla — parcialna laringektomija — in delovanje grla ostane zadovoljivo.

Pri raku, ki je tako razširjen, da je ohranitveni postopek nemogoč, je potrebna odstranitev celotnega organa — laringektomija (Kambič, 2002). Posledice operativne odstranitve grla — totalne laringektomije — se kažejo na govoru, ker ta ni več normalen. Prav tako se spremeni pot zraka skozi dihalno cev, saj laringektomirani bolnik diha skozi odprtino na vratu — traheostomo. Bolnik se mora zaradi novih anatomskih razmer naučiti novega izkašljevanja. Zaradi traheostome pri dihanju vonjave ne dosežejo vohalnih celic v nosni sluznici, zato je zmožnost voaha zelo zmanjšana.

Zdravstvena nega bolnika s trajno traheostomo

Predoperativna zdravstvena nega bolnika z rakom na grlu

Psihična priprava v procesu zdravljenja maligne bolezni ni nič manj pomembna od fizične. Ob dobri psihični pripravi bolnika z njemu razumljivo razlago o poteku zdravljenja in namenu preiskav se lahko izognemo morebitnim zapletom med zdravljenjem.

Medicinska sestra ugotavlja stopnjo bojazni bolnika pred posegom. Pri mnogih bolnikih se zaradi strahu pred operacijo pojavlja pogostejše uriniranje in nespečnost, nastopi lahko opaznejši nemir, ki ga poskušajo nekateri prikriti s pretiranim govorjenjem, bolnik dobi mokre dlani in začne hitreje dihati, pospeši se mu tudi srčni utrip (Ivanuša, Železnik, 2000). Sproščen neobvezujoč pogovor bolnika z zdravstvenim in negovalnim timom ter logopedom prinese bolniku novih moči in pomaga graditi njegovo zaupanje v izid zdravljenja.

Fizična priprava na operativni poseg obsega kondicijsko pripravo bolnika, predoperativne laboratorijske preiskave, pripravo prebavnega trakta ter higiensko pripravo bolnikove kože in britje operativnega polja.

Zdravstvena nega po odstranitvi grla

Prve dni po operaciji bolnik prebije v sobi za intenzivno pooperativno nego, saj ga tam lahko najboljše opazujemo in ob morebitnih zapletih takoj ukrepamo. Bolnik ima prve dni po operaciji drenažne cevke v operativni rani, ki odvajajo sekrecijo iz operativnega področja, diha skozi traheostomo s pomočjo vstavljene trahealne kanile, skozi nos pa ima vstavljeno nazogastrično sondo. Še nekaj dni po operaciji ima vstavljen trajni urinjski kateter. Prve dni po operaciji se nabira v sapniku in sapnicah veliko izločka, ki ga je treba redno aspirirati s pomočjo aspiratorja; prav tako tudi slino iz ust zaradi težkega

požiranja. Redno opazujemo bolnikove vitalne funkcije, njegov videz in operirano področje, da pravočasno opazimo morebitne zaplete (dušenje, krvavitev) in bolečino. Prve dni po operaciji bolnika prevezuje in menjava kanilo zdravnik. Medicinska sestra skrbi za prehodnost notranjega dela kanile, skrbi za ustno nego, aspiracije izločkov, redne dihalne vaje in neprestano spodbuja bolnika pri premagovanju težav in prilagajanju na nove razmere.

Sporazumevanje z bolnikom je v prvih dneh po operaciji težavno in lahko vodi do nesporazumov. Zato je treba bolnika takoj, ko je za to sposoben, spodbuditi, da nam svoje želje in potrebe napiše v kratkih stavkih.

Že zelo zgodaj bolnika navajamo k samostojnosti pri negi okolice traheostome in čiščenju ter menjavi kanile. Čim prej vključimo bolnikove svojce, da se naučijo uporabljati kanilo in ukrepov, če se bolnik znajde v dihalni stiski.

Priprava laringektomiranega bolnika na odpust iz bolnišnice

Fizična priprava in psihična podpora bolniku pred odhodom

Bolnika med zdravljenjem postopoma pripravljamo na dan, ko bo zapustil bolnišnico. Naučimo ga, da se mora po operaciji znati opazovati tudi sam, da bo pravočasno odreagirал na spremljajočo težavo, naj bo to bolečina, oteklina ali oteženo dihanje. Laringektomiranega bolnika navajamo na nov način izkašljevanja, ga opozarjamo, da si pri kašljanju pokrije traheostomo, ne usta, in ga naučimo uporabljati kanilo. Bivalni prostor redno vlažimo, da se bolnik lažje izkašljuje.

