

Daria Ślęzak 

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, ul. Podchorążych 2, 30–084 Kraków

e-mail: [daria.slezak@doktorant.up.krakow.pl](mailto:daria.slezak@doktorant.up.krakow.pl)

## Proces komunikowania się pacjenta po laryngektomii całkowitej. Studium przypadku

Communication process of the patient after total laryngectomy: a case study

**Słowa kluczowe:** komunikowanie się, mowa, rak krtani, mowa zastępcza, mowa przelykowa, laryngektomia całkowita, diagnoza logopedyczna

**Keywords:** communication, speech, laryngeal cancer, replacement speech, esophageal speech, total laryngectomy

### Streszczenie

W niniejszym artykule przedstawiono kompleksowe omówienie zagadnień związanych z rakiem krtani, jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych rejonu głowy i szyi. Omówiona została rola czynników genetycznych, środowiskowych oraz szkodliwego stylu życia w rozwoju tej choroby. Przedstawiono zarówno chirurgiczne, jak i niechirurgiczne metody leczenia raka krtani. Szczególną uwagę poświęcono zabiegowi laryngektomii całkowitej. W dalszej części artykułu omówiono możliwości komunikacji werbalnej i niewerbalnej pacjentów po operacyjnym usunięciu krtani oraz opisano procedurę badawczą i studium przypadku pacjenta po laryngektomii całkowitej.

### Abstract

This article presents a comprehensive discussion of issues related to laryngeal cancer, one of the most common malignancies of the head and neck region. The author discusses the role of genetic, environmental, and harmful lifestyle factors in the development of this disease. Treatment methods for laryngeal cancer, both surgical and non-surgical, are presented. Special attention was paid to the procedure of total laryngectomy. The following part of the article discusses the possibilities of verbal and non-verbal communication and describes non-verbal communication of patients after surgical removal of the larynx, as well as the research procedure and a case study of a patient after total laryngectomy.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.  
This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0  
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 16.05.2023. Data przyjęcia: 12.06.2023

## Wprowadzenie

Proces komunikowania się odgrywa w życiu każdego z nas kluczową rolę. Komunikowanie się jest jedną z najważniejszych umiejętności społecznych człowieka. To właśnie dzięki temu procesowi możemy nie tylko dzielić się informacjami z otoczeniem i odbierać je, ale również wyrażać swoje sądy i zaspokajać istotne potrzeby, takie jak bliskość, przynależność czy bezpieczeństwo. Człowiek bez problemu funkcjonuje komunikacyjnie. Oznacza to, że ma zdolność do budowania i nadawania komunikatów werbalnych i niewerbalnych. W przypadku pacjentów po zabiegach laryngektomii całkowitej proces komunikowania się staje się w dużym stopniu utrudniony.

## Komunikacja a mowa

Jedną z popularniejszych definicji komunikowania jest definicja Walerego Pisarka [2008, s. 17], który komunikowaniem się nazywa przekazywanie treści psychicznych, zarówno intelektualnych, jak i emocjonalnych, a więc tego, co się myśli lub czuje, pomiędzy osobnikami A i B. Bogusława Dobek-Ostrowska [2002, s. 13] uznała jednak tę definicję za niekompletną i rozszerzyła ją, przedstawiając komunikowanie się jako proces, w którym jednostki, grupy lub instytucje nawiązują kontakt i dzielą się myślami, wiedzą, informacjami oraz ideami. Według autorki jest to dynamiczny proces, który może zachodzić na różnych poziomach oraz za pomocą różnorodnych środków, wywołując określone efekty. W literaturze odnaleźć można wiele różnych definicji mowy. Zdaniem Ireny Styczek [1981, s. 21] mowa to dźwiękowe porozumiewanie się ludzi. W celu porozumiewania się ludzie posługują się językiem, który jest systemem wyrazów i reguł gramatycznych. Tadeusz Milewski pisze o mowie jako dźwiękowym porozumiewaniu się dwóch osób, w którym jedna drugą o czymś powiadamia [Jastrzębowska, 2001, s. 250]. Stanisław Grabias [2012, s. 15] zaproponował zupełnie inną definicję mowy. Według niego mowa to zbiór czynności, które wykonuje przy użyciu języka człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego. Mowa jest zatem jednym z najskuteczniejszych narzędzi komunikacji, które umożliwia człowiekowi wyrażanie myśli, uczuć i intencji. Pełni ona wiele funkcji, w tym informacyjną, ekspresywną, impresywną, regulacyjną i interakcyjną. Dzięki niej ludzie są w stanie przekazywać informacje, wyrażać emocje, wpływać na innych oraz regulować interakcje społeczne. Laryngektomia całkowita ma bezpośredni wpływ na mowę oraz proces komunikowania się pacjentów z diagnozą raka krtani. Chorzy po zabiegu tracą zdolność tworzenia głosu w sposób naturalny i muszą polegać na alternatywnych metodach komunikowania się z otoczeniem.

