

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

**Zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii –
vícepřípadová studie**

Rigorózní práce

Mgr. Pavlína Tišlová (roz. Knoppová)

Olomouc 2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně a pouze s využitím informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury.

V Horních Bludovicích, 16. 10. 2022

.....

Mgr. Pavlína Tišlová

Poděkování

Můj největší dík patří Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D. za kolegiální podporu, čas a cenné metodologické poznámky.

Chtěla bych touto cestou poděkovat také paní prof. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení a rady při psaní rigorózní práce.

Dále bych ráda poděkovala Mgr. Marii Kaniové, Ph.D. za vstřícný, podporující a inspirativní přístup k mé osobě.

Velké díky patří také doc. Ing. Jindřichovi Matouškovi, Ph.D. z Katedry kybernetiky, kolektivu ORL oddělení Nemocnice Havířov v čele s prim. MUDr. Evou Mrázkovou, Ph.D. a také všem účastníkům výzkumu.

Rovněž bych chtěla poděkovat rodině za podporu při psaní práce.

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÝ RÁMEC.....	9
1.1 Tvorba konceptuálního teoretického rámce.....	9
1.2 Konstruování teoretického kontextu.....	10
1.3 Nádorové onemocnění hrtanu.....	11
1.3.1 Incidence.....	11
1.3.2 Etiologie.....	11
1.3.3 Histologie.....	12
1.3.4 Klasifikace.....	12
1.3.5 Symptomatologie nádorů hrtanu.....	14
1.3.6 Základní diagnostické postupy.....	15
1.3.7 Terapie.....	15
1.4 Totální laryngektomie.....	16
1.4.1 Komplikace po totální laryngektomii.....	18
1.4.2 Komunikace po totální laryngektomii.....	18
1.4.3 Fyzické obtíže po totální laryngektomii.....	19
1.4.4 Psychosociální aspekty po totální laryngektomii.....	25
1.4.5 Nechirurgická léčba.....	28
1.4.6 Prevence.....	31
1.4.7 Prognóza.....	31
1.4.8 Kvalita života pacientů s maligním nádorem krku.....	32
1.4.9 Pacientské organizace.....	33
1.5 Náhradní hlasové mechanismy po totální laryngektomii.....	34
1.5.1 Jícnový hlas.....	36
1.5.2 Elektolarynx.....	41
1.5.3 Hlasová protéza.....	43
1.5.4 Řečová syntéza.....	47
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	51

3 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	52
3.1 Design kvalitativního výzkumu	52
3.2 Metodologický rámec vlastního výzkumu	53
3.3 Etické aspekty výzkumu (anonymizace dat, zatajení cílů a okolností výzkumu, osobní přístup)	54
3.4 Designování výzkumné studie	55
3.5 (Auto)biograficko-narativní přístup	55
3.6 Výzkumný design případové studie a volba případů	56
3.7 Triangulace vlastního kvalitativního výzkumu	57
3.8 Životní křivka a životní příběh a jejich užití ve vlastním výzkumu	58
3.9 Metoda Cantrilova žebříku (The Cantril's Ladder)	60
3.10 Polostrukturovaný rozhovor	61
3.11 Zdůvodnění výběru případů	62
3.12 Sběr a archivace dat, chronologie výběru případů a sběru dat	64
3.13 Analýza získávaných dat	64
3.14 Kvalitativní kategorizace analýzy dat, komparace případů a technika transkripce	65
3.15 Interpretace analyzovaných dat	66
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	68
4.1 Úvod k výsledkům výzkumu	68
4.2 Helena	69
4.3 Bořivoj	77
4.4 Jan	82
4.5 Komparace případů vícepřípadové studie	87
4.6 Analýza zdravotnické dokumentace	91
4.7 Model komplexní péče o pacienty po totální laryngektomii	91
4.8 Podpůrná skupina	93
4.9 Doporučení pro praxi určená klinickým logopedům pečující o pacienty po totální laryngektomii	95

5 DISKUSE, ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ, PŘÍNOSY STUDIE.....	101
6 LIMITY STUDIE	110
ZÁVĚR	112
Seznam použitých zdrojů:	114
Seznam obrázků	129
Seznam grafů.....	130
Seznam tabulek	131
Tabulka 9 - Srovnávací tabulka odborných specialistů v zahraničí x Nemocnici Havířov ... 92.....	131
Seznam schémat	132
Seznam příloh.....	133
Seznam zkratk	135

ÚVOD

Komunikace provází lidského jedince od intrauterinního života až po samotný konec a je nezbytnou podmínkou společenského života. Je chápána jako nejdůležitější forma sociálního styku a spočívá ve vysílání a přijímání signálů, stejně jako v dalších důležitých atributech interpersonálních vztahů. Dojde-li vlivem zhoubného nádoru v oblasti hrtanu a jeho odstraněním ke ztrátě hlasu, je výrazně narušena schopnost komunikace jedince s ostatními. Toto narušení vede k významným dopadům v osobní, pracovní i sociální rovině a rovněž kvalita života bývá touto „překážkou“ snížena. Předložená práce se proto cíleně zaměřuje na zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu a využívá metodu vícepřípadové studie.

Rigorózní práce se skládá ze dvou hlavních částí, kterými se prolíná problematika ztráty hlasu po chirurgickém odstranění hrtanu – *totální laryngektomie*. Tato problematika je autorkou práce studována dlouhodobě a rovněž vychází ze specifik klinického pracoviště, ve kterém působí. V počátcích práce s těmito pacienty bylo autorkou zjištěno, že v tuzemské literatuře jsou informace o rehabilitaci hlasu nedostatečné, fragmentární a rovněž je k dispozici velmi málo odborníků, kteří s těmito pacienty pracují a jsou ochotni předat své znalosti a zkušenosti někomu jinému. Studium zahraničních publikací, vytvářením edukačních logopedických materiálů, konzultacemi s foniatry a klinickými logopedy, nahráním vlastního syntetizovaného hlasu a navázáním spolupráce s katedrou kybernetiky a v neposlední řadě následnou prací s pacienty po totální laryngektomii začal zájem autorky práce o tuto specifickou problematiku.

Problematika ztráty hlasu po odstranění hrtanu je v tuzemské odborné literatuře zpracována především z medicínského hlediska. V zahraniční literatuře převládá také toto pojetí, lze se však již setkat také s pracemi s psychologickými, psychosociálními či logopedickými konotacemi.

První část práce tvoří **teoretický rámec**, ve kterém jsou vymezeny základní pojmy, které jsou poté v práci definovány. Jedná se o „*nádorové onemocnění hrtanu*“, „*totální laryngektomii*“ (tyto pojmy jsou pojímány především z medicínského hlediska), „*dopady ztráty hlasu na život pacientů*“ a „*náhradní hlasové mechanismy*“ (metody při nichž dochází k tvorbě hlasu jinými způsoby než hlasivkami).

Navazující, druhou částí je **vlastní výzkum**. Jsou položeny cíle výzkumu a výzkumná otázka, představena metodologie výzkumu a další její náležitosti. Byla zvolena kvalitativní

výzkumná strategie a v kontextu logopedického výzkumu využívá specifické techniky sběru dat. Výzkum lze považovat za první pilotní studii svého druhu v České republice.

Výzkumná otázka vychází z vymezení hlavního a dílčích **cílů práce**. Cíle jsou následující:

Hlavním cílem práce je *zjistit a popsat zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii v kontextu logopedické terapie a rehabilitace hlasu, a tím přinést do teoreticko-praktické roviny oboru logopedie nové poznatky.*

Dílčími cíli jsou:

- *na základě zjištěných poznatků vytvořit návrh modelu komplexní péče a mezioborové spolupráce uplatnitelný u osob po totální laryngektomii,*
- *navrhnout doporučení pro praxi určené klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii.*

Základní metodou kvalitativního výzkumu je vícepřípadové studie, která využívá kombinaci několika technik sběru dat. Níže popsané techniky jsou realizací procedur sběru dat s východisky v metodě životní historie („life history“) v konkretizované podobě metody případové studie:

1. životní křivka s popisem životního příběhu;
2. Cantrilův žebřík („The Cantril’s Ladder“);
3. polostrukturovaný rozhovor (průběžná technika sběru dat);
4. analýza zdravotnické dokumentace;
5. technika nedokončených vět.

Z důvodu lepší přehlednosti se v textu rigorózní práce vyskytuje tučné písmo, kurziva a ohraničení. Tím jsou zdůrazněny klíčové pojmy, důležité výrazy, či obsahy. Informace v podobě aparátu poznámek pod čarou slouží k doplnění informací v textu, kontextu nebo odkazují na další doporučenou literaturu vhodnou ke komparaci.

Součástí práce jsou taktéž přílohy zahrnující zdravotnickou dokumentaci (Příloha 7–26), informovaný souhlas s operačním výkonem (Příloha 5), přepis rozhovorů s pacienty (Příloha 16, 20, 27) apod.

1 TEORETICKÝ RÁMEC

Záměrem teoretického rámce rigorózní práce je vymezit základní termíny, se kterými je v práci pracováno a které jsou sledovány v metodice výzkumu.

Jedná se o vymezení pojmů:

- nádorové onemocnění hrtanu,
- totální laryngektomie,
- dopady ztráty hlasu na život pacientů,
- náhradní hlasové mechanismy.

1.1 Tvorba konceptuálního teoretického rámce

Konceptuální teoretický rámec (Chrastina, 2019) představuje souhrn konceptů, který vstupuje do výzkumu autora. Na základě studia východisek a popisu problematiky posléze došlo k:

- a. formulaci cílů práce a vytyčení výzkumného problému,
- b. tvorbě výzkumných otázek,
- c. definování klíčových pojmů (termínů), se kterými je následně pracováno.

Studiem dostupné literatury následně dochází k definování čtyř základních konceptů, kterými jsou již výše zmíněné:

- a. nádorové onemocnění hrtanu,
- b. totální laryngektomie,
- c. dopady ztráty hlasu na život pacientů,
- d. náhradní hlasové mechanismy.

1.2 Konstruování teoretického kontextu

S ohledem na to, že problematika dopadů ztráty hlasu po totální laryngektomii není v České republice dostatečně probádána a v odborné literatuře zmiňována, lze prohlásit, že u konstruování teoretického kontextu bude využito zejména:

- a. definování (tzv. teoretické ukotvení) základních čtyř výše uvedených konceptů,
- b. vznik otázek nových,
- c. shrnutí dohledaných informací z výzkumů po totální laryngektomii

S tématem náhradních hlasových mechanismů úzce souvisí anatomie hrtanu, fyziologie tvorby hlasu, hodnocení kvality hlasu a základní členění poruch hlasu. Hlasové poruchy lze dělit na organické a funkční. Pro účely práce bude popsána organická porucha hlasu, a to konkrétně nádory (tumory) hrtanu. 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) zařadila poruchy hlasu do XVIII. kapitoly: Příznaky, znaky a abnormální klinické laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 – R99). Tato kategorie zahrnuje především poruchy získané, jenž však mohou být zastřešující také pro vývojově vzniklé poruchy (např. dysartrie, dysfonie, dysfagie apod.). Ztráta hlasu po totální laryngektomii je zařazena do kategorie R49.1 Afonie, ztráta hlasu. V logopedické literatuře je však toto onemocnění řazeno do okruhu narušené komunikační schopnosti IX – Poruchy hlasu (Lechta, 1990). Neubauer (2018) řadí afonii do motorických řečových poruch a srovnání s klasifikací MKN-10 demonstruje v tabulce (Srovnání logopedické terminologie s terminologií MKN-10 u vývojových poruch řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob, s. 68–69). Při tvorbě rigorózní práce jsou teoretické znalosti a orientace v dané problematice nutností. Rozsah teoretického rámce práce však neumožňuje podrobnější zpracování tématu, navíc jsou tyto oblasti v odborné literatuře hojně publikovány (např. Stemple, 2020; Vydrová, 2017; Kučerová, 2010).

Teoretický rámec této práce tedy zpracovává pouze nádorové onemocnění hrtanu, totální laryngektomii a její důsledky na život pacienta a náhradní hlasové mechanismy. Toto pojetí je dle názoru autorky práce v tuzemské literatuře na rozdíl od zahraničí zpracováno nedostatečně.

