

Agnieszka Hamerlińska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Popularyzacja protez głosowych a lęk przed ich zastosowaniem u osób po laryngektomii całkowitej

W artykule zostanie przedstawiony interdyscyplinarny model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani uwzględniający aspekt medyczny, pielęgnacyjny, logopedyczny, psychologiczny i fizjoterapeutyczny. Model ten będzie zawierał trzy etapy: przedoperacyjny związany z prowadzoną diagnostyką choroby i doбором metody leczenia, okołoperacyjny – wiążący się z wykonaniem radykalnego zabiegu, którego celem będzie resekcja krtani oraz pooperacyjny – dotyczący przywracania jakości życia. W tekście odnalezć będzie można opis możliwości komunikacyjnych u osób po laryngektomii całkowitej, a szczególna uwaga zostanie poświęcona mowie przetokowej uzyskiwanej dzięki protezom głosowym. Na rzecz prezentowanego tekstu dokonano przeglądu badań nad skutecznością stosowania zastawek tchawiczo-przelykowych. Ponadto dokonana będzie próba wyjaśnienia, dlaczego osobom po laryngektomii całkowitej trudno przekonać się do protez głosowych, a w szczególności do implantacji wtórnej. Zostaną przedstawione wyniki badań, których przedmiotem stała postawa osób po usunięciu krtani wobec protez głosowych.

Słowa kluczowe: rak, laryngektomia całkowita, mowa, proteza głosowa, standard postępowania

Popularization of voice prostheses and fear of their application in people after total laryngectomy

The article will present an interdisciplinary model of treatment advanced laryngeal cancer taking into account the medical, caring, speech therapy, psychological and physiotherapeutic aspects. This model will contain three stages: preoperative related to the diagnosis of the disease and the choice of treatment method, perioperative - associated with the implementation of a radical procedure, which will be laryngeal resection and postoperative - for restoring the quality of life. The text will describe the communication possibilities of people after total laryngectomy, with special attention through voice prostheses. A review of the efficacy of using tracheo-esophageal valves has been made for the presented text. In addition, an attempt will be made to explain why it is difficult for people with total laryngectomy to consult voice prostheses, and in particular for secondary implantation. The results of the research will be presented, the subject of which was the attitude of people after removal of the larynx towards voice prostheses.

Keywords: cancer, total laryngectomy, speech, voice prosthesis, standard of conduct

Wprowadzenie

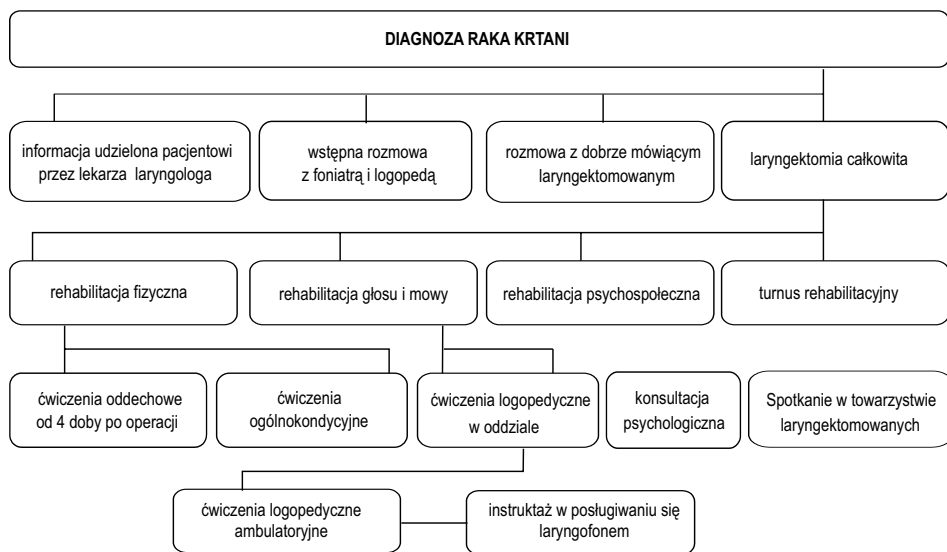
Osoby po laryngektomii całkowitej, z uwagi na usunięcie krtani, tracą naturalną umiejętność wydobywania głosu. Stan ten jednak nie oznacza, że nie mogą komunikować się werbalnie. W Polsce najczęściej spotykanym sposobem porozumiewania się osób po stracie krtani jest mowa przelękowa. Wykształcenie tej formy komunikowania się wiąże się z długotrwałym procesem terapii logopedycznej. Bywa, że jej wynik nie jest satysfakcjonujący. Z kolei, w przypadku państw wysoce rozwiniętych szczególnie pod względem ekonomicznym, osoby po laryngektomii całkowitej mają wykonywaną przetokę i mówią za pomocą protez głosowych. Wyrazistość mowy przetokowej jest lepsza niż mowy przelękowej (Okła 2007). W Polsce także istnieje możliwość chirurgicznej metody przywracania dźwięcznego głosu, jednakże bardziej preferowana jest mowa przelękowa. Mimo że protezę uznaje się za osiągnięcie medycyny, wśród laryngektomowanych pojawia się lęk przed implantacją (w szczególności) wtórną i niechęć do noszenia zastawki przelękowo-tchawiczej.