## Rak krtani

Według najnowszych badań rak krtani od kilkunastu lat jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych rejonu głowy i szyi oraz drugim co do częstotliwości występowania nowotworem układu oddechowego. W Polsce nowotwór złośliwy krtani stanowi 0,6% wszystkich nowotworów u kobiet i aż 4–6% nowotworów u mężczyzn [Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny, 2018, s. 379]. Rak krtani stanowi również jeden z najczęstszych powodów, dla których wykonuje się zabieg laryngektomii całkowitej [Hamerlińska, 2015a, s. 23].

Wyróżnić można trzy główne strefy, w których rozwija się nowotwór krtani. Są to: głośnia, nagłośnia oraz podgłośnia [Kurzyński, 2018, s. 5]. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym krtani jest rak głośni. Stanowi on ponad połowę wszystkich przypadków klinicznych. Cechuje się zazwyczaj małą dynamiką rozrostu i bardzo niskim stopniem prawdopodobieństwa przerzutów do pobliskich węzłów chłonnych. Drugim co do częstotliwości występowania rakiem krtani jest rak okolicy nagłośniowej. W przeciwieństwie do raka głośni jest on bardzo agresywny. Charakteryzuje się dużą dynamiką rozrostu i wysokim stopniem prawdopodobieństwa przerzutów do usytuowanych w pobliżu węzłów chłonnych. Najrzadziej diagnozowanym nowotworem krtani jest, cechujący się małą dynamiką rozrostu, rak okolicy podgłośniowej. Nowotwór ten w wielu przypadkach przez długi czas pozostaje niezdiagnozowany, ponieważ na początku rozwoju nie daje żadnych objawów [Kurzyński, 2018, s. 4–5].

Objawy raka krtani różnią się ze względu na jego umiejscowienie. Najczęstsze objawy raka nagłośni to: ból gardła podczas polykania oraz mówienia, bóle promieniujące do ucha, odynofagia, dysfagia, chrypa, krwiotłucie, duszności, cuchnący oddech oraz widoczny guz na szyi, który w 40% przypadków jest pierwszym objawem raka nagłośni. Raka głośni zwiastują natomiast takie objawy, jak: chrypka, duża męczliwość głosu, brak dźwięczności głosu oraz duszności – początkowo wysiłkowe, później wysiłkowe i spoczynkowe. W przypadku raka podgłośni najczęstszymi objawami są męczący kaszel, duszności oraz chrypa. Dodatkowo, niezależnie od umiejscowienia nowotworu, u pacjenta mogą wystąpić takie objawy, jak utrata masy ciała, bolesność dotykowa krtani czy rozdęcie krtani [Żebryk-Stopa, Kuśnierkiewicz, 2015].

Pomimo wielu starań etiologia i mechanizm powstawania nowotworów krtani nadal nie zostały dokładnie ustalone. Jako główne czynniki rozwoju raka krtani wskazuje się przede wszystkim alkohol i tytoń [Kozłowska, 2015, s. 190–198]. Rakotwórcze działanie tytoniu udowodniono naukowo, a przeprowadzone badania jasno pokazały, że krtań stanowi swoisty filtr dla zawartych w dymie tytoniowym substancji smolistych, przez co największa ich ilość osadza się właśnie w krtani, to zaś prowadzić może do rozwoju choroby nowotworowej [Kozłowska, 2015, s. 190–198].

## Klasyfikacja TNM dla nowotworów krtani

Nowotwory okolic głowy i szyi, w tym także krtani, należą do grupy nowotworów sklasyfikowanej przez TNM – klasyfikację zaawansowania klinicznego. Określa ona w jasny sposób stopień zaawansowania choroby nowotworowej [Bień, 1990, s. 110]. Czwarty stopień to dużych rozmiarów guz krtani z przerzutami do pobliskich węzłów chłonnych i często narządów odległych. W praktyce klinicznej najczęściej spotykamy pacjentów z trzecim i czwartym stopniem zaawansowania choroby. Klasyfikacja TNM pozwala na określenie anatomicznego rozprzestrzenienia się nowotworu na podstawie trzech cech. Cecha T określa rozmiar guza w jego pierwotnym umiejscowieniu. Cecha N określa rozmiar przerzutu w węzle chłonnym oraz liczbę zajętych przez nowotwór węzłów chłonnych. Cecha M określa występowanie przerzutów nowotworu w tkankach odległych. Klasyfikacje są istotnym elementem podczas planowania indywidualnej terapii logopedycznej pacjenta, ponieważ informują logopedę o rozległości oraz stadium zaawansowania choroby [Kamuda-Lewtak, 2014, s. 518].