1.3 Nádorové onemocnění hrtanu

Tumory hrtanu mohou být benigní (nezhoubné) a maligní¹ (zhoubné). Nejčastějším maligním nádorem je karcinom hrtanu, který je řazen mezi nejničivější ze všech hrtanových patologií vzhledem k život ohrožujícím důsledkům a vlivu na hlasovou komunikaci (Stemple, 2020). V níže popsaných částech rigorózní práce bude tedy hovořeno o karcinomu hrtanu.

1.3.1 Incidence

V České republice přibývá ročně 8,4 nových onemocnění na 100 000 obyvatel a asi třetina je léčena totální laryngektomií (viz dále) (Slouka, 2016). Výskyt karcinomu při posledním sčítání v roce 2018 výrazně **převažuje u mužů v poměru 6,7:1 k ženám** (Zdravotnická ročenka, 2018, 2019). Klozar (2005) uvádí posun výskytu k mladším věkovým skupinám a upozorňuje na zvyšující se riziko výskytu u žen. Dle věkového zastoupení bylo zaznamenáno nejvíce pacientů ve věku 60–69 let. Trend mortality vykazuje v posledních letech stagnaci a v rámci onkologických diagnóz se jednalo o 21. nejčastější příčinu úmrtí v České republice. Z hlediska klinického stadia onemocnění se uvádí pozdní záchyt, a to ve více než 50 % nově diagnostikovaných karcinomů hrtanu (Zdravotnická ročenka, 2018). U léčených pacientů se uvádí **pětileté přežití u 54,4 %**, avšak u časného záchytu onemocnění v I. klinickém stádiu je pozorováno přežití ve stejném časovém období 80 %.

1.3.2 Etiologie

Jako nejvýznamnější etiologický faktor se uvádí **abúzus kouření a alkoholu**. Je dlouhodobě prokázána souvislost mezi kouřením (minimálně 20 cigaret denně po dobu více než 20 let) a vzniku onemocnění. Statistiky nemocných s karcinomem hrtanu uvádějí 94 % kuřáků, avšak souvislost s konzumací alkoholu není jednoznačně potvrzena (Slouka, 2016). Předpokládá se potencování kouření s konzumací alkoholu (Steyn, 2018; Menvielle, 2016;

¹ Slouka (2016) a Hybášek (1997) upozorňují, že se jedná o nejčastější zhoubný nádor a tvoří asi polovinu všech zhoubných nádorů v otorinolaryngologické (dále ORL) oblasti.

Čoček, 2007) a následné chronické zánětlivé změny na sliznici. Karcinomy hlavy a krku jsou také častěji v zemích s neomezeným přístupem k alkoholu a tabákovým výrobkům (Lohynská, 2018). Dalšími etiologickými faktory jsou např. chronické zánětlivé změny, špatné hygienické návyky, refluxní choroba jícnu, infekce lidského papilomaviru (Vítek, 2019; Vydrová, 2017; Slouka, 2016; Davidson, 2001), nebo maladaptivní zvládnání stresu (Büchler, 2019).

1.3.3 Histologie

Morfologie karcinomů hrtanu není z histologického hlediska rozmanitá, jak tomu bývá u jiných onkologických onemocnění. Většina karcinomů hrtanu (až 95 %) vychází z dlaždicobuněčného epitelu (Stemple, 2020; Vydrová, 2017; Slouka 2016; Čoček, 2007; Klozar, 2005).

1.3.4 Klasifikace

Z důvodu rozdílné klasifikace nádorových onemocnění napříč světem došlo k mezinárodní shodě a vytvoření klasifikačního systému dle jasně definovaných pravidel (Horáková, 2016). Jednotný klasifikační systém vytvořil International Union Against Cancer (UICC) se sídlem v Ženevě, který je pravidelně revidován a shoduje se s americkým klasifikačním systémem American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Systém se nazývá TNM², vychází z popisu anatomického rozsahu nemoci před začátkem léčby a nálezy získává na podkladě klinického vyšetření, zobrazovacích vyšetřovacích metod a biopsie. Rozsah onemocnění popisuje rozsah zhoubného nádoru, udává se přiřazením číslice³.

Klinická klasifikace TNM, histopatologický stupeň diferenciacie, klasifikace karcinomů hrtanu dle stadií a TNM klasifikace karcinomů hrtanu jsou uvedeny v příloze práce (Příloha 1, 2, 3, 4).

² T (tumor; označuje velikost nádoru), N (nodus; zasažení regionálních mízních uzlin), M (metastázy).

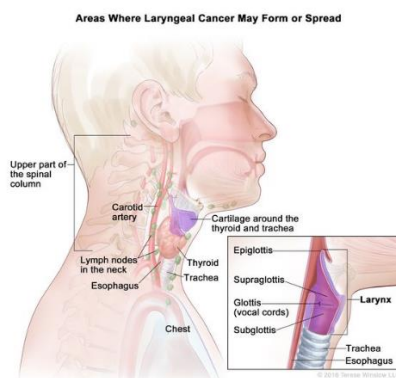
³ T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1.

V České republice se dosud využívá klasifikační systém Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN⁴), a to 10. revize. **Zhoubné novotvary hrtanu** jsou zde řazeny v oddíle C32. Dělení nádorů (MKN-10, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018) vychází z lokalizace v oblasti hrtanu (Obr. 1) a jsou označovány jako:

- karcinom glottis (C32.0);
- karcinom supraglottis (C32.1);
- karcinom subglottis (C32.2).

Světová zdravotnická organizace (WHO⁵) připravila **11. revizi MKN**, která byla v květnu 2019 schválena na 72. Světovém zdravotnickém zasedání. Revize MKN je v platnosti od 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím a je postupně zaváděna mezi členské státy. V České republice se v současnosti pracuje na procesu implementace do českého systému zdravotní péče. Podle originální verze revize v anglickém jazyce nedošlo k významným terminologickým změnám v klasifikaci zhoubných novotvarů hrtanu. Nově však jsou řazeny v oddíle 2C23.Z. Změny jsou především technického rázu, a to především v oblastech nového kódovacího schématu, nových datových modelů a možnostech kombinace kódů. Dělení zhoubných novotvarů hrtanu je v 11. revizi MKN (ICD-11, 2022) následující:

- karcinom glottis (2C23.1);
- karcinom supraglottis (2C23.2);
- karcinom subglottis (2C23.3).



Obrázek 1 - Dělení podle primární lokalizace nádorů

(Převzato z: Dana-Farber.org. In: About Throat (Laryngeal) Cancer [online]. 24.8.2021 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <https://www.dana-farber.org/throat-laryngeal-cancer/>)

⁴ International Classification of Diseases (ICD).

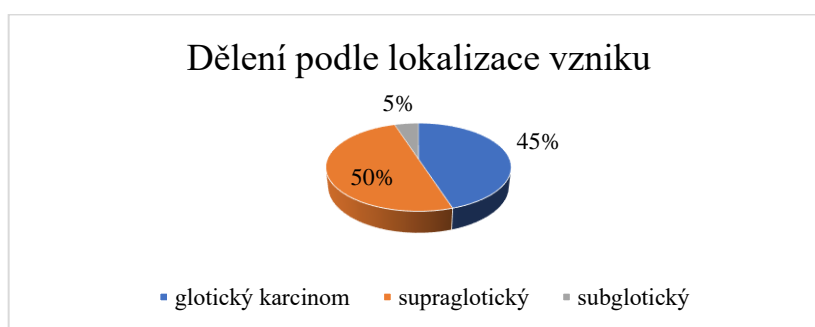
⁵ World Health Organisation.

1.3.5 Symptomatologie nádorů hrtanu

Symptomy nádorů hrtanu jsou rozdílné v závislosti na primární lokalizaci ve třech krajinách hrtanu.

- a. **Glottický karcinom** – vyskytuje se ve 45-50 % případů, nádor je lokalizován na hlasívkách a časným příznakem je chrapot. Vzhledem k chabému cévnímu a lymfatickému zásobení hlasivek se metastázy v časných stádiích onemocnění nevyskytují (Stemple, 2020; Vydrová, 2017; Slouka, 2016; Čoček, 2007; Klozar, 2005; Hybášek, 1997).
- b. **Supraglottický karcinom** – tvoří asi 50 % případů nádorů hrtanu, nádor je lokalizován nad hlasívkami a prvními příznaky mohou být bolestivé polykání, porucha polykání, škrábání v krku, pocit cizího tělesa v krku, v pozdních stádiích chrapot, zápach z úst a vykašlávání krve. Vzhledem k bohatému cévnímu zásobení supraglottické části hrtanu je zmiňován časný výskyt regionálních metastáz (Vítek, 2019).
- c. **Subglottický karcinom** – vyskytuje se ve 3-5 % případů, je lokalizován pod hlasívkami a vzhledem k pozdní symptomatologii bývá zachycen v pokročilém stadiu onemocnění. Příznakem bývá chrapot, kašel, dušnost, hemoptyza⁶, v pozdním stádiu částečná obturace dýchacích cest (Vydrová, 2017; Slouka, 2016).

Četnost nádorů hrtanu podle lokalizace vzniku je uvedena v Grafu 1.



Graf 1 - Četnost nádorů hrtanu podle lokalizace vzniku (autorka)

⁶ Vykašlávání krve.

1.3.6 Základní diagnostické postupy

Diagnostika nádorů hrtanu vychází z anamnézy, základního ORL vyšetření, laryngostroboskopického vyšetření, případně NBI⁷ laryngoskopie (Staníková, 2018) a přímé laryngoskopie v celkové anestezii s odběrem vzorku k histologickému vyšetření⁸. Diagnostika je navíc doplněna zobrazovacími metodami, a to nejčastěji výpočetní tomografií (CT) a magnetickou rezonancí (MR). Sonografické vyšetření se volí k diagnostice krčních uzlin (Doležal, 2018; Vydrová, 2017; Klozar, 2005; Hybášek, 1997). Svoboda (2016) uvádí, že neexistuje test ani vyšetření, které by bylo možné použít jako screening. Savage (2001) zmiňuje neúměrně nižší financování výzkumu rakoviny hlavy a krku oproti karcinomu prsu a kolorektálního karcinomu.

1.3.7 Terapie

Po určení rozsahu nádorového onemocnění je zvolena příslušná terapie. Výběr vhodné terapie závisí na lokalizaci nádoru a jeho rozsahu (Čoček, 2007) a jednotlivé léčebné modalitty se uplatňují v různé míře. Stanovení léčebného postupu je vždy multidisciplinární záležitostí (Vítek, 2019). Léčebné možnosti lze rozdělit na **chirurgickou** (endoskopické výkony⁹, parciální laryngektomie¹⁰ a totální laryngektomie) a **nechirurgickou** léčbu. U selektované skupiny pacientů může být využíván tzv. **záchovný protokol**¹¹.

⁷ Narrow Band Imaging (metoda sloužící k diagnostice změn na sliznici, které jsou typické pro růst epitelových nádorů).

⁸ Všechna tato vyšetření byla dohledána v rámci analýzy zdravotnické dokumentace také u pacientů, kteří byli zkoumáni v praktické části rigorózní práce (Helena, Jan). Části zdravotnické dokumentace jsou také součástí přílohy této práce (např. Příloha 8, 22, 23).

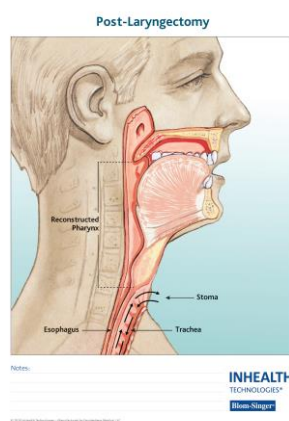
⁹ Ty jsou vhodné pro odstranění prekanceróz a karcinom in situ (Klozar, 2005). Nejčastěji se využívají u chordektomie (Loré, 2005).

¹⁰ Je považována za konzervativní chirurgický přístup, při kterém je odstraněna pouze nádorem zasažená část hrtanu, zachovávají se tedy funkce hrtanu, a to polykání, průchodnost hrtanu a tvorba hlasu (Carew, 2001). Jsou děleny na horizontální a vertikální (Slouka, 2016). Šebová – Šedenková (2006) zmiňuje zdokonalování operačních technik u parciálních výkonů a postupné snižování počtu totálních laryngektomií.