Niniejszy artykuł porusza problem zastosowania protez głosowych u osób po usunięciu krtani. Jednak na początku zaprezentowany będzie interdyscyplinarny model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani. Następnie uwaga będzie poświęcona sposobom komunikowania się osób po usunięciu krtani, ze szczególnym uwzględnieniem protez głosowych. Dopiero pod koniec zostanie dokonana próba wyjaśnienia, dlaczego osobom po laryngektomii całkowitej trudno przekonać się do protez głosowych mimo niezadowolających efektów mowy przelękowej. Zaprezentowano także wyniki wywiadu przeprowadzonego w grupie osób laryngektomowanych dotyczącego postawy wobec zastawek tchawiczo-przelękowych.

Interdyscyplinarny model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani

Laryngektomia całkowita to zabieg chirurgiczny polegający na pełnym usunięciu krtani, zazwyczaj wykonywany na skutek diagnozy rozległej choroby nowotworowej. Podczas operacji jest wykonywana także tracheostomia, której konsekwencją jest powstanie stomii, czyli otworu na szyi umożliwiającego oddychanie. Resekcja narządu wywołuje wiele zmian, a jedną z najbardziej odczuwalnych jest utrata głosu. Brak możliwości wytwarzania głosu krtaniowego znacznie upośledza funkcjonowanie społeczne, rodzinne, a niejednokrotnie i ekonomiczne (Markowski i in. 2014).

W literaturze przedmiotu (Sinkiewicz 2009) przedstawiane jest kompleksowe postępowanie w przypadku raka krtani (ryc. 1), obejmujące etap przed operacją i po operacji.



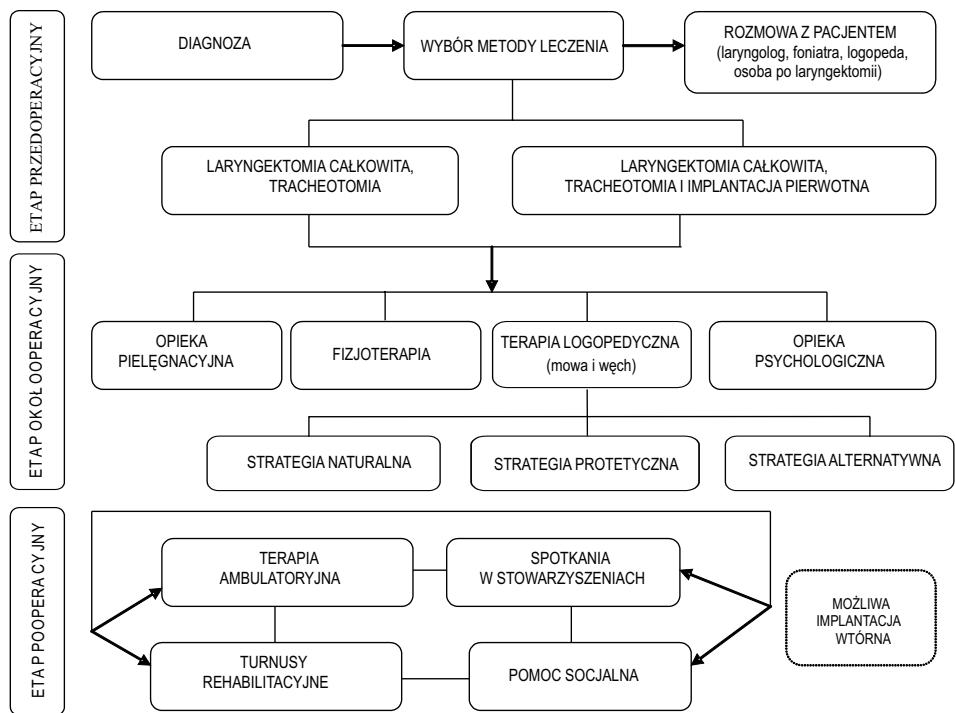
Rycina 1. Kompleksowe postępowanie w przypadku raka krtani

Źródło: (Sinkiewicz 2009: 25).

Warto do prezentowanego schematu (ryc. 1) wprowadzić podział na etapy: okres przedoperacyjny, okres okołoperacyjny, okres pooperacyjny. Ponadto w schemacie brakuje metody rehabilitacji chirurgicznej, czyli związanej z protezą głosową (Żebryk-Stopa 2015). Nie została także wymieniona pomoc socjalna oraz opieka pielęgnacyjna. Uwzględniając wymienione elementy model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani powinien przyjąć nieco zmodyfikowany obraz (ryc. 2).

Pierwszym etapem w modelu postępowania w przypadku zaawansowanego raka krtani jest czas przedoperacyjny, kiedy to stawiana jest diagnoza, co oznacza ustalenie rozległości, stopnia zaawansowania choroby. Dalej musi być podjęta decyzja o metodzie leczenia. W przypadku zaawansowanego raka krtani dokonywana jest laryngektomia całkowita, połączona z tracheotomią. Podczas operacji może być dokonana implantacja pierwotna, która wiąże się z chirurgicznym wszczepieniem protezy głosowej. Osobą prowadzącą cały proces leczenia jest lekarz laryngolog i foniatra. Warto jednak podkreślić, że już na etapie ustalania metody leczenia wskazane jest spotkanie z logopedą oraz być może z osobą po usunięciu krtani, które potrafiłyby wytłumaczyć choremu możliwości komunika-

cyjne po biegu. Zanim zostanie przeprowadzona radykalnie zmieniająca życia operacja, istotne by chory znał jej konsekwencje, stąd wskazana jest rozmowa oparta na zaufaniu i stwarzająca poczucie bezpieczeństwa oraz zaopiekowania.