## Chirurgiczne i niechirurgiczne metody leczenia nowotworów krtani

Sposób leczenia raka krtani nie zależy jedynie od zaawansowania procesu nowotworowego, ale także od miejsca zmiany nowotworowej [Owczarzak, Nawrocka, Sinkiewicz, 2021, s. 171]. Wybierając dla pacjenta metodę leczenia, analizie należy poddać zatem stopień zaawansowania choroby oraz stan zdrowia chorego. Wybór metody leczenia powinien opierać się głównie na możliwości wyleczenia pacjenta, ale również na zachowaniu jak największej funkcjonalności krtani. Bardzo istotnym elementem leczenia i rehabilitacji jest świadoma zgoda pacjenta [Morawiec-Sztandera, 2017, s. 131].

Do najpopularniejszych metod chirurgicznego leczenia raka krtani należą [Hamerlińska-Latecka, 2015a, s. 28]:

- 1) wycięcie fałdu głosowego;
- 2) częściowe usunięcie krtani czołowe;
- 3) częściowe usunięcie krtani czołowo-boczne;
- 4) połowicze usunięcie krtani;
- 5) nagłośniowe poziome usunięcie krtani;
- 6) całkowite usunięcie krtani;
- 7) wyluszczenia krtani, których dokonuje się w przypadku raka obustronnego, obejmującego zarówno jamę nagłośniową, jak i podgłośniową.

Całkowite usunięcie krtani, inaczej laryngektomia całkowita, to zabieg operacyjny polegający na resekcji całej krtani wraz z nagłośnią i strunami głosowymi.

Pierwszy etap operacji polega na odcięciu krtani od tchawicy, nasady języka, gardła i przełyku. Następnie przechodzi się do oddzielenia drogi oddechowej od pokarmowej. Drogi pokarmowe zostają odseparowane od tchawicy, która przytwierdzona zostaje do otworu znajdującego się w szyi. Otwór ten nazwany jest tracheostomą lub stomą [Morawiec-Sztandera, 2017, s. 133]. Podczas zabiegu laryngektomii całkowitej usunięta zostaje również kość gnykowa z przestrzenią przednagłośniową [Kamuda-Lewtak, 2014, s. 519].

Najczęstsze wskazania do wykonania u pacjenta zabiegu laryngektomii całkowitej to [Castro, Shah, 2010, s. 103]:

- 1) zaawansowany rak krtani, naciekający na nasadę języka;
- 2) zaawansowany rak krtani powodujący destrukcję chrząstek;
- 3) przetrwała zmiana lub wznowa procesu nowotworowego pomimo zastosowania leczenia oszczędzającego.

W bardzo rzadkich przypadkach, takich jak wystąpienie u pacjenta martwicy popromiennej krtani, laryngektomię całkowitą wykonać można bez wskazań onkologicznych.

Do niechirurgicznych metod leczenia raka krtani zaliczyć można chemioterapię, radioterapię i laseroterapię. W sytuacji, w której pacjent zmagają się z chorobą nowotworową w zaawansowanym stadium, zalecane jest połączenie laryngektomii całkowitej z radioterapią. Połączenie tych dwóch metod odznacza się w praktyce klinicznej największą skutecznością, jednak niesie ze sobą wiele negatywnych skutków, takich jak trwałe okaleczenia czy obniżenie jakości życia pacjenta. Wraz z postępem nauki i nowymi sposobami leczenia w medycynie rekomendacje lekarskie ulegają zmianom. Współcześnie specjaliści w dziedzinie onkologii są zwolennikami leczenia niechirurgicznego. Istnieje wiele badań potwierdzających, że jednoczesna chemio- i radioterapia stanowi skuteczną metodę leczenia raka krtani, dodatkowo zaś pozwala zachować choremu narząd, a co za tym idzie – głos. Jednak, aby pacjent onkologiczny został zakwalifikowany do chemioradioterapii, musi spełnić kilka warunków, które zależne są nie tylko od niego, ale i od stopnia rozprzestrzenienia się nowotworu. U chorych, którzy z różnych powodów nie kwalifikują się do leczenia chirurgicznego, radioterapię stosuje się jedynie w celu poprawy jakości życia oraz łagodzenia objawów.