¹¹ Léčebný postup, který si klade za cíl zachovat hrtan a jeho funkce. K terapii se využívá kombinace radioterapie a chemoterapie, chirurgický výkon (totální laryngektomie) je v tomto případě rezervován pro případ selhání konzervativní léčby. Hrtan záchovné postupy vyžadují častější kontroly pacienta, i z hlediska vysoké míry toxicity radioterapie a chemoterapie. Záchovné postupy nevedou k delšímu přežití (ve srovnání s primárně chirurgicky léčenými pacienty), ale u vysokého procenta znamenají záchranu hrtanu (Pála, 2016).

1.4 Totální laryngektomie

Je-li hrtan kompletně odstraněn, hovoříme o totální laryngektomii. Před operací musí pacient souhlasit s tímto zákrokem podepsáním *informovaného souhlasu s totální laryngektomií* (Příloha 5). Indikací k tomuto výkonu jsou rozsáhlé karcinomy hrtanu rozsahu T3 a T4, u kterých nelze provést výkon parciální (Doležal, 2018; Tiple, 2016). Tímto radikálním chirurgickým řešením je splněna podmínka odstranění celého nádoru, avšak za cenu trvalé ztráty některých schopností hrtanu (Kazi, 2009). Dýchací cesty jsou ukončeny permanentní tracheostomií, polykací cesty zůstávají zachovány, avšak jsou definitivně odděleny (Steyn, 2018; Klozar, 2005). Cílem tracheostomie je zajištění průchodnosti dýchacích cest a spontánní ventilace (Mišun, 2010). Slouka (2016) uvádí provedení totální laryngektomie u méně než 1/3 pacientů s karcinomem hrtanu. Gál (2016) zmiňuje, že operatér by se měl řídit zásadou, kdy život je cennější než hlas a při operaci by se mělo postupovat radikálněji. Longobardi (2021) i Singer (2012) popisují u pacientů po totální laryngektomii výrazně větší psychické trauma než u tumorů v jiných oblastech. Pacienti navíc vykazují v téměř 30 % případů psychopatologické příznaky s větší pravděpodobností sebevraždy, než u jiných druhů rakoviny (Longobardi, 2019; Keszte, 2013). Hutton (2001) zjistil, že psychické obtíže u pacientů s rakovinou hlavy a krku nejsou bezprostředně vázány na pooperační období. Bickford (2018) zmiňuje u pacientů v souvislosti s totální laryngektomií změnu identity.



Obrázek 2 - Boční pohled po totální laryngektomii

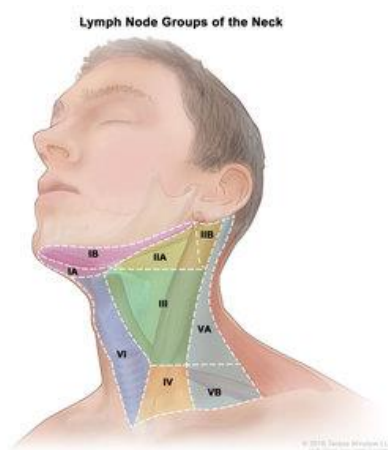
(Převzato z: Tracheostomyeducation.com. In: What is a Laryngectomy? [online]. [cit. 2021-12-08].

Dostupné z: <https://www.tracheostomyeducation.com/blog/laryngectomy/>)

Pomůcka potřebná k udržení průchodnosti se nazývá tracheostomická kanyla (Chrobok, 2004). První den po operaci jsou dýchací cesty zabezpečeny umělohmotnou tracheostomickou kanylou s balónkem, v dalších dnech se mění za kovovou dvouplášťovou kanylu (Nasswetter, 2018).

K odstranění metastáz v krčních lymfatických uzlinách bývá indikován během totální laryngektomie výkon zvaný **bloková disekce¹² krčních uzlin**.

Z důvodů přesné orientace na krku byl stanoven klinický systém klasifikace krčních uzlin dle Robbinse (Krčál, 2018). Rozeznávají se oblasti (kompartmenty) I – VII a jsou zásadní pro indikaci a popisy krčních disekcí (Betka, 1996, in Chrobok, 2011).



Obrázek 3 - Klasifikace krčních uzlin

(Převzato z: Teresewinslow.com. In: Terese Winslow LLC, Medical And Scientific Illustration [online].

[cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.teresewinslow.com/head-and-neck>)

¹² Oddělování tkáně podle přirozených ohraničení. Disekce z hlediska rozsahu může být radikální, či modifikovaná (Slouka, 2016). Rottenberg (2003) uvádí nutnost odstranění celého tukového pouzdra velkých cév s uzlinami, někdy je nutné odstranit i vnitřní jugulární žílu a kývač (musculus sternocleidomastoideus). Zdokonalení chirurgických technik umožňuje klasifikovat krční disekce podle rozsahu disekovaných uzlin než podle rozsahu nosných struktur (Vítek, 2019).

1.4.1 Komplikace po totální laryngektomii

Komplikace jsou děleny nejčastěji na **časné** (do 24 hodin od operace)¹³ a **pozdní** (dny a týdny po operaci)¹⁴.

Stemple (2020) dělí obtíže po totální laryngektomii do několika skupin:

- komunikace
- fyzické obtíže
- psychosociální obtíže

1.4.2 Komunikace po totální laryngektomii

Totální laryngektomie má za následek odstranění základního předpokladu komunikace, a to orgánu hlasotvorby (Steyn, 2018; Hočevar-Boltežar, 2001). Kognitivní a jazykové schopnosti však zůstávají nedotčeny. I přes to, že před samotnou operací je pacient podrobně seznámen s průběhem operace a jejími dopady, tíží zákroku si uvědomí až bezprostředně po operaci, když se pokusí automaticky promluvit. Komunikace po operaci probíhá formou **psaní**, nebo **afonickou artikulací „naprázdno“**, nejčastěji formou jednoslovných vět či strohých vyjádření. Předpokladem úspěchu v takto vedené komunikaci je precizní a pomalejší artikulace slov nebo krátkých sdělení, ale také trpělivost posluchače. Tato komunikace psaním se týká především základních fyzických potřeb (Stemple, 2020). Velmi brzy po operaci však u pacienta dochází k **rozvoji deprivace** (Galli, 2019), protože zjistí, jak obtížně je sdělování složitějších myšlenek a pocitů. Psaná forma komunikace je pro pacienta i komunikačního partnera zdlouhavá a pracná a záhy dochází k sociální izolaci. Navíc u starších pacientů je absence psychosociální podpory spojována s vyšší mortalitou (Büchler, 2019). Tato situace je traumatizující také pro rodinu pacienta.

V angloamerických státech hrají důležitou roli v hlasové rehabilitaci logopedové (Longobardi, 2021; Kaye, 2017; Licitra, 2016). V České republice je z historického hlediska nácvik náhradních hlasových mechanismů nejčastěji v kompetenci foniatrů. Dle názoru autorky práce je role klinických logopedů patrna především v lokalitách s nižší dostupností foniatrické

¹³ Obtíže vyplývající z celkové anestezie, krvácení, infekce, zápal plic (Carew, 2001), dušení, aspirace a podkožní emfyzém (Slouka, 2016).

¹⁴ Mezi pozdní komplikace patří např. porucha polykání (vlivem pooperačních srůstů nebo špatným hojením), stenóza tracheostomatu a průdušnice (většinou u pacientů nenosící kanylu). Pacienty ohrožuje také infekce kůže v okolí tracheostomatu (Slouka, 2016).

péče. Bickford (2018) a Molen (2013) zmiňují výhody **multidisciplinární spolupráce** a výzkumem potvrzují lepší výsledky v hlasové, dechové i čichové¹⁵ rehabilitaci po totální laryngektomii. Nezbytnost multidisciplinární péče je také zmiňována ve směrnici pro klinickou praxi Americké společnosti pro klinickou onkologii (Nekhlyudov, 2017), nebo v Národní multidisciplinární směrnici Velké Británie (Clarke, 2016). Longobardi (2021) uvádí významnou roli logopedického poradenství, které může snížit úzkost, smutek a nejistotu vyplývající z pooperačního průběhu. Bickford (2018) a Sood a Gupta (2018) poukazují na dlouhodobě příznivý vliv při **zapojení přátel a rodiny** nemocného do terapeutického procesu a Steyn (2018) navíc doporučuje **zapojení sociálních pracovníků**. Watson (2022) hovoří o nezbytnosti individualizovaného přístupu k laryngektomovaným osobám, který zahrnuje lékařské a psychosociální přístupy.

1.4.3 Fyzické obtíže po totální laryngektomii

Respirace

Před operací probíhá dýchání fyziologicky nosem. Než se vzduch dostane do plic je nejprve filtrován nosními chloupky, zvlhčen nosní sliznicí a ohříván v horních dýchacích cestách (Stemple, 2020).

Dýchání u laryngektomovaného pacienta neprobíhá nosem, ale **skrze tracheostoma**¹⁶ v hrdelní jamce, avšak tento způsob ventilace není pro dýchací cesty optimální a může docházet ke zhoršení plicních funkcí (Attieh, 2008). Vdechovaný vzduch je nefiltrovaný, nezvlhčený a neohřátý, ale ve většině případů je sliznice dýchacích cest schopna adaptace na tento nový stav. Z tohoto důvodu jsou pacienti více ohroženi záněty dolních cest dýchacích, mohou trpět kašlem, zvýšenou produkcí hlenu, suchostí a podráždění průdušnice (Stemple, 2020; Mišun, 2010). Slavíček (2004) upřednostňuje nefarmakologickou léčbu (dechová cvičení, plicní rehabilitaci) před užíváním léků z lékových skupin používaných u obstrukční plicní choroby.

Nos má významnou roli při dýchání, čichu, vnímání chuti, filtraci vzduchu a představuje optimální vzdálenost mezi plicemi a dutinou nosní. Teplota vzduchu se při dýchání tracheostomatem snižuje z 36° na 20 °C, vlhkost z 98 % na 42 % (Mišun, 2010).

¹⁵ Snížená čichová ostrost se dle Stemple (2020) vyskytuje u 68–100 % laryngektomovaných osob.

¹⁶ Spojení průdušnice s povrchem těla (Kábrt, 1979, in Chrobok, 2004).

Pacienti mají k dispozici pasivní systémy pro filtraci vzduchu. Jedná se o speciálně vytvořené filtry, jenž se umístí před stomii, a slouží ke kompenzaci ztráty funkce horních dýchacích cest (Stemple, 2020). Takto inhalovaný vzduch je filtrován, oteplován a zvlhčován díky použitému materiálu filtru, následně pak dochází ke snižování množství hlenu v průduškách, čímž se snižuje nucení na kašel. Slaviček (2004) hovoří o tzv. **stomafitru**¹⁷, jenž bývá také někdy nazýván termínem „umělý nos“. Před kašlem je nutné filtr sejmout, odkašlat a opětovně nasadit. Pro riziko dušnosti se filtr nepoužívá v noci.

Kašel a kýchání

Laryngektomovaný pacient také skrze stoma kašle a kýchá, proto je nutné jej upozornit na nutnost zakrývání stomatu během kašle a kýchání, jinak by došlo k vypuzení hlenu na ostatní nebo do vzduchu. Nadměrná produkce hlenu je pro pacienta traumatizující (Noonan, 2010), protože působí rušivě (Bickford, 2018). Rýma a nemožnost smrkání patří mezi další obtíže laryngektomovaných pacientů. Při rýmě lze nos od hlenu utřít, nebo pomocí intraorálního tlaku hlen vyfouknout nosem ven (Stemple, 2020).



Obrázek 4 - Stomafiltry

(Převzato z: Atosmedical.co.uk. In: Provox® Life™ Go HME [online]. [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: <https://www.atosmedical.co.uk/product/provox-life-go-hme/>)

¹⁷ Stomafiltry jsou označovány zkratkou HME (Heat and Moisture Exchange) a lze vybrat ze široké nabídky produktů. Hlavními funkcemi filtrů je ohřev vdechovaného vzduchu, zvýšení vlhkosti v dýchacích cestách na hodnotu přibližně 60 %, nárůst dechového odporu, filtrace vzduchu a menší sezónní změnou teplot (Mišun, 2010). U uživatele filtru dochází k menší tvorbě hlenu, tím i menší produkci kašle (Stemple, 2020). Zakrytá stomie má také vliv na okolí pacienta, protože stoma kryté filtrem zlepšuje kosmetický vzhled krku. Clarke (2016) doporučuje nosit filtry co nejdříve po operaci.