Rycina 2. Model postępowania w leczeniu zaawansowanego raka krtani

Źródło: Opracowanie własne.

Po operacji rozpoczyna się etap okołoperacyjny, podczas którego pacjent poza opieką lekarzy i pielęgniarek, zaczyna spotykać się z fizjoterapeutą, logopedą i psychologiem. Pielęgniarka będzie musiała m.in. dbać o ranę po dokonaniu resekcji krtani i wykonaniu tracheostomii, a jej głównym zadaniem będzie nauczenie pacjenta pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Fizjoterapeuta usprawnia ruchowo, udziela wskazówek związanych z oddychaniem, poruszaniem się i wykonywaniem ruchów ciałem po operacji.

Jako że temat niniejszego artykułu wiąże się przede wszystkim ze sposobem komunikowania się osób po usunięciu krtani – pomoc logopedy oraz oferowane przez niego strategie postępowania logopedycznego zostaną opisane stosunkowo szerzej. Wśród strategii postępowania logopedycznego w przypadku odzyskiwania mowy po usunięciu krtani wymienia się naturalną, nienaturalną (prote-

tyczną) i alternatywną (Hamerlińska 2017). Strategia naturalna w postępowaniu logopedycznym osób po usunięciu krtani to taka, w której do wywołania mowy wykorzystuje się zachowane, zrekonstruowane lub przeszczepione narządy, wytworzone przez organizm ludzki, bez użycia ciała sztucznego (mowa przełykowa, przeszczepowa foniczna po przeszczepie krtani, rekonstrukcyjna foniczna po rekonstrukcji krtani). W strategii nienaturalnej, czyli protetycznej wykorzystywane są ciała pochodzenia obcego, jak na przykład proteza głosowa lub laryngofon. Proteza to inaczej zastawka tchawiczoprzełykowa, dzięki której powstaje tzw. mowa przetokowa. Laryngofon to aparat wytwarzający falę wibroakustyczną, która po przedostaniu się do jamy ustnej jest modulowana i artykułowana, a następnie opuszcza ją jako zrozumiałe słowa. Trzecia strategia, czyli alternatywna oznacza, że nie ma możliwości wytworzenia głosu poprzez mowę przełykową, istnieją przeciwwskazania do protezy głosowej, używanie laryngofonu nie przynosi korzyści. Wykorzystuje się wówczas zachowane umiejętności osoby laryngektomowanej, np. umiejętność pisania lub wprowadza się język migowy, emotikony, fonogesty (por. Hamerlińska 2017; Kozłowska 2015; Kamuda-Lewtak 2008). Jeśli w trakcie laryngektomii całkowitej dokonano implantacji pierwotnej wówczas rola logopedy będzie polegała na nauczaniu pacjenta korzystania z protezy. Jeżeli jednak pacjent nie ma wszczepionej zastawki tchawiczoprzełykowej wówczas kierowany jest przede wszystkim do nauki mowy przełykowej lub do korzystania z laryngofonu. Poza tym logopeda znając manewry pobudzania węchu, wprowadza również i te ćwiczenia do terapii.

Stan psychiczny osób po usunięciu krtani jest różnorodny. Dla niektórych dopiero strata narządu jest początkiem traumy. Dlatego też bardzo ważna jest rola psychologa, który udziela między innymi wsparcia emocjonalnego,

Kiedy pacjent opuści szpital, wówczas rozpoczyna się okres pooperacyjny. Wtedy to osoba laryngektomowana potrzebuje szczególnej pomocy: będzie uczęszczać na zabiegi rehabilitacyjne do placówek zdrowia publicznego, ponadto może zapisać się do stowarzyszenia dla osób po usunięciu krtani, gdzie odbywają się różne terapie. Dużym powodzeniem cieszą się także turnusy rehabilitacyjne organizowane przez stowarzyszenia dla osób po usunięciu krtani (Sinkiewicz 2015) np. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych, Śląskie Stowarzyszenie Osób bez Krtani. Laryngektomowani znajdują także wsparcie w pomocy społecznej.

Stosowanie protez głosowych w Polsce i na świecie

Połączenie tchawiczoprzełykowe stosowane jest od ponad 35 lat w krajach Europy zachodniej i Ameryki. Ta forma tworzenia głosu zastępczego jest szczególnie zalecana w Holandii (Hilgers FJM i in. 1997). Powodem poszukiwań nowych

form komunikacji po laryngektomii całkowitej stał się często mało efektywny proces terapii logopedycznej, której celem jest nauczenie mowy przetykowej. Charakterystyka percepcyjno-akustyczna mowy przetokowej w porównaniu z mową przetykową przeprowadzona przez Ratajczyka i in. (2008) wykazała, że ta pierwsza jest bliższa charakterystyce mowy fizjologicznej. Zwraca się uwagę na wydłużenie czasu fonacji decydujące o płynności i szybkości wypowiedzi. Ponadto czas trwania rehabilitacji mowy zastępczej jest zdecydowanie krótszy u pacjentów z założoną zastawką tchawiczoprzetykową, co przyspiesza i ułatwia laryngektomowanym przystosowanie się do życia po operacji.