Z logopedycznego punktu widzenia najistotniejszy jest fakt, że każdy rodzaj ingerencji leczniczej może znacząco wpłynąć na prawidłową strukturę krtani, a w konsekwencji na jej funkcję głosotwórczą [Owczarzak, Nawrocka, Sinkiewicz, 2021, s. 171].

## Możliwości komunikacji werbalnej i niewerbalnej po całkowitym usunięciu krtani

Pacjent po zabiegu laryngektomii całkowitej oprócz krtani traci również głos i mowę foniczną, a co za tym idzie – zdolność do werbalnego komunikowania się z otoczeniem. Agnieszka Hamerlińska [2019, s. 154] wyróżnia trzy strategie postępowania w sytuacji odzyskiwania mowy u osób po laryngektomii całkowitej: naturalną, nienaturalną – protetyczną i alternatywną. Do strategii naturalnej zaliczyć można: mowę przełykową, mowę przeszczepową – foniczną oraz mowę rekonstrukcyjną – foniczną. Na strategię nienaturalną składają się mowy przetokowa i elektroniczna. Natomiast strategię alternatywną to mowa pisana i mowa symboliczna.

Strategia naturalna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mowa przełykowa</li> <li>• mowa przeszczepowa – foniczna</li> <li>• mowa rekonstrukcyjna – foniczna</li> </ul>
Strategia nienaturalna (protetyczna)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mowa przetokowa</li> <li>• mowa elektroniczna</li> </ul>
Strategia alternatywna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mowa pisana</li> <li>• mowa symboliczna</li> </ul>

Wykres 1. Strategie postępowania w przypadku odzyskiwania mowy u osób po laryngektomii całkowitej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Hamerlińska, 2019, s. 154

Strategia naturalna opiera się na wywołaniu u pacjenta mowy przy wykorzystaniu w pełni zachowanych, zrekonstruowanych lub przeszczepionych narządów pochodzenia tkankowego. Inaczej mówiąc, jest to procedura, w której logopeda korzysta jedynie z zachowanych funkcji narządów wytworzonych przez organizm ludzki [Hamerlińska, 2019, s. 154].

Mowa przełykowa stanowi jedną z najczęściej wybieranych przez pacjentów metod komunikacji werbalnej. Podczas procesu powstawania mowy przełykowej funkcje więzadeł głosowych przejmuje zwieracz gardłowo-przełykowy (pseudogłosnia) lub najwyższy odcinek przełyku (usta przełyku), zbiornikiem powietrza natomiast nie jest tchawica, lecz przełyk. Powietrze usuwane z przełyku dzięki ruchom antypery-staltycznym wprawia w ruch pseudogłosnię, generując dźwięki podstawowe, inaczej dźwięczne odbicie – ruktus. To właśnie na podstawie dźwięcznego odbicia tworzona jest mowa przełykowa [Hamerlińska, 2021, s. 376].

Istnieje wiele czynników mających wpływ na długość procesu nauki mowy przełykowej. Spośród nich wyróżnić należy cztery podstawowe [Hamerlińska, 2015b, s. 43]:

- 1) przedoperacyjne, np. wiek, płeć, stan słuchu, wykształcenie;
- 2) związane z leczeniem operacyjnym i nieoperacyjnym – rozległość i rodzaj zabiegu;
- 3) związane z przebiegiem pooperacyjnym – przebieg leczenia pooperacyjnego;
- 4) będące następstwem leczenia chirurgicznego – stan i funkcjonalność narządów po operacji oraz stan psychiczny pacjenta.

Mowa przełykowa należy również do grupy metod najtrudniejszych do opanowania przez pacjentów po laryngektomii całkowitej. Nauka zajmuje im niekiedy bardzo dużo czasu, a efekty są dla nich mało zadowalające. Czynność mówienia jest męcząca i wymusza częste przerwy. Dodatkowo nawet perfekcyjnie opanowana mowa przełykowa znacznie różni się od mowy fonicznej, a różnica jest słyszalna zarówno dla pacjenta, jak i dla otoczenia [Okła, 2017, s. 1]. Do czynników, które mogą wpływać negatywnie na proces nabywania i rozwoju mowy przełykowej, należą: brak uzębienia lub protezy, ubytki słuchu powyżej 50 dB, resekcja gardła dolnego i/lub nasady języka, choroby układu oddechowego i/lub krążenia, brak motywacji do mówienia, wiek powyżej 75 lat oraz depresja [Sinkiewicz, 2009, za Pruszewicz, 1975].