Tracheální kanyly a ventily

Aby nedocházelo během hojení ke zmenšování stomatu, pacient nebyl ohrožen nedostatkem kyslíku a zároveň byl zajištěn bezpečný vstup do dýchacích cest, zavádí se pacientovi tracheostomická kanyla¹⁸. Pokud to celkový stav pacienta dovolí, snahou ošetrovatelského personálu nemocnice je v co jak nejkratším čase od operace naučit pacienta pečovat o stomii a naučit jej výměnu kanyly. Pacient se také učí technice vykašlávání sekrece z dýchacích cest (Nasswetter, 2018). Samostatná péče o stomii obsahuje pečlivé čištění vnější části krku, důkladné vyčištění vnitřního pláště kanyly mechanickým očištěním a následnou dezinfekcí, případné odsátí hlenu odsávačkou (Smilek, 2004). Slouka (2016) doporučuje začít s výměnou kanyly až po odstranění stehů, což je přibližně sedmý den po operaci. Pro větší pocit jistoty je také důležité, aby péči o kanylu zvládal i jeden rodinný příslušník.

Pokud však ke stenózám nedochází, pacient kanylu užívat nemusí, anebo je postačující nošení kanyly pouze několik hodin denně.

O velikosti a typu použité kanyly rozhoduje ORL lékař (Stemple, 2020), většina pacientů z důvodu odolnosti a jednoduchosti péče používá kanylu kovovou (Slouka, 2016). Volba velikosti kanyly je také závislá na tělesné konstituci pacienta, obézním pacientům hrozí posunutí (dislokace) kanyly, a proto je nutné použít kanylu dostatečné délky (Komínek, 2004). Pravidelná péče o stomii zabraňuje tvorbě hlenových krust a pomáhá udržet průchodné dýchací cesty (Stemple, 2020).



Obrázek 5 - Kanyla tracheální kovová dvouplášťová

(Převzato z: Promedijek.cz. In: Kanyla tracheostomická [online]. [cit. 2022-06-03]. Dostupné z: <https://www.promedijek.cz/kanyla-tracheostomicka>)

¹⁸ Existují kanyly z kovu, plastu, ze silikonu a kombinované kanyly. Dále se rozlišují kanyly jednoplášťové, dvouplášťové, s manžetou a bez manžety (Komínek, 2009) a k nim množství příslušenství. Kanyly kovové jsou opatřeny límcem s kovovým zámkem, který zabraňuje nechtěnému vysunutí zavaděče nebo vložky při kašli. Plastové kanyly mohou být opatřeny těsnicí manžetou (častěji se používá termín kanyla balónková) a kanyly bez těsnicí manžety (Chrobok, 2004).

Polykání

Nádory hlavy a krku jsou řazeny mezi nutričně rizikové diagnózy (Lohynská, 2018). Chirurgickým zákrokem během laryngektomie dochází ke změnám v dolní části hltanu přecházející do jícnu. Tím je ovlivněn i příjem potravy. Polykací potíže (dysfagii) řadíme do pozdních komplikací po totální laryngektomii, mohou u pacientů vzniknout vlivem pooperačních stenóz (Slouka, 2016). Dysfagie patří mezi častou komplikaci, která má také významný dopad na kvalitu života pacientů (Cleere, 2022). Pacient je bezprostředně po operaci vyživován nasogastrickou sondou a ta je podle rychlosti hojení odstraněna 9.–12. pooperační den. Poté je pacient vyživován perorálně kašovitou a následně i pevnou stravou (tamtéž), zatímco Stemple (2020) uvádí, že je vhodné začít s pitím čirých tekutin.

Carew (2001) uvádí polykací potíže v souvislosti s následnou aktinoterapií (viz dále), při níž dochází ke snížené tvorbě slin¹⁹, otokům a poškození sliznice²⁰ polykacích cest. Doporučuje endoskopické vyšetření s hodnocením stavu sliznic neofaryngu²¹. Stemple (2020) a Clarke (2016) zmiňují dysfagické obtíže vlivem útlaku nádoru a doporučují polykání zhodnotit již předoperačně, aby se posoudila orálně-motorická funkce polykání. Maclean (2009) uvádí faryngeální dysfagii u 72–87 % pacientů po totální laryngektomii. Rizika aspirace mohou být nejčastěji způsobeny vytvořením píštěle, nebo při otočení a následném vdechnutí hlasové protězy (Stemple, 2020). Dysfagické obtíže bývají častější, pokud kromě totální laryngektomie došlo i resekci části jazyka (tamtéž). Rekonstrukce sliznice hltanu se provádí ve více vrstvách, pokud je však k rekonstrukci nedostatek materiálu, je možné požit lalok z velkého prsního svalu (Komínek, 2009).

Stemple (2020) a Clarke (2016) doporučují zhodnotit polykání a úroveň motorických dovedností jazyka řečovým patologem (v našich podmínkách klinickým logopedem) a v případě obtíží provést endoskopické zhodnocení polykání (FEES²²), nebo videofluoroskopii (VFSS²³). Stemple dále doporučuje obtíže s polykáním zhodnotit dotazníkem Polykání po totální laryngektomii (SOAL)²⁴. Změněné polykání a tvorbu nadměrného hlenu po operaci uvádí rovněž pacienti kvalitativní studie Noonan (2010). Clarke

¹⁹ Xerostomie.

²⁰ Mukositida.

²¹ Chirurgická rekonstrukce hrtanu po laryngektomii (Komínek, 2009).

²² Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing.

²³ Videofluoroscopic Swallowing Study.

²⁴ Swallowing After Total Laryngectomy. V ČR se tento test nepoužívá, ale je využíván test kvality života u pacientů s onkologickým onemocněním hlavy a krku MDADI (M.D. Anderson Dysphagia Inventory) (Tedla, 2009).

(2016) již předoperačně v rámci logopedické diagnostiky doporučuje zhodnocení orálně-motorických pohybů a vyšetření artikulace, také doporučuje před operací nácvik polykacích manévrů.

Čich a chuť

V důsledku ztráty schopnosti vdechnout vzduch nosem dochází k **narušení čichu a chuti**²⁵. Stemple (2020) upozorňuje na výrazné riziko vdechování kouře nebo unikajícího plynu, aniž by si toho pacient všiml, proto doporučuje pacientům umístit do každé obytné místnosti detektor kouře. Snížená čichová ostrost u laryngektomovaných pacientů se podle studií vyskytuje v 68–100 %. Van (1999) zaznamenal, že asi třetina pacientů dokázala cítit vůni pohybem čelisti nebo žvýkáním, na základě toho byl vyvinut manévr nosního proudění vzduchu (NAIM²⁶). Hilgers (2000) manévr popisuje jako zívání se zavřenými ústy, nebo jako techniku „zdvořilého zívání“, při které je vytvářen podtlak v dutině ústní a orofaryngu a je umožněno nosní proudění vzduchu, při níž molekuly pachu dosahují čichového epitelu. Zlepšení čichové ostrosti je uváděno až u 50 % laryngektomovaných pacientů za předpokladu každodenního nácviku. Čichová rehabilitace patří dle Clarke (2016) rovněž do kompetence logopeda. Ztráta chuti a vnímání příjmu potravy pouze jako nutnost, je pro pacienty velmi nepříjemné, protože kvalitní a dostatečná výživa je základem pro celkové uzdravení (Slouka, 2016). Výzkum Apert (2022) potvrzuje, že ztráta chuti a čichu je pacienty vnímána jako nejvíce obtěžující. Vylepšení vnímání chuti lze dosáhnout pomocí zavřených rtů, intenzivním žvýkáním a posouváním sousta v ústech tam a zpět (Stemple, 2020). Na opomíjení rehabilitace čichových funkcí u laryngektomovaných pacientů upozorňuje Lipińska (2022), která zároveň potvrzuje, že čichová rehabilitace znamená výrazné funkční zlepšení.

Bezpečnost

Obavy pacienta a jeho rodiny se také týkají případné resuscitace, ke které by mohlo dojít kdykoli při pobytu mimo nemocnici. Mezinárodní asociace laryngektomovaných (International Association of Laryngectomees) vypracovala příručku první pomoci pro odbornou i laickou veřejnost. Dále se pacientům doporučuje nosit speciální náramky se základními údaji o zdravotním stavu, speciálně vytvořené identifikační karty mít umístěny na viditelném místě

²⁵ Anosmie.

²⁶ The nasal airflow-inducing maneuver.

automobilu nebo v místě bydliště. Taktéž se doporučuje informovat zdravotníky tísňových linek, aby byli již dopředu seznámeni s touto skutečností (tamtéž).

Další nebezpečná činnost pro laryngektomované pacienty je sprchování, plavání, a rybaření. Při sprchování může pacient použít speciální gumový sprchový límec, jenž těsně přiléhá kolem krku a zároveň lze pomocí otvorů na spodní straně límce dýchat, nebo sprchové kryty. Rovněž existuje plavání za pomoci modifikovaného šnorchlu, avšak je považováno za extrémně nebezpečné a nedoporučuje se.



Obrázek 6 - Sprchovací límce

(Převzato z: Luminaud.com. In: Shower Protection [online]. [cit. 2022-07-29]. Dostupné z: https://www.luminaud.com/shower_protection)

Fyzická aktivita

Vlivem poškození břišního lisu následkem tracheostomie, který se podílí na defekaci, kýčání a kašli uzávěrem glottis, dochází u pacientů k obtížím s vyprazdňováním stolice (Bickford, 2018; Kučerová, 2010). Komínek (2009) zmiňuje ztrátu subglotického tlaku po tracheostomii, která vede k neschopnosti efektivního kašle. Stemple (2020) zmiňuje vliv addukce hlasivek jenž usnadňuje zvedání předmětů. Výzkum Dietrich a Youngstrom (1982, in Stemple, 2020) prokázal u 55 % dotazovaných pacientů obtíže u zvedání předmětů. Obtíže se navíc zhoršují u pacientů, kteří kromě totální laryngektomie podstoupili také blokovou krční disekci (Noonan, 2010).

1.4.4 Psychosociální aspekty po totální laryngektomii

Onkologické onemocnění a následné vyrovnání se se závažnou diagnózou znamená pro pacienty **zvýšenou psychickou zátěž** a působí jako významný stresor. Psychosociální obtíže jsou prokázány u pacientů předoperačně²⁷, bezprostředně po operaci²⁸ i v následujícím období (Stemple, 2020). Brook (2021, s. 146) uvádí mezi nejčastější pocity laryngektomovaných pacientů odmítání, hněv, strach, stres, úzkost, deprese, smutek, pocit viny a osamělost. Následně také dochází k významnému **omezení kvality života**. Přijetí onkologického onemocnění vyžaduje schopnost přizpůsobení se změnám (změna fyzického vzhledu, celkový zdravotní stav apod.) (Brook, 2021; Stemple, 2020; Taylor, 2016; Papežová, 2011). Dle Ampil (2004) se v literatuře lze setkat především s biomedicínským modelem péče, který opomíjí prožitky pacientů a dopady onemocnění na kvalitu života.

Dahl (2022), Brook (2021), Stemple (2020), nebo Longobardi (2019) zmiňují u pacientů po totální laryngektomii **rozvoj úzkostí a depresivních symptomů**, vážné narušení kvality života a větší suicidální sklony v porovnání s pacienty se zhoubnými nádory jiných lokalit. Riziko sebevraždy je vyšší u ženatých laryngektomovaných mužů v prvních pěti letech od diagnostikování nádoru hrtanu a poté toto riziko postupně klesá (Brook, 2021). Lehčí formy deprese mohou být odborníky přehlédnuty, proto je důležité se během vyšetření cíleně ptát na depresivní symptomatologii nejen samotných pacientů, ale také **rodinných příslušníků**. Opomíjenou skupinou zůstávají rodinní příslušníci pečující o blízkého člověka s laryngektomií. Pro ně bývá péče vyčerpávající po fyzické i psychické stránce²⁹. K dalším významným obtížím patří **strach z recidivy**³⁰ onemocnění a **obavy z nejisté budoucnosti**. Pacienti se vlivem narušené komunikační schopnosti dostávají během velmi krátké doby do **sociální izolace**, na kterou nebyli připraveni (Brook, 2021). Psychické obtíže u pacientů s rakovinou hlavy a krku nejsou dle Noonan (2010) omezeny na bezprostřední pooperační období. Byrne (1993) přestože doporučoval psychiatrickou intervenci ve formě poradenství a podávání antidepressiv po totální laryngektomii u všech pacientů vykazující příznaky psychických obtíží, výzkumem zjistil tuto formu terapie pouze u jednoho pacienta studie. Keszte (2013) uvádí, že adekvátní psychiatrická,

²⁷ Velký význam zde hraje **předoperační logopedické poradenství**, které má vliv na adaptační proces a urychluje proces léčby (Longobardi, 2021; Koike, 2002).