Pierwsza proteza głosowa została utworzona już na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, a tego typu pionierską metodę opracował Polak Mozolewski (1972), który zastosował stworzoną przez siebie protezę wśród 24 chorych. Był to prototyp dzisiejszych protez głosowych. Połączenie tchawiczoprzetykowe umożliwia laryngektomowanym łatwe wprowadzenie powietrza z tchawicy do zastępczego zbiornika znajdującego się pod mięśniem pierścienno-gardłowym, będącym generatorem dźwięku. Obecnie na świecie stosuje się wiele protez alloplastycznych łączących tchawicę z przetykiem, takich jak: Blom-Singer, Bivona czy Provox (Ratajczak i in. 2008).

Protezy typu Provox stosowane są od 1988 roku. Głos tchawiczoprzetykowy jest tworzony w pseudogłośni, która powstaje w tym samym miejscu co w głosie przetykowym, ale w oparciu o rezerwuar płucny. Istotną zaletą stosowania protez głosowych jest bardzo krótki czas rehabilitacji do uzyskania głosu zastępczego (Domeracka-Kołodziej i in. 2006).

Podstawą mowy tchawiczej jest to, że wydechowe powietrze z tchawicy jest przetaczane przez gardło poprzez małą protezę z zaworem silikonowym w przewodzie przetokowym. Dźwięk jest następnie wytwarzany przez wibrowanie błony śluzowej. Kiedy powstaje dźwięk, uruchamiana jest w jamie ustnej artykulacja przy użyciu pozostałych rezonatorów anatomicznych: języka, zębów i warg. Proteza służy również jako zawór jednokierunkowy, aby zapobiec śladom śliny w drogach oddechowych (Parchant i in. 2008).

Badania prowadzone przez Markowskiego i in. (2014) nad oceną skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u 26 pacjentów po laryngektomii całkowitej dowiodły, że zachodzi wysoka skuteczność protezy głosowej w rehabilitacji głosu. Niemal 80% badanych oceniło rehabilitację głosu za pomocą protezy typu Provox 2 jako zadowalającą. Wyniki porównano z mową przetykową 16 osób. Jakość głosu oceniono w obu grupach za pomocą kwestionariusza współczynnika niepełnosprawności głosowej (VHI, Voice Handicap Index). Korzystniejsze wyniki otrzymały osoby z protezami.

Domeracka-Kołodziej i in. (2006) prowadzili badania w grupie 25 osób poddanych laryngektomii całkowitej z implantacją wtórną, spośród tych osób 14 pod-

czas usuwania krtani miało zabieg poszerzony o operację radykalną węzłów chłonnych szyi i/lub nasady języka i/lub gardła dolnego. W momencie wypisu ze szpitala 18 z 25 operowanych chorych uzyskało znaczną poprawę w mówieniu. Jednakże lepsze wyniki uzyskano w grupie pacjentów po laryngektomii całkowitej w porównaniu z laryngektomią całkowitą poszerzoną. Jakość głosu i mowy była zróżnicowana u pacjentów.

W Klinice Otolaryngologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie przeprowadzono badania wśród 82 mężczyzn (Ratajczak i in. 2008). Była to grupa od 42 do 75 lat (średnia 61,8 lat). Chorzy zostali podzieleni na trzy grupy. Grupę I stanowiło 32 pacjentów z rakiem krtani, którym wykonano laryngektomię całkowitą i założono protezę głosową Provox 2 firmy Atos. Spośród tych osób u 24 protezę głosową założono w trakcie operacji usuwającej krtani. Z kolei 8 osobom wykonano laryngektomię całkowitą 12–24 miesiące wcześniej, a implantacji wtórnej dokonano po nieuzyskaniu mowy przełykowej po kilku miesiącach terapii. U wszystkich osób działania chirurgiczne zakończono co najmniej 3 miesiące wcześniej przed przeprowadzoną analizą porównawczą. Grupa II to 30 osób, u których wykonano zabieg całkowitego usunięcia krtani bez założenia protezy głosowej 48–18 miesięcy przed badaniem. Wszyscy badani zakwalifikowani do tej grupy posługiwali się co najmniej dobrą mową przełykową. Grupę III stanowiło 19 osób, była to grupa kontrolna chorych leczonych w Klinice z powodu przewlekłych zapaleń uszu, nieposiadających jednocześnie uchwytnych schorzeń krtani oraz zaburzeń tworzonego głosu i mowy. Badania rozpoczynano od subiektywnej oceny głosów zastępczych oraz ustalenia długości czasu potrzebnego do opanowania przez chorych mowy zastępczej, jakościowo odpowiadającej mowie prezentowanej w chwili badania. W analizie uwzględniano gotowość do mowy, charakter tworzonego głosu (ochryply, matowy, dźwięczny), sposób tworzenia głosu (party, swobodny) oraz głośność mowy (cicha, średnio-głośna, głośna). Następnym etapem badania było wykonanie pomiarów maksymalnego czasu fonacji samogłoski „a”.