O mowie przeszczepowej – fonicznej można mówić w sytuacji, w której pacjent po laryngektomii całkowitej został poddany przeszczepowi krtani i otrzymał narząd od innego dawcy. W przypadku gdy przeszczepiona krtani zachowa swoją funkcjonalność, pacjent ma szansę na uzyskanie mowy fonicznej powstającej w sposób naturalny [Hamerlińska, 2019, s. 156].

Mowa rekonstrukcyjna – foniczna tworzy się w chwili, w której pacjent po usunięciu krtani poddany zostaje dodatkowej rekonstrukcji tego narządu z tkanek własnych [Hamerlińska, 2019, s. 156].

Strategia nienaturalna, zwana inaczej protetyczną, jest całkowitym przeciwieństwem strategii naturalnej, ponieważ opiera się wyłącznie na użyciu ciał obcych, takich jak laryngofon czy proteza głosowa.

Mowa przetokowa jest jednym ze sposobów komunikacji wykorzystywanych w strategii protetycznej. Powstaje ona za pomocą wcześniej wszczepionej protezy głosowej. Zabieg wszczepienia protezy głosowej to inaczej implantacja. Wyróżniamy implantację pierwotną, przeprowadzaną podczas laryngektomii całkowitej oraz wtórną, którą przeprowadza się już po leczeniu onkologicznym. Protezy głosowe wykonane są zazwyczaj z miękkiego silikonu i mają elastyczne, stabilizujące w tkankach kołnierze [Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz, 2014, s. 235]. Mowa przetokowa, w porównaniu z mową przełykową, jest znacznie bardziej naturalna i nie wymaga od pacjenta tak dużego wysiłku jak mowa przełykowa [Hamerlińska, 2019, s. 155]. W porównaniu z mową przełykową charakteryzuje się wyższym natężeniem, większym zakresem i możliwościami modulacji głosu, szybszym tempem mówienia, dłuższym czasem fonacji i większą zrozumiałością mowy [Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny, 2018, s. 385].

Kolejnym sposobem komunikacji stosowanym w strategii protetycznej jest mowa elektroniczna, która powstaje dzięki wykorzystaniu laryngofonu (elektronicznego aparatu dźwiękowego). Wibracje z laryngofonu przenoszone są przez skórę i tkaniki szyi lub bezpośrednio do jamy ustnej, następnie wprawiają w drgania powietrze w jamie ustnej, co pozwala na wytworzenie dźwięków [Hamerlińska, 2019, s. 160]. Istnieje również pneumatyczna „sztuczna krtień”, która do wytworzenia tonu podstawowego wykorzystuje powietrze wydechowe z płuc [Okła, 2017, s. 21].

U pacjentów, u których z różnych powodów nie można zastosować ani strategii naturalnej, ani protetycznej, wykorzystuje się strategie alternatywne. W takich sytuacjach jedyną szansą na komunikowanie się z otoczeniem staje się pismo lub język migowy. Pacjenci, zaraz po operacji, decydują się na alternatywne metody komunikacji z rodziną czy personelem medycznym poprzez pisanie komunikatów na kartce lub w telefonie. Najnowszą metodą alternatywną jest aplikacja na telefon lub tablet, której zadaniem jest zmiana komunikatu pisanego w werbalny. Do obsługi aplikacji konieczny jest nagrany wcześniej materiał z własnym głosem [Hamerlińska, 2019, s. 162].

## Mowa przetykowa – wyniki badań własnych

Problemy, takie jak utrata dźwięcznego głosu, poczucie oszpeceń oraz zmiany funkcjonowania narządów, będące konsekwencją zabiegu laryngektomii całkowitej są charakterystyczne tylko dla tej grupy pacjentów. Należy również pamiętać o bezpośrednim wpływie samej choroby nowotworowej na jakość życia i funkcjonowanie społeczne pacjenta [Sinkiewicz, Mackiewicz-Nartowicz, 2013, s. 150]. Terapia logopedyczna po zabiegu laryngektomii całkowitej jest więc niezwykle istotna dla pacjentów, którzy utracili naturalny głos i muszą nauczyć się alternatywnych sposobów komunikacji. Logopedzi odgrywają kluczową rolę w procesie rehabilitacji, pomagając chorym w odzyskaniu umiejętności porozumiewania się z otoczeniem i adaptacji do nowej sytuacji. Istotnym aspektem terapii logopedycznej po laryngektomii całkowitej jest także wsparcie emocjonalne i psychologiczne pacjentów. Zapewnienie bezpiecznej przestrzeni do wyrażania emocji, wsparcie w procesie adaptacji i rozmowy terapeutyczne stanowią integralną część terapii logopedycznej/onkologopedycznej.