²⁸ Období operace a hospitalizace klade vysoké nároky také na veškerý ošetřující personál.

²⁹ Duševní pohoda pečujících osob bývá častokrát opomíjena, jelikož je pozornost věnována především pacientovi samotnému.

³⁰ Ke zvládnání těchto obtíží pomáhají také **pravidelné lékařské prohlídky**.

či psychologická³¹ péče je duševně nemocným pacientům poskytována ve velmi malé míře (podle německého výzkumu pouze 4 %), a to i přesto, že úspěšná rehabilitace hlasu souvisí s duševním zdravím pacientů³². Ztráta hlasu také ve většině případů vede k devastujícímu snížení kvality života a **frustrace z neschopnosti efektivně komunikovat s ostatními**³³ (Longobardi, 2021; Sluis, 2020; Kaye, 2017; Noonan, 2010).

Brook (2021, s. 150–151), lékař, který je sám pacientem po totální laryngektomii, doporučuje způsoby, jak se po operaci s depresí vyrovnat. Jedná se o:

- předcházení užívání návykových látek,
- vyhledání pomoci,
- vyloučení zdravotních příčin (např. snížené funkce štítné žlázy, vedlejší účinky léků),
- aktivní přístup k životu,
- omezení stresu,
- motivaci stát se příkladem pro jiné,
- návrat k oblíbeným činnostem,
- zvážení užití antidepresiv,
- vyhledat podporu rodiny, přátel, profesionálů, kolegů, jiných pacientů a podpůrných skupin.

Omezení se týkají také návratu osob do původního zaměstnání a vyrovnání se se **ztíženou ekonomickou situací** (Brook, 2021, Stemple, 2020). Kvalitativní výzkum Watson (2022) zjišťoval pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, zda je rozdíl ve vnímání totální laryngektomie časové hledisko operace ve vztahu k pandemii COVID-19. Nebyl prokázán významný rozdíl mezi pacienty, kteří byli operováni před pandemií COVID-19 a těmi, kteří byli operováni v průběhu pandemie. Potíže s komunikací při nutnosti nošení roušek a sociálním odstupu zaznamenala Dahl (2022).

³¹ Začlenění psychologů do zdravotnického týmu doporučuje např. Stemple (2020), nebo Noonan (2010). Dle Longobardi (2019) se v rehabilitaci pacientů po totální laryngektomii osvědčila **kombinace logopedické a psychologické péče**.

³² Algave (2015) v souvislosti s kvalitou života po totální laryngektomii zmiňuje **spirituální aspekt onemocnění**, ačkoli tuzemské zdroje náboženský přesah opomíjí.

³³ Stemple (2020), nebo Kaye (2017) doporučují využívat **elektrolarynx** bezprostředně po operaci a eliminovat tak deprivaci pacientů z nemožnosti hovořit vlastním hlasem. Yavuz (2017) uvádí v rámci hospitalizace využití **komunikačních příruček (tabulek)**, které mají využití především u léčby bolesti a snižování úzkosti.

Trvalá tracheostomie způsobuje **trvalý zásah do kvality života** (Brook, 2021; Thiagarajan, 2015; Kraus, 2005) a působí negativně také na oblast sociální (Sluis, 2020; Bickford, 2018; Steyn, 2018; Danker, 2010; Klozar, 2005). V této souvislosti doporučuje Brook (2021) laryngektomovaným osobám zaměření na dobrovolnictví, fyzickou aktivitu, odpočinek, ale i budování osobních vztahů a obnovu kontaktů s rodinou a přáteli. Výzkum Singer (2008) potvrzuje, že se parciální i totální laryngektomie negativně projevuje také v **rovině sexuální a partnerské**. Více než polovina respondentů výzkumu uvedlo po absolvované léčbě snížené libido a sexuální problémy. Problémem je také **užívání návykových látek** (Brook, 2021). Znetvoření krku v místě, které je dobře viditelné pro komunikačního partnera, má na pacienta a jeho **vnímání sebe sama** negativní dopad. Dopad stigmatu je zřejmější u žen (Sluis, 2020). Bickford (2018) i Johansson (2012) zmiňují u pacientů se zvýšenou sociální podporou rychlejší přizpůsobení se závažné diagnóze, a jako zásadní uvádí Dooks (2012) podporu nejen rodiny a přátel, ale i zdravotníků. Sluis (2020) uvádí, že pacienti po totální laryngektomii museli po zákroku přehodnotit své dosavadní zájmy a koníčky a vyhledat aktivity nové, které budou zvládat i přes zdravotní znevýhodnění. Pacienti navíc zmiňují trvalou závislost na zdravotní péči a nutnost vyrovnání se s nežádoucí pozorností okolí. **Specifickou skupinou jsou ženy**, které se hůře ztotožňují s novým hlasem, označují je za „neženský“ a domnívají se, že změny kvality hlasu vedou ke ztrátě ženskosti (Cox, 2015; Keszte, 2013). Další odlišnosti v porovnání s muži se týkají nižší úrovně fyzického, emocionálního, kognitivního a sociálního fungování (Sluis, 2020). Muži ale ve společnosti také vnímají pohledy ostatních osob na oblast krku a preferují zakrytí krku šátkem. Brook (2021) a Offerman (2015) prokázali u laryngektomovaných žen znatelný posun v partnerské rovnováze, změnu rolí a **negativní dopad zákroku na rodinné vztahy**. **Pracovní začlenění** žen po operaci sledoval Watson (2022) který zjistil, že profese orientované na služby a komunikaci s klienty znamenají pro ženy nutnost změny profese, nebo pracovního zařazení. Ztížený návrat laryngektomovaných pacientů do práce je však zřejmý u mužů i žen (Brook, 2021). Bickford (2018) navíc poukazuje na skutečnost, že ve společnosti existuje pouze malé povědomí o totální laryngektomii, což má za následek **negativní reakce lidí**, s nimiž se pacienti setkávají. Sluis (2020) doporučuje z hlediska realistických očekávání týkajících se kvality hlasu u žen před samotnou totální laryngektomií setkání s jinou pacientkou, dále pak zapojení partnerů do procesu rehabilitace a **rehabilitační programy zaměřené na psychosociální oblast**. Rozvoj komunikačních technologií přináší také laryngektomovaným pacientům nové možnosti, jak sdílet své obavy s ostatními pacienty, zapojovat se do svépomocných skupin, nebo být v kontaktu s pomáhajícími profesemi. V zahraničí je pro pacienty široká nabídka skupin

laryngektomovaných pacientů setkávajících se distančně, pomocí webových aplikací, videokonferencí apod. (Hancock, 2020; Dooks, 2012). Tuzemští pacienti se mohou kontaktovat na **pacientské organizace** (např. Spolek laryngektomovaných), nebo jim vzájemná setkávání může zprostředkovat ošetřující lékař, či klinický logoped. Nemocnice Havířov pacientům nabízí **podpůrnou skupinu**³⁴ po totální laryngektomii, které jsou u pacientů velmi oblíbené a vyhledávané. Podpůrná skupina se ale prolíná s individuální formou logopedické terapie³⁵. Nelze také nezmínit důležitost **multidisciplinárního týmu**, (jednotliví členové týmu jsou podrobně uvedeni v Kap. 5.7 Model komplexní péče o pacienty po totální laryngektomii) který hraje významnou roli v krátkodobém i dlouhodobém horizontu léčby pacienta (Dahl, 2022; Marchi, 2019; Nekhlyudov, 2017; Fuller, 2016; Licitra, 2016; Arora, 2008).

1.4.5 Nechirurgická léčba

Radioterapie

Radioterapii (aktinoterapii³⁶) lze při karcinomu hrtanu využít po provedení operace a v tomto případě jde o léčbu adjuvantní (pomocnou) (Slouka, 2018, 2016). Pokud však předchází chirurgické léčbě, nebo ji zcela nahrazuje, je nazývána radioterapií radikální³⁷. Pacienti, kteří v rámci zachování hrtanu podstoupí radioterapii, mají lepší kvalitu života ve srovnání s pacienty vyžadující totální laryngektomii (Carew, 2001). Ozařování krku je provázeno výraznou akutní slizniční toxicitou (Vítek, 2019). Toxicita se u pacientů projevuje asi 2 týdny po zahájení léčby a trvá ještě 4–8 týdnů po ukončení léčby. Nejčastějšími nežádoucími účinky je mukositida³⁸, xerostomie³⁹, na ozařované kůži se objevuje erytém⁴⁰,

³⁴ Účast na setkávání podpůrné skupiny může být pro pacienty dalším způsobem podpory, rad a nových přátelství (Brook, 2021).

³⁵ V souladu s Kresic (2015) lze říci, že nejdůležitějším faktorem návratu náhradních hlasových mechanismů v rámci logopedické terapie je **motivace pacienta**.

³⁶ Léčba zářením.

³⁷ Radioterapie bývá kombinována i s jinými druhy léčby, nejčastěji s chemoterapií. Cílem radioterapie je při nejmenším množství komplikací efektivně pacienta léčit, tzn. zasáhnout všechny nádorové buňky a zároveň šetřit okolní tkáň a orgány (Kolářová, 2008). Svoboda (2016) zmiňuje obrovský vývoj radioterapie v posledních desetiletích, především z hlediska technického, Vošmik (2012) navíc uvádí rozvoj diagnostických zobrazovacích metod a rozvoj počítačové techniky. Základem léčby zářením jsou lineární urychlovače, těžké částice a protony. Dále uvádí, že vzhledem k uložení hrtanu a nutnosti ozařování krčních uzlin, jež jsou uloženy povrchově, nelze použít nejvyšší energie přístrojů. K radioterapii v oblasti hlavy se používají moderní techniky 3D–konformní radioterapie (3D-CRT), radioterapie s nulovou intenzitou (IMRT) a radioterapie řízené obrazem (IGRT) (Vošmik, 2012). Výhodou těchto technik nižší riziko postradiačních komplikací (Kolářová, 2008). Tyto techniky jsou vhodné pro pokročilé inoperabilní nádory hlavy a krku (Machánová, 2011).

³⁸ Místní poškození sliznice a podslizniční tkáň dutiny ústní (Vokurka, 2018).

³⁹ Suchost v ústech způsobená sníženou tvorbou slin (Novotný, 2016).

⁴⁰ Erytém – červené zbarvení kůže značící kožní toxicitu (tamtéž).

lymfedém⁴¹, dochází k vypadávání vousů a vlasů. Pozdní účinky radioterapie jsou opakované infekce horních cest dýchacích, atrofie sliznic, odynofagie nebo dysfagie (Svoboda, 2016).

Systémová léčba

Jak zmiňuje Burkoň (2016), v posledních dekáдах dochází při léčbě nádorů hlavy a krku k významným změnám. Důraz je kladen na kvalitu života pacienta ve vztahu k toxicitě a účinnosti léčby. Systémovou léčbou je označováno celotělové působení léků. Dělí se na chemoterapii⁴², nebo cílenou léčbu. O vhodnosti konkrétního postupu rozhoduje interdisciplinární tým na základě rozsahu primárního nádoru, histologického typu, přítomnosti metastáz a celkového stavu pacienta.