Ostateczny wynik był średnią z trzech powtórzeń, podany w sekundach. Początkowo mierzono maksymalne natężenie głosu dla mowy potocznej określane w dB. Dokonano także analizy nagranych głosów porównując między sobą: średnią częstotliwość, podstawowy czas potrzebny do opanowania mowy zastępczej. U chorych z pierwotnie wszczepionymi protezami podstawowy czas potrzebny do opanowania mowy zastępczej wynosił od 3–4 dni do 4 tygodni, natomiast u chorych z protezami wszczepionymi wtórnie również 3–4 dni, ale nie przekraczał 1 tygodnia. Mowę przełykową opanowywano w ciągu minimalnie 7 i maksymalnie 25 tygodni. Uczestnicy badania wykazywali stałą gotowość do mowy, głos był ochryply lub matowy. W ocenie subiektywnej głos w mowie przetokowej odznaczał się większą swobodą tworzenia oraz mowa przetokowa wyda-

wała się głośniejsza w stosunku do mowy przetykowej. Maksymalne natężenie głosu dla mowy potocznej przetokowej wynosiło $62,5 \pm 7,8$ dB, mowy przetykowej – $61 \pm 8,9$ dB i dla mowy grupy kontrolnej – $65 \pm 6,6$ dB (Ratajczak i in. 2008).

Według większości autorów głos przetokowy jest znacznie bardziej wydolny socjalnie niż głos przetykowy, czy gardłowy (Pruszewicz 1970; Ratajczak 2008). Jednakże zastosowanie protezy głosowej wiąże się z pewnymi konsekwencjami. Z badań prowadzonych w Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Powiatowego w Skarżysku-Kamiennej w latach 2012–2017, którym poddano 33 pacjentów z protezą głosową Provox II i Provox Vega wynika, że w analizowanym okresie zastąpiono 127 protez głosowych u 33 pacjentów. Najczęstszym powodem zastąpienia protezy głosowej był przeciek przez kanał protezy głosowej – wystąpiło 95 razy. Spontaniczne wypadnięcie protezy głosu wystąpiło u 11 pacjentów. Proteza głosowa została zastąpiona z powodu trudności w tworzeniu mowy protetycznej u 8 pacjentów. O wiele bardziej poważnym powikłaniem było występowanie wycieków wokół protezy głosowej (5 osób). U 4 osób płytka zapalna została uformowana wokół protezy, następnie została usunięta w przypadku znacznej osłony protetycznej lub na żądanie zaniepokojonej osoby. U jednej osoby proteza wystawała i obracała się w tchawicy (Kamiński 2017).

Podobnie Parchant i in. (2008) wskazują, że główną wadą protez głosowych jest wystąpienie aspiracji przez przetokę do tchawicy i zwężenie oraz zamknięcie przetoki. Poza tym wśród niekorzyści wymienia się:

1. Potrzeba ręcznego przykrycia stomii podczas wypowiedzania (choć obecnie są już protezy niewymagające przykrycia stomii, w Polsce nie są jednak refundowane).
2. Konieczna jest odpowiednia rezerwa płucna.
3. Dodatkowa operacja konieczna w przypadku wtórnych nakłuć.
4. Możliwe naruszenie tylnej ściany przetyku
5. Przejście cewnika przez fałszywe przejście i perforacja przetyku.

Można jednak też zwrócić uwagę na liczne zalety protez głosowych:

1. Możliwe jest stosowanie radioterapii.
2. Umożliwia karmienie w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.
3. Można ją łatwo usunąć, jeśli jest niepożądana przez pacjenta.
4. Mowa pojawia się od razu po zastosowaniu.
5. Wysoki wskaźnik sukcesu w rehabilitacji głosowej protez.
6. Doskonała jakość głosu w niemal 88%.
7. Głos jest bardziej zrozumiały i stanowi bardziej naturalny dźwięk, poza tym trwa dłużej przy dużej intensywności (Parchant i in. 2008).

Tworzenie głosu przetokowego jest obecnie standardową procedurą stosowaną podczas całkowitej laryngektomii (Parchant i in. 2008). Istnieje jednak kilka przeciwwskazań przy implantacji pierwotnej. W sytuacji pojawienia się zwięk-

szonogo ryzyka rozwoju przetoki pooperacyjnej lub uszkodzenie rany – wszczepienie protezy nie jest zalecane. Do tego w przypadku rozległych zabiegów chirurgii gardłowej, przy nieodpowiednim przygotowaniu psychicznym pacjenta oraz wątpliwej zdolności radzenia sobie fizycznie z protezą, metoda chirurgii protetycznej nie jest wskazana.

W Polsce bardziej zalecaną jest implantacja wtórna (aniżeli założenie protezy podczas jednego zabiegu wraz z laryngektomią i tracheostomią). Wynika to z przekonania, że pacjent powinien zawsze podjąć próbę nauki głosu przelykowego jako podstawowej formy rehabilitacji głosu po laryngektomii całkowitej. Markowski i in. (2014) wyrażają opinię, że dopiero przy nieskuteczności terapii logopedycznej, mimo intensywnej współpracy z logopedą i foniatrą oraz przy znacznym pogorszeniu jakości życia pacjenta w aspekcie socjalnym powinno się zastosować implantację protezy głosowej.