Celem przedstawianego badania było poszerzenie wiedzy na temat procesu komunikowania się osób po całkowitym usunięciu krtani oraz określenie poziomu zrozumiałości mowy zastępczej wykształconej przez pacjenta. Podczas badania został postawiony następujący problem badawczy: „Jaki poziom zrozumiałości mowy osiągają osoby po laryngektomii całkowitej?”. Zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Wykorzystano technikę wywiadu oraz analizę dokumentów. Podczas badania użyto kwestionariusza wywiadu z pacjentem



po laryngektomii całkowitej posługującym się mową zastępczą (własnego autorstwa) oraz *Karty badania logopedycznego osób po laryngektomii całkowitej* autorstwa Doroty Lipiec.

### Charakterystyka osoby badanej

Pacjent to 73-letni mężczyzna, z wykształcenia inżynier budownictwa, przed operacją czynny zawodowo. Do lekarza zgłosił się po dwóch miesiącach od wystąpienia pierwszych objawów choroby. Początkowo był to ból okolicy szyi, w późniejszych etapach pojawiły się duszności i chrypka. Pacjent został poddany diagnostyce obrazowej, która jednoznacznie wskazała obecność guza. Mężczyźnie postawiono diagnozę: rak krtani i gardła dolnego. W trakcie wywiadu ustalono, że pacjent był czynnym palaczem przez około 20 lat, wypalał średnio 20 papierosów dziennie, aktualnie nie palił. Po wykonaniu kompletu badań pacjenta zakwalifikowano do całkowitego usunięcia krtani. Mężczyzna wyraził zgodę na proponowane leczenie. Laryngektomię całkowitą wykonano w 2021 roku. Podczas operacji usunięto całą krtani oraz okoliczne węzły chłonne. W 2022 roku pacjent ponownie zgłosił się do lekarza z powodu utrzymującej się od kilku tygodni pleśniawki w jamie ustnej. Po dogłębnej diagnostyce podjęto decyzję o usunięciu kilku centymetrów kości żuchwy z powodu nowego ogniska nowotworu w tej okolicy. Oba zabiegi operacyjne były niepowikłane. Aktualnie pacjent, w stanie dobrym, przebywa pod okresową opieką lekarza rodzinnego, laryngologa oraz pielęgniarki.

### Badanie logopedyczne

Badanie podzielono na dwa etapy. Podczas pierwszego etapu badania logopedycznego na podstawie spontanicznej rozmowy z pacjentem określono aktualny rodzaj komunikacji zastępczej oraz zwrócono uwagę na sposób oddychania w spoczynku i w trakcie mówienia. Oceniono budowę i sprawność narządów aparatu artykularyjnego oraz ogólną postawę ciała chorego. Druga część diagnozy dotyczyła oceny wykształconej przez pacjenta mowy zastępczej. Podczas badania z wykorzystaniem części I oraz części III *Karty badania logopedycznego osób po laryngektomii całkowitej* autorstwa Doroty Lipiec oceniono takie parametry, jak: gotowość do rozpoczęcia mówienia, koordynacja mówienia z oddychaniem, występowanie i natężenie szmerów z tracheostomy, sposób tworzenia głosu, charakter głosu, liczba sylab wypowiedziana na jednym zaczerpnięciu powietrza, płynność mowy oraz dodatkowe zjawiska zaobserwowane podczas mówienia. Wyniki przeprowadzonego badania logopedycznego zobrazowano w tabeli 1.

Tabela 1. Wynik badania logopedycznego

Lp.	Badany parametr	Pacjent
1	Aktualny sposób komunikacji pacjenta (na podstawie rozmowy z pacjentem)	Głos i mowa przetykowa
2	Budowa aparatu artykulacyjnego	Nos – prawidłowy Wargi – prawidłowe Język – prawidłowy Podniebienie twarde – prawidłowe Podniebienie miękkie – prawidłowe Zgryz – proteza zębowa górna Żuchwa – niewielki ubytek w tylnej części po stronie prawej, pacjent po rekonstrukcji ubytku
3	Sprawność aparatu artykulacyjnego	Wargi – prawidłowa Język – prawidłowa Podniebienie miękkie – prawidłowa Żuchwa – prawidłowa
4	Sposób oddychania w spoczynku (na podstawie obserwacji)	Przeponowo-żebrowy
5	Sposób oddychania w trakcie mówienia (na podstawie obserwacji)	Przeponowo-żebrowy
6	Postawa ciała	W pozycji stojącej oraz siedzącej widoczne zdeformowania kręgosłupa – plecy przygarbione
7	Gotowość do rozpoczęcia mówienia	Stała
8	Koordinacja mówienia z oddychaniem	Zachowana
9	Występowanie szmerów oddechowych z tracheostomy	Brak szmerów
10	Sposób tworzenia głosu	Swobodny
11	Charakter głosu	Lekko ochrypły
12	Liczba sylab wypowiedzianych na jednym zaczerpnięciu powietrza	16
13	Płynność mówienia	Mowa płynna
14	Intonacja	Prawidłowa
15	Akcent wyrazowy	Prawidłowy
16	Dodatkowe zjawiska zaobserwowane podczas mówienia	Sporadyczne kasznięcia