Po odstranitvi nasogastrične sonde bolnik počasi preide na mehkejšo hrano, seveda po naročilu zdravnika. Če bolnik služi in izločkov ne more zadostno izkašljati, ga redno aspiriramo in ga učimo samostojnosti. V to vključimo svojce, ki mu bodo doma prvi priskočili na pomoč, tako da jih naučimo uporabljati aspirator.

Priprava dokumentacije ob odpustu v domače okolje ali v drugo ustanovo

Sobni zdravnik mora ob odpustu laringektomiranega bolnika temeljito pripraviti; dati mu mora ustreza ustna navodila, pregledati mora stanje traheostome ter pripraviti naročilnico za material, ki bolniku pripada v okviru zdravstvenega zavarovanja.

Poleg odpustnega pisma bolniku pripravimo še: naročilnico za aspirator (ki dobi na izposajo v območni enoti ZZZS, za določeno dobo in ga je treba vnaprej rezervirati), naročilnico za obvezilni material (set za čiščenje kanile - srednji in lepilni trakovi), naročilnico za aspiracijske katetre (količina se predpiše glede na pogostost aspiracije), naročilnico za dve kanili (glede ustrezne velikosti in vrste kanile se odloči zdravnik), po presoji zdravnika tudi naročilnico za inhalator, ki ga predpiše pulmolog, ter obvestilo patronažni službi.

Bolniku razložimo, da so ostali pripomočki za nego in prekrivanje traheostome na voljo v prosti prodaji v specializiranih prodajalnah s tovrstnimi pripomočki, vendar se mora sam pozanimati, katere prodajalne so to, saj imenska promocija zakonsko ni dovoljena. Ko bolnik zapusti bolnišnico, mu naročilnice za potreben material izda osebni zdravnik. Bolnika že pred samim posegom predstavimo logopedu, ki ga spremlja tudi po operaciji. Smiselno in zelo zaželeno bi bilo v okvir zdravljenja laringektomiranega bolnika vključiti še psihologa.

Menjava dihalne cevke

Dihalna cevka (kanila)

V uporabi so kanile iz umetnih snovi, plastike in silikona. Poznamo kanile brez tesnilke in z njo (cuuf). Bolnik ima doma standardno plastično kanilo (kadar je grlo v celoti odstranjeno) ali govorno (kadar je grlo delno odstranjeno). Plastična kanila je sestavljena iz dveh delov: zunanja kanila in notranja (vložek), ki jo bolnik lahko po potrebi večkrat dnevno izvleče in očisti. Celo kanilo pa izvleče vsaj enkrat dnevno in jo zamenja s čisto. Pred čiščenjem bolnik kanilo razstavi, jo z milnico pod tekočo vodo z mehko krtačko ali vatirano palčko očisti ter kanilo položi v zato pripravljeno razkužilo, ki ga dobi v specializiranih prodajalnah. Kanile ne sme čistiti z vročo vodo, saj lahko spremeni obliko.

Menjava kanile

Bolnik si umije roke. Na čisti podlagi si pripravi: čisto kanilo, trakce za pričvrstitev kanile, prerezano gazico, gobice za čiščenje, razkužilo za kožo (nesladkan kamilični čaj), mazilo za okolico traheostome (po naročilu zdravnika).

Laringektomiran bolnik pri menjavi kanile stoji pred ogledalom. Najprej si odstrani umazano gazo med kanilo in traheostomo. Očisti okolico traheostome, po potrebi še z aspiratorjem odstrani sekret iz traheje. Nato počasi izvleče kanilo (dihalno cevko). Očisti zasušeni sekret, razkuži, osuši ter okolico traheostome namasti z mazilom. Kanilo rahlo namasti z mazilom, počasi vdahne, vstavi že naprej pripravljeno čisto kanilo ter jo zaveže na strani (če se kanila zamaši, jo lažje odveže). Stomo po želji prikrije z rutico ali gazico, ki so mu na voljo v specializiranih trgovinah.

Pomoč pri težkem dihanju

Osnovno in prvo pravilo je ukrepati takoj (že pri neobičajnih težavah s težkim, piškajočim ali sopihajočim dihanjem). Če je bolnik brez dihalne cevke in se je dihalna

odprtina nevarno zožila, je treba potisniti v odprtino manjšo kratko cevko. Sicer pa takoj odstranimo kanilo. Pomembno je, da istočasno odstranimo tudi morebitne kraste in zasušen sekret, saj je mnogokrat prav to vzrok za oteženo dihanje. Bolnik naj počasi vdihne in nato hitro izdihne (zakašlja), saj tako lahko z izdihom izloči suh izloček. To naj večkrat ponovi. Če vse to ne pomaga, je potrebna aspiracija skozi traheostomo. Kadar tudi z aspiracijo ne olajšamo bolniku dihanja, je treba izvesti Heimlichov prijem. Laringektomiran bolnik mora doma skrbeti, da je njegov bivalni prostor prezračen, topel ter dovolj vlažen.