Parchant i in. (2008) wśród kryteriów do wtórnej rekonstrukcji głosu wymieniają:

1. Dobrą motywację
2. Stabilność psychiczną pacjenta
3. Odpowiednie rozumienie anatomii pooperacyjnej i przelyku tchawiczo-przelykowego
4. Brak uzależnienia od alkoholu lub innych substancji
5. Odpowiednią zręczność manualną
6. Odpowiednią ostrość wzroku
7. Pozytywny test wdmuchiwanie powietrza przelykowego
8. Brak znaczącego zwężenia lub zwężenia gardła
9. Odpowiednią rezerwę płucną
10. Stomę o odpowiedniej głębokości i średnicy (Parchant i in. 2008).

Lęk przed zmianą, czyli zastosowaniem protezy głosowej – ujęcie teoretyczne

Uczestniczenie w terapii logopedycznej może być wyczerpujące, a brak uzyskiwanych efektów przyczynia się do poszukiwania nowych rozwiązań dających lepsze możliwości komunikacyjne. Jednakże w przypadku osób po usunięciu krtani, pomimo braku wytworzenia mowy zastępczej istnieją obawy przed skorzystaniem z osiągnięć techniki. Proteza głosowa umożliwia mówienie niemalże od momentu jej wszczepienia. Zauważany jest jednak opór ze strony laryngektomowanych wobec zastawek tchawiczo-przelykowych. Prawdopodobnie źródłem tego oporu jest lęk przed zmianą, jaką powoduje pojawienie się ciała obcego w organizmie, lęk przed trudnością w użytkowaniu, stąd dalsze rozważania teoretyczne.

Lęk jest uczuciem ogólnej niepewności wobec nieokreślonego zagrożenia (Seligman i in. 2001: 181). Reakcja lęku składa się z czterech elementów: poznawczego, somatycznego, emocjonalnego i behawioralnego. Pierwszy – poznawczy jest oczekiwaniem bardziej rozproszonego i niejasnego zagrożenia. Somatyczny dotyczy zmian zewnętrznych i wewnętrznych organizmu. Do zewnętrznych można zaliczyć m.in. blednięcie skóry, pojawienie się gęsiej skórki czy drżenie ust, a do wewnętrznych na przykład zahamowanie wydzielania kwasu żołądkowego, przyspieszenie rytmu serca. Element emocjonalny obejmuje poczucie przerażenia, grozy i paniki, a behawioralny wiąże się z reakcją sprawczą np. ucieczką czy też unikaniem (Seligman i in. 2001).

W przypadku wykorzystania protezy głosowej u osób po usunięciu krtani być może trzeba twierdzić o lęku wywołanym ewentualną wizją zmiany dotychczasowego funkcjonowania. Zazwyczaj pojęcie zmiany odznacza się pewnymi cechami: względna długotrwałość i nieodwracalność oraz spontaniczność (Szmigielska 2005). Z kolei Griffin (2005: 392) za zmianę uznaje każdą istotną modyfikację jakiejś części w ramach wyróżnionej całości. Przyczyn oporu przed zmianą jaka może nastąpić w życiu jest wiele. Wendt (2010: 86) wskazuje na cztery obszary problemowe opisywanego zjawiska. Pierwszy wiąże się z brakiem informacji (na temat metod, sposobów, przyczyn, przebiegu wdrożenia, celu zaplanowanych zmian, konsekwencji zmian). Drugi odwołuje się do zaufania i relacji wewnątrz organizacji (tu relacji pacjent-lekarz). Trzeci obszar dotyczy osobowości uczestników procesu zmian (niski poziom lub brak akceptacji dla zmian; brak troski o dobra wyższego rzędu; panujące przekonanie o tym, że po co coś zmieniać, jest dobrze tak jak jest). Ostatni obszar wiąże się ze stanem lękowym (lęk przed nowościami, porażką czy kompromitacją; lęk przed utratą pozycji lub władzy). Z kolei Sokołowska (2009: 230) za powody oporu wobec zmian uważa:

- niepewność (obawy i nerwowość wywołana znalezieniem się w sytuacji niejasnej);
- uczucie strachu, głównie przed tym, co nowe i nieznanne, ale również przed następstwami wdrażanej zmiany;
- odmienne postrzeganie problemów i sposobów rozwiązania przez poszczególnych interesariuszy procesu zmian;
- zagrożenie osobistych interesów, przede wszystkim w kontekście obszaru wpływów i zakresu władzy.

Dostrzec można, że zmiany, które wywołują największy lęk wiążą się z nowymi wymaganiami w kwestii umiejętności i wiedzy (Centkowska 2015). Człowiek boi się, że sobie nie poradzi z nowością, że jego dotychczasowe umiejętności okażą się zbyt małe, a wiedza jaką posiada niewystarczająca. Ponadto duży opór budzi wizja poniesienia ryzyka. W przypadku stosowania protez głosowych może wystąpić lęk przed zmianą sposobu komunikowania się. Ponadto lęk może powodować posiadanie w ciele ciała obcego i zmiana, jaką będzie zaakceptowanie

tegoż „ciała”, czyli protezy. Zastosowanie protezy głosowej będzie wymagało także nauczeniu się nowych czynności – a to wszystko oznacza zmianę, czyli pojawienie się czegoś nowego, nieznanego czemu osoba po usunięciu krtani „ma stać czoła”.