Źródło: Ślęzak, 2022

Aktualnie pacjent zakończył naukę mowy zastępczej. W pełni opanował mowę przetykową. Ma stałą gotowość do rozpoczęcia mówienia, zachowaną koordynację mówienia z oddychaniem oraz swobodny sposób tworzenia głosu. Charakter głosu jest lekko ochrypły, lecz dobrze zrozumiały dla otoczenia. Płynność mówienia, akcent oraz intonacja są zachowane. Maksymalna liczba sylab wypowiedzianych na jednym zaczerpnięciu powietrza u pacjenta wynosi 16. Sporadycznie obserwuje się dodatkowe zjawiska w toku mówienia, mające postać kasznięć, jednak ich obecność nie ma większego wpływu na jakość mowy przetykowej.

## Wnioski

Wnioski z diagnozy pacjenta po laryngektomii całkowitej:

1. Pacjent został poddany całkowitej laryngektomii ze względu na diagnozę raka krtani i gardła dolnego. Podczas operacji usunięto całą krtani oraz okoliczne węzły chłonne.
2. Po operacji pacjent używa mowy przełykowej jako głównego sposobu komunikowania się z otoczeniem.
3. W badaniu logopedycznym stwierdzono, że pacjent ma prawidłową budowę aparatu artykulacyjnego, a jego sprawność nie budzi wątpliwości. Sposób oddychania zarówno w spoczynku, jak i podczas mówienia oparty jest na technice przeponowo-żebrowej.
4. Pacjent utrzymuje prawidłową postawę ciała w pozycji stojącej i siedzącej, chociaż widoczne są zdeformowania kręgosłupa w postaci garbu.
5. Pacjent wykazuje gotowość do rozpoczęcia mówienia, a koordynacja mówienia z oddychaniem jest zachowana.
6. Sposób tworzenia głosu jest swobodny, charakter głosu lekko ochrypły, ale dobrze zrozumiały dla otoczenia.
7. Pacjent opanował w pełni mowę przełykową, a płynność mówienia jest zachowana. Maksymalna liczba sylab wypowiedzianych na jednym zaczerpnięciu powietrza wynosi 16.
8. Mimo że niekiedy obserwuje się sporadyczne dodatkowe zjawiska w toku mówienia, takie jak kaszlnięcia, nie mają one większego wpływu na jakość mowy przełykowej.
9. Pacjent wykazał dużą motywację do nauki mowy przełykowej i odnotowano postępy w wykonywaniu ćwiczeń logopedycznych.

Podsumowując, pacjent po laryngektomii całkowitej osiągnął wysoki poziom zrozumiałości mowy zastępczej, opanował mowę przełykową i ma możliwość skutecznego komunikowania się. Na podstawie klasyfikacji mowy przełykowej autorstwa Antoniego Pruszevicza głos i mowę pacjenta można ocenić jako bardzo dobre. Dzięki zaangażowaniu pacjenta oraz wsparciu terapeutów osiągnięto satysfakcjonujące rezultaty terapii logopedycznej.

## Zakończenie

Laryngektomia całkowita ma znaczący wpływ na jakość życia pacjenta po zabiegu. Największa zmiana związana jest z utratą naturalnego głosu przez chorego. Po operacji konieczna okazuje się nauka mowy zastępczej lub korzystanie z alternatywnych metod komunikowania się. Laryngektomia całkowita ma również znaczący wpływ na emocjonalne i społeczne aspekty życia pacjenta, które mogą wpłynąć na jakość

oraz długość procesu adaptacji do nowej rzeczywistości. W artykule omówiono różnorodne metody komunikacji dostępne dla pacjentów po laryngektomii całkowitej. Wskazano, że brak krtani wymaga nauki mowy zastępczej. Przedstawiono trzy główne podejścia do procesu komunikowania się po zabiegu laryngektomii całkowitej: metodę naturalną, nienaturalną i alternatywną. Każda z nich ma swoje zalety i ograniczenia, dlatego istotne jest dopasowanie odpowiedniej strategii do indywidualnych potrzeb i preferencji pacjenta. Ponadto podkreślono znaczenie terapii logopedycznej, która wspiera proces rehabilitacji pacjentów po laryngektomii, pomagając im w nauce i adaptacji do nowej rzeczywistości.