Rehabilitacija bolnikov

Rehabilitacija laringektomiranih bolnikov je zelo pomembna, saj se jim je po operaciji spremenilo celotno življenje. Spremenjena je njihova zunanja podoba, način sporazumevanja. Okolice jih sprejema z začudenjem ali jih celo odklanja, deležni so spremenjenega odnosa svojcev in ne nazadnje, spremeniti morajo tudi svoj način življenja. Razumeti morajo, da je njihova kvaliteta življenja po operaciji odvisna od njihovega novega načina življenja. Ko omenimo besedo rehabilitacija, pomislimo na govorno rehabilitacijo, vendar sem prištevamo tudi socialno rehabilitacijo. Po končanem zdravljenju bolnika redno doživljenjsko spremljamo v onkološki ambulanti.

Govorna rehabilitacija

Za laringektomiranega bolnika in njegovo družino je najpomembnejša čim hitrejša pridobitev ene od nadomestnih metod sporazumevanja.

Možne so kirurške in nekirurške metode govorne rehabilitacije:

- govor s pomočjo govorne traheoezofagalne proteze,
- ezofagialni govor,
- govor s pomočjo elektronskega pomagala – elektrolarinksa,
- govor s pomočjo neoglotisa (Čuček, 1999).

Ezofagialni govor

Pridobivanje ezofagialnega govora je najstarejša metoda govorne rehabilitacije laringektomiranih bolnikov. Bolnika lahko začnemo učiti ezofagialnega govora takoj po odstranitvi nazogastrične sonde. Bolnik po odstranitvi grla nima več glasilk, zato za nastanek glasu ne more uporabljati zraka iz pljuč. Naučiti ga moramo zajemati zrak v požiralnik, zrak zadržati in iztisniti zrak iz požiralnika, tako da nastane ezofagialni glas.

Učenje tekočega in razumljivega ezofagialnega govora zahteva dolgotrajno govorno rehabilitacijo od dveh do šestih mesecev, včasih tudi dlje. Tako pridobljen govor je bolj hrapav, nižji, nekoliko tišji in slabše razumljiv kot normalen glas. Dobro osvojen ezofagialni govor omogoča uspešno komunikacijo v večini življenjskih situacij. Pri naših bolnikih uporabljamo to metodo govora.

Govor s pomočjo elektronskega pomagala (elektrolarinksa)

Pri nas je najbolj razširjen zunanji vratni aparat. Bolniki ga imenujejo tudi elektrolarinks. Elektronski govorni aparat ima lasten vir energije iz baterije ali akumulatorja. Govorni aparat prenaša vibracije preko opne na kožo in mišice na vratu oziroma na žrelo in ustno votlino. Kljub gumbu za uravnavanje glasnosti in višine tona je kvaliteta govora slabša kot pri ezofagialnem govoru.

Govorni aparat je lahko trajna ali začasna rešitev nadomestnega govora. Včasih zaradi zatrdlin in oteklin na vratu in glavi ni mogoče najti primerne mesta za namestitev aparata.

Govor s pomočjo neoglotisa

Je eden izmed operativnih načinov govorne rehabilitacije. Že med samo operacijo se naredi povezava med požiralnikom in žrelom ter se s tem oblikujeta nekakšni novi glasilki, ki potem pod vplivom zraka iz pljuč zanihata (Jeličić et al., 1999).

Socialni programi v rehabilitaciji laringektomiranih oseb v Sloveniji

V Sloveniji nimamo ustanove, ki bi se celostno ukvarjala z rehabilitacijo laringektomiranih bolnikov. Zato so toliko bolj pomembni socialni programi Društva laringektomiranih Slovenije. Programi so usmerjeni k celoviti rehabilitaciji, vzpodbujanju druženja in s tem k izboljšanju kakovosti življenja bolnikov in njihovih svojcev. V društvu so zbrani strokovnjaki različnih področij medicine: defektologije, logopedije, psihologije in sociologije.

Socialni program: naučimo se govoriti

Po odpustu iz bolnišnice laringektomirani bolniki pogosto zaradi različnih vzrokov (velika oddaljenost od bolnišnice, nimajo prevoza ali spremstva) ne nadaljujejo govorne rehabilitacije v logopedski ambulanti.

V šestdnevni program so vključeni predvsem tisti bolniki, ki se še niso naučili nobene metode nadomestne komunikacije ali jo slabo obvladajo. V ta program so vključeni tudi zakonci ali svojci. Namen programa je: osvajanje ali izboljšanje ene od govornih metod nadomestne komunikacije, spodbujanje k aktivnemu sodelovanju v skupini in

družabnih prireditvah, aktivno izkoriščanje prostega časa in razvijanje zdravega načina življenja. Dejavnosti v programu: delo v skupini, delo s posamezniki, razvijanje samo-iniciativnosti udeležencev, zakonsko svetovanje, predavanja, delavnice, družabne prireditve. Strokovni del predavanja izvajata dva logopeda (ter dva pomočnika logopedov, ki sta dobro rehabilitirani laringektomirani osebi).