Chemoterapie

Léčba karcinomu hrtanu vychází nejčastěji z kombinovaného postupu chemoterapie s radioterapií. Samostatná chemoterapie u tohoto onemocnění není efektivní (Svoboda, 2016) a v minulosti byla omezena na paliativní léčbu metastazujícího nebo recidivujícího onemocnění (Burkoň, 2016). Hybášek (2020) uvádí, že chemoterapie zatím nedokáže zvýšit míru přežití, ať už byla zkoušena jakákoli kombinace cytostatik. Svoboda (2016) preferuje chemoterapii kombinací minimálně 2 cytostatik, která jsou na bázi platinových derivátů cisplatiny. Systémovou léčbu dělí Burkoň (2016) na konkomitantní a pooperační chemoradioterapii, indukční chemoterapii a paliativní chemoterapii.

Cílená léčba

Pojmem cílená (biologická) léčba se myslí terapie látkami cílenými proti nádorovým strukturám (Burkoň, 2016).

Nutriční podpora

Příjem potravy a stav výživy hraje u nádorů hrtanu velmi významnou roli. Pacient je následkem chirurgického výkonu a případné onkologické terapie ohrožen podvýživou, která je

⁴¹ Lokalizované městnání lymfatických tekutin s následným vznikem otoků tkání (Brook, 2021).

⁴² Léčba nádorových onemocnění léky zvanými cytostatiky (Velký lékařský slovník, 2005).

prognosticky významná. Špatný nutriční stav vyplývá z lokalizace nádoru a způsobu léčby, svůj podíl má ale také socioekonomický status pacienta (Urbánková, 2016). Komplexní postižení stavu výživy s progresivní ztrátou tělesné hmoty je označováno jako syndrom nádorové kachexie (Tomíška, 2008). Syndrom je charakterizován ztrátou hmotnosti, katabolickými změnami a anorexií (Meisnerová, 2017).

Zajištění nutriční podpory řadíme mezi základní předpoklady úspěšné léčby. Lze ji realizovat pomocí **orální nutriční podpory**, a to doplněním běžné stravy o speciálně nutričně vyvinuté přípravky, které se popíjí (sipping). Sipping stimuluje sekreci slin a působí preventivně proti zánětům slinných žláz (Urbánková, 2016).

Výživa nasogastrickou sondou představuje další možnost nutriční podpory u onkologických pacientů. Sonda je zavedena nosem přes nosohltan do žaludku a pacient je vyživován nutričně definovanými přípravky, z důvodu možných dekubitů však maximálně po dobu 4.–6. týdnů.

Předpokládá-li se nedostatečný příjem ústy (per os) déle než 4 týdny, indikuje se pacient k zavedení **perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)**⁴³.

Pokud u pacienta nelze ústy zavést flexibilní gastrofibroskop, provádí se **klasická gastrostomie**⁴⁴ v celkové anestezii. Parenterální⁴⁵ výživa je u nádorů hrtanu indikována u pacientů s nežádoucími účinky chemoterapie, nebo u těžkých septických stavů. Výživa se aplikuje do centrální, nebo periferní žíly a může být částečná (krátkodobé doplnění potřebného příjmu výživy), nebo komplexní (Meisnerová, 2017).

⁴³ Zavedení je nejvhodnější již před započatím onkologické léčby. Výkon se realizuje v lokální anestezii, kdy se pod endoskopickou kontrolou flexibilního gastrofibroskopu vyhledá nejvhodnější místo pro nábodnutí (punkci), pomocí prosvětlení endoskopem se následně provede naříznutí (incize) břišní stěny a punkční jehlou se pronikne do žaludku. Punkční jehlou se do žaludku zavede vlákno, které je následně vyňato skrze ústní dutinu ven. Na vlákno se naváže speciální gastrostomický katétr, který je postupně vytažen žaludkem přes břišní stěnu (Kordulová, 2017). Do takto zavedeného katétru se následně aplikuje nutričně definovaná tekutá strava. Při obnovení per os příjmu lze PEG jednoduše odstranit.

⁴⁴ Katétr se fixuje k žaludku a vyvádí břišní dutinou ven, ale při otevřené dutině břišní a výkonu zvaném střední laparotomie. Toto klasické provedení gastrostomie je pro pacienta více zatěžující, jak z hlediska celkové anestezie, tak následným pooperačním stavem a možnými komplikacemi (Urbánková, 2016).

⁴⁵ Umělá výživa podávaná mimo trávicí systém.

1.4.6 Prevence

Součástí komplexní péče o onkologické pacienty je prevence. Horáková (2016) dělí prevenci do čtyř podskupin. **Primární**⁴⁶ prevence si klade za cíl předcházet vzniku onemocnění, a to odstraněním, případně zmírněním vlivu rakovinotvorných (kancerogenních) faktorů. V **sekundární**⁴⁷ prevenci se uplatňují pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře. Ten také pacienta v případě podezření na onkologické onemocnění hrtanu odesílá na specializované ORL pracoviště. **Terciární** prevence má za cíl odhalit lokální recidivu nebo vzdálené metastázy po prodělané léčbě, případně včas zachytit rozvoj sekundárních malignit (Vokurka, 2018). Prevence **kvartérní**⁴⁸ si klade za cíl je předcházet důsledkům nevyлéčitelného nádorového onemocnění, a to pomocí odborných konzultací s onkology, paliativními specialisty, či odborníky z mobilního hospice (Horáková, 2016). Pro pacienty je také nezbytné zajistit psychologickou, sociální, nebo duchovní podporu (Vokurka, 2018). Důležitá je také spolupráce s rodinou (Vymětal, 1994).

1.4.7 Prognóza

Základními prognostickými faktory jsou rozsah onemocnění, pohlaví, věk a celková kondice nemocného. Z hlediska přežívání se uvádí lepší prognóza u žen (Vítek, 2019). Většina recidiv nádorů se objevuje do dvou let od primárního nádoru a jsou lokalizovány v oblasti ORL (Lohynská, 2018). Slouka (2016) uvádí nejlepší prognózu u glotických karcinomů, a to vzhledem k časnému zachytu a pozdním metastázám. Pětileté přežití⁴⁹ je u tumorů T1 nad 90 %.

⁴⁶V populaci apeluje na osobní zodpovědnosti každého člověka a aktivní přístup v péči o své zdraví. Jak bylo dříve zmíněno, hlavním kancerogenním faktorem nádorů hrtanu je kouření tabáku a konzumace alkoholu. Osvětová činnost je tedy zaměřena na škodlivost kouření a nadměrného pití alkoholu.

⁴⁷ Snaží se o včasné odhalení závažného onkologického onemocnění s cílem snížit úmrtnost (Vokurka, 2018). Jak již bylo uvedeno dříve, v současnosti neexistuje screeningový test k zachytu rakoviny hrtanu, ani neexistuje prokazatelný specifický onkologický marker, který by byl v zachytu nádorů hlavy a krku úspěšný. Horáková (2016) doporučuje pravidelné roční kontroly na ORL u rizikových skupin populace (kuřáci, konzumenti alkoholu, muži starší 40 let).

⁴⁸ Matějů (2019) zmiňuje, aby lékař jednal v zájmu svého pacienta, nikoli jeho rodiny a nestal se tak součástí tzv. spiknutí ticha (mlčení o smrti).

⁴⁹ Výrazně horší prognózu mají supraglotické a subglotické karcinomy, v případě, kdy nejsou postiženy regionální uzliny je pětileté přežití v 55 %, vyskytují-li se navíc i metastázy, doba přežití klesá na 20 %. Ve srovnání s jinými zhoubnými procesy je však prognóza u karcinomu hrtanu dobrá. Faktorem, který prognózu ovlivňuje z největší části je pozdní zahájení léčby (Rottenberg, 2003).

1.4.8 Kvalita života pacientů s maligním nádorem krku

Definice kvality života není jednoznačně vymezena, pro označení se používá zkratka QoL (Quality of Life) a bývá spojována s pojmy jako je očekávání, pohoda a životní spokojenost (Chrastina, 2018). Hodnocení kvality života je subjektivním a aktuálním ukazatelem, jakým hodnotíme svůj život. Hodnocení kvality života by tedy mělo zahrnovat fyzické, psychické, sociální a spirituální⁵⁰ aspekty jedince (Slováček, 2004). Škvrňáková (2009) rozumí kvalitou života celkový pocit spokojenosti a adaptaci na nově vzniklé onemocnění. Kvalitu života lze hodnotit podle údajů od samotného pacienta, a to pomocí množství měřících a posuzovacích nástrojů (Chrastina, 2018). Lze využít řadu obecných a specifických dotazníků. Pro pacienty s nádorem krku lze použít *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ – C30)* který hodnotí šest základních kvalit (Algave, 2015; Slováček, 2004). Z výzkumu Škvrňákové (2008) vyplývá, že u onkologických pacientů se po počátečním uspokojení potřeb základních dostávají do popředí vyšší potřeby. Pacienti se také vyjadřovali ke ztrátě hlasu, kterou považovali za nejhorší důsledek onkologického onemocnění. Naopak 100 % respondentů uvedlo, že neměli obavy z ošetřování tracheostomické kanyly. Dále byl potvrzena důležitá role náhradních hlasových mechanismů a jejich zvládnutí na pozitivní psychický stav nemocných. Pokud pacient zvládne adaptaci na změnu hlasu a nácvik náhradních hlasových mechanismů, lépe se s onemocněním vyrovná. Naopak pacienti, kteří se náhradní hlasové mechanismy nenaučili uváděli pocity skleslosti (Škvrňáková, 2011). Ve světě existuje hodnotící škála *Self-Evaluating of Communication Experiences after Laryngeal Cancer (I-SECEL)*, která je zaměřená na hodnocení kvality života přímo pro osoby po totální laryngektomii (Longobardi, 2021; 2019). Hodnocením kvality života se zabýval také výzkum Apert (2022), který uvádí nejvyšší skóre pro narušené vnímání chutí a vůní, dále obtíže v sexuální rovině, jezení na veřejnosti, řeč a sociální kontakt. Tiple (2016) výzkumem zjistil, že lepší skóre u hodnotících škál kvality života měli pacienti, kteří absolvovali logopedickou terapii. Nutné je však také dodat, že život s funkčními a psychickými obtížemi po zákroku znamenají pro pacienty neustálý boj.

⁵⁰ Náboženství může významně ovlivnit kvalitu života ve smyslu hlubšího přemýšlení o životě před nemocí, významu rodiny, vlastní existenci apod. (Algave, 2015).

1.4.9 Pacientské organizace

Organizace pro pacienty v ČR

Pacientské organizace sdružující osoby po totální laryngektomii, rodinné příslušníky a také odborníky pracující s těmito nemocnými mají z hlediska následné rehabilitace nezastupitelné místo. Pacienti zde mají možnost setkat se s dalšími nemocnými v různých fázích rehabilitace. Vzájemné sdílení obtíží, praktické rady a také pravidelná setkávání přináší osobám po totální laryngektomii významné benefity. V České republice tato organizace dlouhodobě chyběla, pacienti se mohli obracet na regionální spolky, např. v ústeckém kraji působí **AMA**⁵¹ – Společnost onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel, v Olomouckém, Libereckém, Středočeském kraji a Praze působí sdružení **Amelie**⁵², které pomáhá pacientům řešit problémy v sociální oblasti. Celorepublikovou působnost má občanské sdružení **Arcus**⁵³, které se zaměřuje na osvětovou činnost, tvorbu publikací a pořádání rekondičních a ozdravných pobytů pro pacienty s ukončenou onkologickou léčbou. Podporu onkologickým pacientům a pacientům v remisi zajišťuje organizace **Jelimán**⁵⁴.

Poradenskou činnost, rozvoj komunikačních schopností, alternativní komunikaci, zapůjčení pomůcek a integraci dospělých pacientů zajišťuje po celé republice **Sociálně aktivizační služba Lifetool** Diakonie Československé církve evangelické⁵⁵.

Nezisková organizace, která zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednání se státními a veřejnými institucemi se nazývá **Národní rada osob se zdravotním postižením ČR**⁵⁶.

Pro laryngektomované pacienty již od roku 2018 nově funguje **Spolek laryngektomovaných ČR**⁵⁷. Vznikl z iniciativy pacientů po totální laryngektomii a klinické logopedky Mgr. Evy Kocábkové. Spolek pořádá pravidelná setkání pacientů, odborné přednášky, skupinové logopedické terapie, vydává zpravodaj, informuje odborné lékařské společnosti o činnosti klubu a také spolek prezentuje v médiích. Pro pacienty a jejich rodinné příslušníky plánuje také rekondiční pobyty. Na webových stránkách spolku mohou pacienti a zájemci shlédnout množství inspirativních videí a konkrétních terapeutických postupů po totální

⁵¹ www.amasop.cz (cit. 2022-10-06).