---

## Literatura

- Bień S., 1990, *Nowa klasyfikacja TNM dla raka w górnym odcinku drogi oddechowej i pokarmowej*, „Otolaryngologia Polska”, t. XLIV, nr 2, s. 110–115.
- Castro J., Shah J., 2010, *Leczenie chirurgiczne raka krtani i gardła dolnego*, [w:] J. Fisher (red.), *Chirurgia. Głowa i szyja. Narządy wewnętrzne wydzielania*, Warszawa: Wydawnictwo Medipage, s. 2–21.
- Dobek-Ostrowska B., 2004, *Podstawy komunikowania społecznego*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–72.
- Hamerlińska A., 2019, *Mowa przełykowa. Studium onkologopedyczne*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Hamerlińska A., 2021, *Od afonii do mowy zastępczej*, [w:] Z. Tarkowski (red.), *Afazjologia: organiczne zaburzenia mowy*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 371–385.
- Hamerlińska-Latecka A., 2015a, *Onkologopedia – logopedia wobec chorób nowotworowych*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Hamerlińska-Latecka A., 2015b, *Psychologiczne spojrzenie na terapię logopedyczną osób po laryngektomii całkowitej*, „Forum Logopedy”, nr 10, s. 41–45.
- Jastrzębowska G., 2001, *Podstawowe problemy logopedii*, [w:] G. Jastrzębowska, T. Gałkowski (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 219–308.
- Kamuda-Lewtak J., 2014, *Typologia zaburzeń mowy w chorobach nowotworowych krtani*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 515–526.
- Kozłowska M., 2015a, *Kształcenie artykulacji po laryngektomii całkowitej*, „Logopedia”, t. 43/44, s. 189–199.
- Kurzyński M., 2018, *Rak krtani – prognostyczne znaczenie lokalizacji raka w obrębie krtani*, Kraków, <https://www.su.krakow.pl/repozytorium-plikow/szpital/8305-rak-krtani-prognostyczne-znaczenie-lokalizacji-raka-w-obrebie-krtani/file> (dostęp: 1.05.2023).
- Morawiec-Sztandera A. (red.), 2017, *Laryngologia onkologiczna. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Okła S., 2017, *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Owczarzak H., Nawrocka L., Sinkiewicz A., 2021, *Rola logopedy w rehabilitacji głosu po mikrochirurgicznych w przypadku raka krtani*, [w:] A. Hamerlińska (red.), *Onkologopedia. Teoria i praktyka*, Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa-Medica Press, s. 170–179.
- Pisarek W., 2008, *Wstęp do nauki o komunikowaniu*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Pruszewicz A., 1975, *W sprawie klasyfikacji jakości głosu i mowy zastępczej u laryngektomowanych*, „Otolaryngologia Polska”, t. XXIX, nr 5, s. 487–491.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., Kraśny J., 2018, *Zasady rehabilitacji chorych po chirurgicznym leczeniu zmian nowotworowych krtani (całkowite i częściowe laryngektomie)*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii*, Poznań: Termedia, s. 379–386.
- Sinkiewicz A., 2009, *Pacjent po operacji krtani*, Bydgoszcz: Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych.
- Sinkiewicz A., Mackiewicz-Nartowicz H., 2013, *Rozwój kompleksowej rehabilitacji pacjentów po operacji wycięcia krtani w Polsce*, [w:] J.J. Błeszyński (red.), *Medycyna w logopedii: terapia, wspomaganie, wsparcie: trzy drogi – jeden cel*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 149–154.
- Sinkiewicz A., Mackiewicz-Nartowicz H., 2014, *Rehabilitacja głosu i mowy po operacjach krtani*, [w:] S. Milewski, J. Kuczowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 227–239.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ślęzak D., 2022, *Komunikacja pacjentów po laryngektomii całkowitej*, praca magisterska, Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.
- Żebryk-Stopa A., Kuśnierkiewicz D., 2015, *Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla logopedów pracujących z osobami po laryngektomii*, „Forum Logopedy”, nr 10, s. 32–38.