Socialni program: psihosocialna rehabilitacija

Večina laringektomiranih oseb je izpostavljena močnim stresom, saj so obremenjeni s spoznanjem, da so oboleli z rakom na grlu. Prav tako mora preteči določeno časovno obdobje za zanesljivo ugotovitev, ali so ozdraveli. Te stresne situacije pogosto vodijo v depresijo, apatičnost in beg v izolacijo. Nekateri bolniki imajo zaradi drugačnega govora, spremenjenega videza in pogostega izkašljevanja bistveno spremenjeno samopodobo. Cilj tega programa je spodbuditi laringektomiranega člana in svojca k samoaktivnosti pri rehabilitaciji, izboljšati samopodobo, naučiti ga, kako premagati negativna čustva in razvijati zdrav način življenja. Strokovni vodja programa je specialist klinične psihologije, sodelujejo pa še sociolog, delovni terapevt, rekreacijski terapevt in pomočniki. Program traja sedem dni in se izvaja v primernem športno-rekreacijskem centru.

Socialni program: izboljšanje kvalitete življenja laringektomiranih oseb

Vemo, da je človek bio-psiho-socialno bitje (ima telo, dušo in potrebuje odnos z drugimi). Tako je vsebina tega programa telesna dejavnost, duševna sprostitev in druženje. Namen programa je tudi aktivno vključevanje v družbo.

Socialni program: informativna dejavnost

Cilji programa so: obveščanje članov o dejavnosti društva, spodbujanje k vključevanju društva, seznanjanje z aktualno zakonodajo, z novostmi na področju zdravstvenih storitev in rehabilitacije, informiranje o delovanju drugih invalidskih organizacij...

Socialni program: delovanje zaupnikov – prostovoljcev in usposabljanje zaupnikov – prostovoljcev

Člani DLS so razpršeni po vsej Sloveniji. Skoraj polovica jih živi na podeželju. Cilj tega programa je pristopiti k čim večjemu številu ljudi, ki bi jim DLS lahko pomagalo s svojimi programi. Zaupniki – prostovoljci (ti so zelo dobro rehabilitirani člani DLS) ta cilj uresničujejo tako, da obiskujejo člane na domu, jim svetujejo v okviru kompetenc in navezujejo stike z bolniki, ki še niso člani DLS.

Socialni program: zagovorništvo in socialna pomoč

Ta program omogoča boljšo informiranost, lažji dostop do različnih storitev, zaščito in uveljavljanje pravic.

Društvo laringektomiranih Slovenije

Društvo je bilo ustanovljeno maja 1982 in je delovalo z zelo skromnimi sredstvi. Od leta 1991 se je društvo kadrovsko okrepilo in poiskalo stabilnejše finančne vire za izvajanje svoje dejavnosti. Kakovost socialnih programov je omogočilo tudi Ministrstvo za zdravje leta 1996, ko je društvu podelilo status društva, ki deluje v javnem interesu.

Zaključek

Na našem oddelku se zavedamo, da dobra priprava bolnika na odpust iz bolnišnice pomembno pripomore k hitrejši samooskrbi traheotomiranega bolnika. Trudimo se, da bolnikom že v bolnišnici pomagamo pri samosprejemanju, da lažje najdejo stik z domačim okoljem, ki naj bi jim nudilo toplino in varnost.

S svojim strokovnim znanjem, nesebičnostjo, empatijo, vztrajnostjo in odpuščanjem dajemo medicinske sestre vzgled tudi svojcem, ki se ob spremenjenem partnerju ne znajdejo.

Zavedamo se, da je naše poslanstvo zelo pomembno. Pomembno v tem smislu, ker smo del zdravstvenega tima, ki traheotomiranemu bolniku pomaga stopiti na novo življenjsko pot.

Literatura

1. Bilten DLS ob 20 letnici. Ljubljana: DZS; 2002.
2. Bilten DLS ob 25 letnici. Celje: DZS; 2007.
3. Čuček- Remic R, Jeličič M. Metode govorne rehabilitacije. Strokovni seminar Dihalne stome. Zbornik predavanj. SBM; 1999.
4. Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000.
5. Kambič V. Hripavost. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1984.
6. Kambič V. Tudi brez grla je vredno živeti. Ljubljana: Društvo laringektomiranih Slovenije; 2002.
7. Kolbl P. Komunikacija bolnika s traheostomo Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Diplomsko delo, 2008