⁵² www.amelie-zs.cz (cit. 2022-10-04).

⁵³ www.arcus.oc.org [cit. 2021-10-12].

⁵⁴ www.jeliman.net [cit. 2022-10-07].

⁵⁵ <https://lifetool.diakonie.cz> [cit. 2021-10-03].

⁵⁶ <https://nrzp.cz> [cit. 2022-10-03].

⁵⁷ www.s-let.cz [cit. 2021-08-05].

laryngektomii, stejně tak i pokroky u vybraných pacientů. V České republice jsou tato videa⁵⁸ a postupy ojedinělé a pro laickou i odbornou veřejnost velmi přínosné.

Organizace pro pacienty ve světě

V jednotlivých zemích světa fungují národní organizace laryngektomovaných pacientů. Činnost více než 250 členských klubů sdružuje nezisková organizace **Mezinárodní Asociace laryngektomovaných – International Association of Laryngectomees (IAL)**⁵⁹. Jednotlivé kluby mají 10–300 členů. Asociace byla založena v USA v roce 1952. Pořádá vzdělávací kurzy, organizuje společenská setkávání pro pacienty, provozuje telefonní linku, která je obsluhována laryngektomovaným pacientem, vydává edukační materiál, přináší nabídku nových pomůcek. Od roku 1961 funguje Hlasový institut, který pořádá pro odborníky na řečovou patologii speciální kurzy a školení nácviku jícnového hlasu. Tito odborníci jsou následně sdružováni v adresáři asociace.

Kluby laryngektomovaných ve Velké Británii, kterých je více než 60, sjednocuje **Národní asociace laryngektomovaných – The National Association of Laryngectomies Clubs (NACL)**⁶⁰. Podporuje kluby stávající a zároveň vítá vznik klubů nových. Pacientům nabízí množství publikací a edukačních materiálů, pořádá kurzy pro pečovatele a pacienty. Asociace vydává příručky pro pacienty, natáčí DVD a videoklipy, publikuje brožury určené pro ošetřovatelský personál a karty první pomoci, vydává materiály pro řečové patologie i rodinné příslušníky, vydává také pravidelný časopis a poskytuje školení pro pacienty, kteří chtějí plavat. Zároveň se podílí na výzkumu a legislativních změnách.

1.5 Náhradní hlasové mechanismy po totální laryngektomii

Již od provedení první totální laryngektomie Watsonem v roce 1866 a Billrothem v roce 1873 se hledají možnosti, jak pacientům po tomto mutilujícím výkonu vrátit hlas (Slavíček, 2002). Pro metody, při nichž dochází k tvorbě hlasu jinými způsoby než hlasivkami, se používá termín **náhradní hlasové mechanismy**. Dršata (2008) z hlediska náhradních mechanismů hlasotvorby upozorňuje na realistický náhled jak foniatra, tak pacienta.

⁵⁸ Např. <https://www.s-let.cz/jicnovy-hlas/> [cit. 2021-08-05].

⁵⁹ www.larynxlink.com [cit. 2021-08-08].

⁶⁰ www.laryngectomy.org.uk [cit. 2022-07-06].

Doposud totiž není žádný mechanismus schopen hlas zcela nahradit. Nejvhodnější náhradní mechanismus po totální laryngektomii je dán pooperačními poměry na krku, motivovaností a kognitivními schopnostmi pacienta, jeho sociálním zázemím, celkovým zdravotním stavem a prognózou onemocnění (Šebová, 2011). Doporučení, jaký mechanismus zvolit je v kompetenci foniatra, stejně tak i edukace, péče o tracheostoma, rehabilitace dýchání⁶¹ a čichu a předpis kompenzačních pomůcek. Informovat pacienta o náhradních hlasových mechanismech již před samotnou operací je žádoucí.

Ve stádiu experimentů jsou **rekonstrukční náhrady hrtanu**, nebo jeho transplantace. U onkologického pacienta v současnosti transplantace hrtanu možná není, a to z důvodu imunosuprese potřebné k přijetí transplantátu (Šebová – Šedenková, 2006).

Bezprostředně po operaci probíhá komunikace pacienta **nonverbálně**, a to psaním, nebo pomocí piktogramů, z dlouhodobého hlediska se však jedná o nedostatečné řešení (Dršata, 2008). Yavuz (2017) vytvořil pro pacienty vizuálně komunikačního průvodce, který má pomoci s komunikací bezprostředně po operaci. Sestává se z jednoduchých piktogramů a slovních spojení, zjišťující základní potřeby nemocného, bolest, péči o kanylu, abecedu apod. Další možností je tvorba **pseudošepotu (bukálního hlasu)**, který vzniká únikem vzduchu z tvářových kapes a dutiny ústní při afonické artikulaci. Seeman (1953) jej nazývá hlasem ústním a řeč takto tvořenou řečí souhláskovou. Tvorba pseudošepotu je pro pacienty rychle zvládnutelná a jednoduchá. Z úst pacient vyrazí třené a ražené souhlásky, zatímco artikulace samohlásek, nosovek a znělých souhlásek není možná (Šebová, 2011). V praxi se lze setkat s jevem, kdy se pacient při nezdarech v nácviku náhradních hlasových mechanismů uchyluje k pseudošepotu. Ten je však pro komunikaci neefektivní, nesrozumitelný a nelze jej považovat za náhradní hlasový mechanismus. K zajímavému zjištění došel Ng (2019), který zjistil, že i pacienti po totální laryngektomii užívají Lombardův efekt⁶², tzn. jsou schopni různou měrou manipulovat s hlasem v hlučném prostředí.

⁶¹ Rehabilitace plicních funkcí by měla být dle Clarke (2016) nabízena všem pacientům po totální laryngektomii.

⁶² „Lombardův efekt je způsoben změnami řečových charakteristik mluvěho ve snaze o zvýšení srozumitelnosti promluvy v hlučném prostředí“ (Bořil, 2005, s.1).

1.5.1 Jícnový hlas

Termín jícnový hlas jako první publikoval zakladatel československé i světové foniatry prof. Miloslav Seeman již v roce 1922. Do té doby byl pro jícnový hlas užíván pojem „*pahlas*“ (Seeman, 1953). Seeman se tématu jícnového hlasu věnoval dlouhodobě a vypracoval nejen terminologické vymezení problematiky, ale také metodiku nácviku, která se v různých modifikacích používá dodnes.

Jícnový hlas využívá při generování zvuku zbývající anatomické struktury pacienta, souhrnně se nazývají **faryngo-esofageální (PE) segment** (Stemple, 2020). Jícnový hlas představuje pro pacienty se zachovanými strukturami PE segmentu standardní metodu nácviku (Šebová – Šedenková, 2006). „Jícnový hlas je nejlepší náhradou hlasu ztraceného vyjmutím hrtanu“ (Seeman, 1953, s. 34). Mechanismem jícnového hlasu je nabírání vzduchu do jícnového rezervoáru a následné uvolňování do vokálního traktu (vyříhnutí – eruktaci) při současné artikulaci (Mišun, 2010). Rozkmitáním sliznice a podslizniční vrstvy v oblasti hltanového svěrače, kde tvoří tzv. pseudoglotis, vzniká charakteristické říhnutí (ruktus) (Slaviček, 2004). Rozkmitáním hltanového svěrače dochází k periodickému vypouštění vzduchu o vyšší tlaku a při průchodu PE segmentu dochází k vytváření akustické vlny. Ty jsou pak základem zdrojem jícnového hlasu (Mišun, 2010). Zdrojem vzduchu je atmosférický vzduch, který je přítomný v dutině ústní a nosní. Plynulý jícnový hlas závisí na rychlém příjmu a uvolnění vzduchu z jícnu (Stemple, 2020). Pro efektivní tvorbu hlasu je nutné, aby vzduchová náplň proudící do jícnu měla dostatečný objem, ideálně 50–150 ml vzduchu (Černý, 2012; Mišun, 2010). Produkce „kontrolovaného ruktu“ je základem tvorby slov (Nassewetter, 2018). Hlas takto vytvořený je hrubý, ale pro artikulaci dobře využitelný (Černý, 2018). „Jícnový svěrač má nízkou základní frekvenci v rozmezí 60-90 Hz. Nízké základní frekvence jícnového hlasu jsou nepříjemné a nevhodné zvláště pro ženy.“ (Mišun, 2010, s. 327). Frekvenci kmitání jícnového svěrače nelze měnit, jelikož vychází ze strukturálně-hmotnostních kooperativních poměrů (Gilániová, 2009). Jícnový hlas je preferován nejvíce v Číně, naproti tomu evropské státy a Amerika užívají nejčastěji hlasové protézy (MacCallum, 2009). Guidotti (2020) provedli fMRI⁶³ u osob používající jícnový hlas a osob zdravých a srovnávali neuronové sítě mozku. Výsledky potvrdily změněnou mozkovou aktivitu a adaptivní změny mozku u jícnového hlasu⁶⁴.

⁶³ Funkční nukleární magnetická rezonance.

⁶⁴ Nižší mozková aktivita v gyru precentralis, gyru inferior, medium frontalis a gyru temporalis superior.

Úspěšný nácvik jícnového hlasu předpokládá **vhodné anatomicko-fyziologické poměry** (především optimální odpor jícnového svěrače) a **faktory psychologické** (Klozar, 2005). Vysoký stupeň individuální motivace, každodenní a dlouhodobý nácvik a pozitivní ladění jsou zásadními podmínkami nácviku (Stemple, 2020). Edukace jícnového hlasu, kdy je pacient schopen tvořit krátké věty nebo delší slovní spojení, trvá až několik měsíců (Slaviček, 2004).

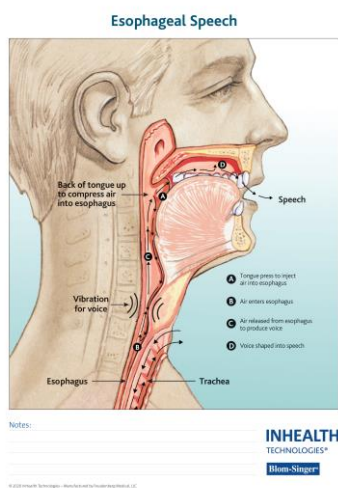
Koike (2002) japonským výzkumem zjistil, že délka optimálního nácviku jícnového hlasu je minimálně 6 měsíců, probíhá-li terapie 1x/týdně až 1x/2 týdny. Vyvození slabiky během první terapie se podařilo u naprosté většiny pacientů z výzkumného vzorku (94,7 %), zbývající pacienti téhož výsledku dosáhli po 3–4 terapiích. K produkci 5–6 slabik je nutných 6 terapií.

Praisler (2002) doporučuje začít s nácvikem velmi brzy po operaci, a to ještě během hospitalizace na ORL, oproti tomu Nassetter (2018) by s nácvikem začal až několik týdnů po operaci. Nácvik může být komplikován postiradiačními reakcemi aktinoterapie, v těchto případech je nutné nácvik přerušit (Praisler, 2002). Hlas zní přibližně jako dysfonie a je málo zvukný (Doležal, 2018).

Mezi nejdůležitější **faktory vybavení hlasu** řadíme schopnost volní fonace, adekvátní délku vyřihnutí, precizní artikulaci a udržení krátké latence mezi nabíráním vzduchu a jeho vypuzením (Šebová, 2011). Nácvik jícnového hlasu za hospitalizace a následnou ambulantní péči doporučuje Praisler (2002). Tento postup je preferován také ve světě (Iype, 2019). Fonační pauzy a přídatné zvuky ze stomatu snižují kvalitu jícnového hlasu (Motta, 2001).