Postawa osób po usunięciu krtani przed protezą głosową

W 2017 roku podczas turnusu rehabilitacyjnego, którego celem było wywoływanie i/lub usprawnianie mowy przelykowej, przeprowadzono wywiady z 18 osobami po laryngektomii całkowitej. Celem badania było poznanie postawy osób po usunięciu krtani wobec protez głosowych. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest postawa wobec protez głosowych u osób po usunięciu krtani?
 - 1.1. Czy osoby po usunięciu krtani chciałyby zastosować protezę głosową?
 - 1.2. Jakie korzyści z posiadania protez głosowych wymieniają osoby po usunięciu krtani?
 - 1.3. Jakie są negatywne strony stosowania protez głosowych w opinii osób po usunięciu krtani?

W grupie badanych było 13 mężczyzn (wiek 57–78 lat, średnia 69 lat) i 5 kobiet (wiek 61–82 lata, średnia 68 lat). Pod względem wykształcenia grupa liczyła 7 osób z wykształceniem zawodowym, 6 – ze średnim i 5 – z wyższym. W grupie była jedna osoba, której rok przed badaniem proteza głosowa z uwagi na wypadnięcie została usunięta. Pięć osób badanych przyjeżdżając na turnus nie posługiwała się mową przelykową. Sześć osób posługiwało się bardzo dobrą mową przelykową, a 7 osób – dobrą.

Spośród badanych osób 16 stwierdziło, że nie chce posiadać protezy głosowej, a 2 przyznały, że mogłyby posiadać. Wśród korzyści 12 osób wymieniło, że od razu pojawia się mowa. Badani nie potrafili wymienić więcej zalet płynących z faktu posiadania zastawki. Wśród negatywnych stron posiadania protezy pojawiały się odpowiedzi:

- lęk przed protezą,
- niechęć do używania ręki,
- brak wiary w skuteczność,
- przyczyna grzybicy,
- zagrożenie uduszenia poprzez wypadnięcie,
- określenie protezy sztucznym tworem,
- wypadanie ze stomy,
- konieczność wymiany.

Pięć osób spośród badanych wskazało również, że mowa przełykowa jest tą prawdziwą, w znaczeniu naturalną w przeciwieństwie do mowy przetokowej.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można wywnioskować, że postawa wobec protez głosowych przez osoby po usunięciu krtani jest dość negatywna. Być może wynika to stąd, że są to osoby, którym dotychczas nie oferowano bezpośrednio protezy głosowej, a też i trudno byłoby im podjąć decyzję o poddaniu się ewentualnej ponownej operacji, której celem byłoby wszczęcie protezy głosowej. Ponadto osoby te, od lat żyją bez zastawki i potrafią radzić sobie w życiu codziennym mimo ograniczeń wynikających z komunikacji. Do tego zauważalna była w rozmowach motywacja osób badanych do uczestniczenia w zajęciach logopedycznych, wspierana w szczególności osobami bardzo dobrze i dobrze komunikującymi się mową przełykową, którzy stanowią wzór do naśladowania. Na podstawie rozmów z osobami laryngektomowanymi można dostrzec, że w ich mniemaniu wykształcenie mowy przełykowej budzi podziw, a zastosowanie protezy głosowej budzi dość spory lęk. W szczególności wydaje się, że ten lęk podyktowany jest troską o swoje życie, ponieważ badani obawiają się grzybicy i uduszenia pod wpływem noszenia protez głosowych. Ponadto osoby po usunięciu krtani, mając w otoczeniu osoby dobrze posługujące się mową przełykową, widzą jej walory i dążą do jej osiągnięcia. Do tego zauważyć można, że badani traktują protezę jako ciało obce, która wprowadza zmiany w życiu. Te zmiany wiążą się z uczeniem się pielęgnacji protezy, nauką jej wykorzystania w celach komunikowania. Takie nowe zadania budzą lęk, przed tym czy uda się pokonać wymienione trudności.

Wnioski i podsumowanie

Stworzenie protezy głosowej jest osiągnięciem medycyny. W wielu krajach Europy jest ona stosowana od razu podczas zabiegu usuwania krtani. W Polsce taką procedurę leczenia stosuje od wielu lat ośrodek kielecki prowadzony przez Sławomira Okłę (2007). W pozostałych ośrodkach onkologicznych, których celem jest również m.in. leczenia raka krtani, protezy głosowe są wprowadzane od niedawna. Należy zwrócić uwagę, że przez długi czas wobec protez głosowych było nastawienie, że stanowi ona swoistą ostateczność, ponieważ najpierw należało podjąć się trudu nauki mowy przełykowej. Przejawem takiego poglądu jest zaprezentowany w niniejszym artykule pierwszy model postępowania w przypadku zaawansowanego raka krtani, w którym nawet nie uwzględniono zastosowania zastawki tchawiczoprzełykowej. Dlatego też zaistniała konieczność dopracowania takiego modelu z uwzględnieniem współczesnych możliwości. Istotną rolę we

wprowadzaniu protez głosowych odgrywają lekarze prowadzący proces leczenia oraz logopedzi zajmujący się prowadzeniem terapii osób po laryngektomii całkowitej. Ich wiedza i doświadczenie w stosowaniu zatok tchawiczo-przełykowych powinny się rozwijać, tak aby móc przekazywać chorym wiedzę rzetelną popartą doświadczeniem.

Prezentowane wyniki wywiadów przeprowadzonych wśród osób po usunięciu krtani można traktować jako badania pilotażowe. Warto podkreślić, że może istnieć różnica w postawie wobec protez głosowych u osób, które miały ją założoną już podczas dokonywania resekcji krtani a u osób, które przez lata zaakceptowały dany stan życia bez krtani z naturalną formą komunikowania się jaką jest mowa przełykowa nawet z różnym poziomem zrozumiałości.

Należy zwrócić uwagę, że osobami badanymi były osoby starsze, u których może występować wyższy poziom lęku przed zmierzeniem się z rzeczami nowymi. Ponadto są to osoby, które prowadzą dość oszczędny tryb życia, co w konsekwencji może budzić lęk przed stratą finansową, a utrzymanie protezy, mimo wsparcia firm je produkujących, jest jednak kosztowne. Warto także zauważyć, że osoby badane wskazują, że już zaakceptowały swoje trudności wynikające z ograniczeń w komunikacji, zatem panujące przekonanie o tym, że „po co coś zmieniać, skoro jest dobrze tak jak jest”, jest czynnikiem bardziej pobudzającym lęk przed zmianą niż obniżającym.

Wydaje się, że podejście stosowane w Polsce, zgodnie z którym najpierw dokonywana jest laryngektomia całkowita, a następnie prowadzona jest terapia logopedyczna ukierunkowana na mowę przełykową nie jest podejściem złym, ponieważ w jakiś sposób chroni pacjentów przed negatywnymi skutkami stosowania protez. Jednakże warto uświadamiać osobom, którym nie udaje się osiągnąć pożądanego efektu terapii, że istnieje możliwość implantacji wtórnej, której skuteczność w zakresie rehabilitacji głosu jest wysoka. Najważniejsze jest by osoby będące przed operacją resekcji krtani lub te, które od lat żyją bez krtani wiedziały, że istnieją protezy głosowe i że mają możliwość z ich skorzystania.

Bibliografia

- Centkowska M. (2015), *Podstawy teoretyczne oporu wobec zmian w organizacji*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, seria: Organizacja i Zarządzanie, z. 77, nr kol. 1927, 9–18.
- Domeracka-Kołodziej A., Maniecka-Aleksandrowicz B., Osuch-Wójcikiewicz E., Nyckowska J., Bruzgielewicz A., Checiński P., Jakubowska E. (2006), *Rehabilitacja głosu i mowy u chorych po usunięciu krtani z zastosowaniem protez głosowych typu Provox*, *Otorynolaryngologia*, vol. 5 (3), 129–134.
- Griffin R.W. (2005), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Hamerlińska A. (2015), *Metodyka logopedyczna w przypadku osób po laryngektomii całkowitej*, *Studia Logopaedica*, vol. 6, 225, 89–100.
- Hilgers FJM, Schouwenburg PF. (1990), *A new low resistance, selfretaining prosthesis (provox) for voice rehabilitation after total laryngectomy*, *Laryngoscope*, vol. 100, 1202–1207.
- Kamiński B. (2017), *Surgical voice rehabilitation performed by means of voice prosthesis post laryngectomy*, *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, vol. 15 (4), 338–341.
- Kamuda-Lewtak J. (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób laryngektomowanych*, *Logopedia*, vol. 37, 208–215.
- Kozłowska, M. (2015), *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób laryngektomowanych* [w:] *Logopedia, standardy postępowania logopedycznego*, S. Grabias, M. Kurkowski, J. Panasiuk (red.), Lublin, 781–797.
- Prashant V. Pawar, Suhail I. Sayed, Rehan Kazi, Mohan V. Jagade (2008), *Current status and future prospects in prosthetic voice rehabilitation following laryngectomy*, *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, vol. 4, no. 4, 186–191.
- Pruszewicz A. (1970), *Analiza i ocena czynników wpływających na rehabilitację głosu i mowy chorych po całkowitym wyluszczeniu krtani*, *Akademia Medyczna w Poznaniu*, Poznań.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., Donat-Jasiak T. (1983), *Kompleksowa rehabilitacja chorych po laryngektomii*, *Otolaryngologia Polska*, vol. 37, 159–60.
- Markowski J., Piotrowska-Seweryn A., Witkowska M., Wardas P., Paluch J., Likus W. (2014), *Ocena skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u pacjentów laryngektomowanych*, *Otornolaryngologia*, vol. 13 (3), 163–168.
- Mozelewski E. (1972), *Chirurgiczna rehabilitacja głosu i mowy po laryngektomii*, *Otolaryngologia Polska*, vol. 26, 653–661.
- Okła, S. (2007), *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, PZWL, Warszawa.
- Ratajczak J., Wojdas A., Jurkiewicz D. (2008), *Wyniki rehabilitacji głosu i mowy po wszczepieniu wentylowych protez głosowych u chorych po całkowitym usunięciu krtani*, *Otolaryngologia Polska*, vol. 62 (6), 727–730.
- Sinkiewicz A. (2009), *Pacjent po operacji krtani*, Bydgoszcz.
- Szmigielska B. (2005), *Zmiana rozwojowa* [w:] *Słownik psychologii*, J. Siuta (red.), Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków.
- Wendt R. (2010), *Zarządzanie zmianą w polskiej firmie. Jak w praktyce wykorzystać szansę na rozwój bez porażek*, Zacharek Dom Wydawniczy, Warszawa.