Včasné zahájení terapie je prevencí špatných návyků při tvorbě jícnového hlasu. Studie vedená Koike (2002) uvádí, že čím dříve po operaci se vyvodí ruktus, tím úspěšnější je tvorba jícnového hlasu a využití v komunikaci. Kresić (2015) naopak výzkumem zjistil, že při nácviku jícnového hlasu nezáleží na časovém hledisku zahájení terapie, rovněž není významný rozdíl, zda terapie probíhá individuální, nebo skupinovou formou. Nejdůležitějším faktorem ale autor studie udává **motivaci pacienta**. Longobardi (2019) popisuje výhody kombinace **individuální a skupinové edukace** jícnového hlasu. U skupinové formy logopedické terapie doporučuje přítomnost psychologa, který má ve skupině roli jakéhosi mediátora. První fáze terapie (logopedická) by měla být zaměřena vyvození jícnového hlasu. Na ni by měla navázat fáze druhá (psychologická). Psycholog by měl sledovat zvládání emočních reakcí v rámci onkologického onemocnění, zpracování smutku ze ztráty hlasu, přijetí hlasu nového, zvládání

viny a agresivity. Důležité je také hodnocení interakcí ve skupině a dynamiky vztahů mezi všemi členy skupiny. Významnou roli psychologů v mezioborovém týmu popisují také Noonan (2010). Tiple (2016) zmiňuje, že pacienti, kteří byli v péči klinického logopeda navíc vykazují lepší skóre jak v instrumentu *Health-related quality of life (WHO-HRQL)*, tak ve *Voice handicap index (VHI)*. Hancock (2020) zmiňuje významnou roli terapeuta a jeho klinických dovedností, upozorňují na značné rozdíly v poskytování péče po totální laryngektomii u australské populace, a zároveň doporučují sjednocení terapeutických přístupů formou školení.



Obrázek 7 - Jícnový hlas – boční pohled

(Převzato z: Inhealth.com. In: Total laryngectomy and voice restoration [online]. [cit. 2021-12-01].

Dostupné z: https://inhealth.com/media/documents/pdf/Total_Laryngectomy_Brochure.pdf)

Hodnocení kvality jícnového hlasu

K hodnocení komunikačních schopností se při tvorbě jícnového hlasu používá sedmistupňová hodnotící škála kvality jícnového hlasu dle Robe (1956), která je součástí příloh této práce (Příloha 6).

Možnosti vybavení ruktu:

- **Metoda polykací**

Využívá se v počáteční fázi rehabilitace jícnového hlasu. Bezprostředně po polknutí vzduchu se vyvodí ruktus ve slabice, avšak pro tvorbu slov je nedostačující a nelze ji tedy použít pro plynulou řeč (Šebová, 2011).

- **Metoda aspirační (inhalační)**

Aspirační metoda byla popsána Seemanem již před sto lety. Zahrnuje vytváření podtlaku v dutině hrudní (intratorakální podtlak) a následné nasávání vzduchu z ústní a hltanové dutiny do jícnu. Toho je dosaženo při rychlém nádechu (Černý, 2012). Nasávání vzduchu do jícnu probíhá souběžným hlubokým nadechnutím a aktivním rozevíráním horní části jícnu za pomoci svalů, které se upínají na jazyku. Aby došlo k otevření horního ústí jícnu, pacient se musí naučit ovládat pohyby jazyky velmi rychle. K naplnění vzduchu do jícnu dojde pouze za předpokladu současného nadechnutí a rozevření jícnu (Seeman, 1953). Šebová (2011) doporučuje předsunutí dolní čelisti za současného zvednutí pažního pletence a v počátcích edukace využít pomoci vzdušné sprchy. Nevýhodou metody je nutnost krátkého povrchního dýchání. Metoda aspirační i injekční může být vzájemně kombinována (Černý, 2012). Kombinaci přístupů považuje v terapii za nejefektivnější také Stemple (2020).

- **Metoda injekční**

Injekční metodou se rozumí vtlačení vzduchu do jícnu pomocí zatlačení jazyka. Šebová (2011) ji považuje za nejlepší variantu nácviku, a to z hlediska možnosti plynulé mluvy a poměrné nezávislosti na dýchání. Dršata (2008) zmiňuje, že ke vtlačení vzduchu do jícnu používá pacient explozivní hlásky.

Výhody jícnového hlasu

Tvorba jícnového hlasu působí oproti dalším náhradním hlasovým mechanismům relativně přirozeným dojmem a nezaměstnává ruce pacienta (Dršata, 2011). Tvorba hlasu není závislá na použití jakýchkoli pomůcek, rovněž není nutná další operace (Mišun, 2010).

Nevýhody jícnového hlasu

„Nevýhodou je horší kvalita hlasu s břišním zabarvením, nižším tónem a intenzitou a kratší stálostí při tvorbě tónu, projevující se negativně na srozumitelnost hlasu.“ (Mišun, 2010, s. 327). Jícnový hlas je také nepřirozeně hluboký, monotónní a má minimální dynamiku (Dršata, 2011). Nemožnost produkce delších větných celků a také neplynulost uvádí Vydrová (2017). Nácvik je dlouhodobý a pacient se musí naučit novému způsobu tvoření hlasu se zřetelem na neschopnost vyslovení víceslabičných slov (Dršata, 2008). Tuto informaci vyvrací Černý (2012), který výzkumem zjistil, že pacienti s kvalitou hlasu ve stupni E, F a G (dle Robe) jsou schopni plynulého vyslovení víceslabičných slov, a to bez přerušení. Krkání navíc působí

neesteticky a je společensky hůře přijímáno (Vydrová, 2017). **Psychický blok** z nácviку jícnového hlasu bývá především u **žen**. Technicky náročný je nácvik jícnového hlasu také pro odborníky, kteří pacienty edukují (tamtéž).

Úspěšnost nácviку

V tuzemské i zahraniční literatuře se můžeme setkat se zcela rozdílnými informacemi týkající se počtu pacientů úspěšných v nácviку jícnového hlasu. Mišun (2010) i Slavíček (2004) zmiňují rozmezí 20–70 % pacientů, kteří byli v nácviку jícnového hlasu úspěšní, ale ke každodenní komunikaci jej používá jen 20–30 % pacientů. Velký rozptyl procentuálního zastoupení je dán rozdílným hodnocením jícnového hlasu a také různorodými kritérii.

Úspěšností edukace se zabýval Černý (2012), který realizoval na foniatričké klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze v letech 2008–2012 na toto téma výzkum⁶⁵. Podobnou úspěšnost nácviку potvrzuje také Praisler (2002)⁶⁶. Kresić (2015) sledoval, jaké faktory mají při tvorbě jícnového hlasu pozitivní vliv na nácvik. Výzkumem bylo zjištěno, že je nácvik významně ovlivněn **motivací pacienta** a schopností **věnovat se nácviку** jícnového hlasu po **delší čas**. Naopak nezáleželo, zda byla forma terapie individuální či skupinová. Se zajímavým zjištěním přichází německá studie, která sledovala vztah mezi nácvikem jícnového hlasu a závislostí na alkoholu (Keszte, 2013). Výsledky ukazují, že u 80 % pacientů, kteří se jícnový hlas nebyli schopni naučit rok po operaci, je prokázána závislost na alkoholu. Oproti tomu všem pacientům s duševní poruchou, kteří podstoupili psychoterapii či psychiatrickou léčbu se po totální laryngektomii podařilo osvojit si jícnový hlas. Přestože existuje velmi málo vhodných psychosociálních intervencí pro pacienty po totální laryngektomii, lze říci, že duševní zdraví úzce souvisí s úspěšnou rehabilitací hlasu. Konkrétním postupům edukace jícnového hlasu se věnují samostatné odborné články a

⁶⁵ Retrospektivně hodnotil dokumentaci u všech pacientů, kteří nácvik jícnového hlasu v posledních pěti letech absolvovali, bylo jich celkem 54. Průměrný věk pacientů byl 60,3 let a v souboru bylo 7 žen a 47 mužů. Z tohoto množství se však pravidelné reedukace zúčastnilo jen 41 pacientů, ostatních 13 pacientů po počátečním zácviку zvolilo jinou variantu náhradních hlasových mechanismů. Z celkového počtu pacientů bylo 46 % z Prahy a 54 % mimopražských. Z faktorů ovlivňujících úspěšnost nácviку zmiňuje Černý také dobrou dopravní dosažitelnost pracoviště poskytující reedukaci. Z výzkumného vzorku vyplývá, že jícnový hlas běžně používá 10 pacientů (24 %), z toho bylo 7 mužů a 3 ženy. Průměrná doba nácviку byla 8,6 měsíců a počet terapeutických sezení byl 8,6. Kvalita hlasu byla hodnocena sedmistupňovou škálou podle Robe. Nejvyššího stupně (G) dosáhli 3 pacienti, stupně F 5 pacientů, stupně E 1 pacient a stupně D také 1 pacient. Dále bylo u nejúspěšnějších pacientů zjištěna průměrná doba nácviку jícnového hlasu 6,6 měsíců.

⁶⁶ Ten realizoval výzkum v Nemocnici Pardubice v letech 1996–1999. Ve výzkumu bylo celkem 22 nemocných, 21 mužů a 1 žena. Průměrný věk pacientů byl 57,6 let. Dobré zvládnutí jícnového hlasu (ve stupnici Robe F a G) se podařilo u 27,3 % pacientů. Tvorba jednotlivých slov (stupně C a D) se dařila 27,3 % pacientům. Zároveň u 45,4 % se jícnový hlas nepodařilo vybavit vůbec.

monografie tuzemských i zahraničních autorů (např. Stemple, 2020; Henslee 2014; Černý, 2012; Weinberg, 1980, in Perkins, 1983; Seeman, 1953) a nejsou součástí této práce.

1.5.2 Elektolarynx

Jedná se o elektromechanický generátor zvuku válcovitého tvaru využívající magnetodynamické rezonanční soustavy, který při přiložení na měkké podčelistní části krku tvoří základní tón (Stemple, 2020; Thiagarajan, 2015; Šebová, 2011). „Vibrace elektrolaryngu vytváří zvuk, který se zesiluje ve vokálním traktu pacienta a činností artikulátorů v dutině ústní je tvořena řeč“ (Vydrová, 2017, s. 170). Stemple (2020) uvádí dělení elektrolaryngů na tři typy: krční, ústní a intraorální. V České republice se však používá pouze krční typ elektrolaryngu. Brook (2021) zmiňuje, že bezprostředně po operaci je z důvodů otoků krku vhodné používat intraorální cestu vedení vibrací. Přístroj může fungovat buď kontaktem s kůží, což vyvolává vibrace hltanu, nebo intraorálním kontaktem, který vyvolává vibrace dutiny ústní (Kaye, 2017). V USA dle Brooka (2021) je elektrolarynx pacientům přidělen již během hospitalizace po samotné operaci, a to i v případě, že má pacient hlasovou protézu. Tento krok odůvodňuje nutností komunikace za všech okolností a jistotou pacienta, že se bude schopen domluvit. V České republice není elektrolarynx přidělován automaticky, ale podléhá vypsání žádosti specialisty a schválení revizního lékaře zdravotní pojišťovny.

Stemple (2020) zdůrazňuje, že brzké obnovení ústní komunikace u pacientů pomocí elektrolaryngu by mělo být pro lékaře prioritní. Dříve převládající názor, že pacient s časně použitým elektrolaryngem nebude vyhledávat jinou formu náhradních hlasových mechanismů, se nepotvrdil (Koike, 2002).

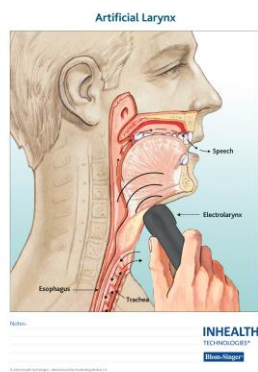
Samotný nácvik není složitý, pacient se však musí sám naučit vyhledat adekvátní místo přiložení generátoru. Přístroj je již z výroby nastaven na frekvenci 80 Hz a 90 Hz.

Oproti syntetickým možnostem řeči a převodu textu na řeč má užití přístroje zjevné výhody, jelikož umožňuje zachování přirozených nuancí řeči, včetně využití dutiny ústní a zachovaných artikulačních schopností. Vývoj elektrolaryngu sahá do roku 1920, od té doby došlo k mnoha modifikacím a konstrukčním inovacím, tzn. současné přístroje jsou menší, přenosnější a odolné (Kaye, 2017). S významným objevem v inovaci stávajících elektrolaryngů přišel japonský inženýr Takeuchi Masaki, který vyvinul **Syrinx**, hlasovou schránku nositelnou

na krku bez použití ruky. K tvorbě zvuku využívá umělou inteligenci (lineární prediktivní kódování) pro zpracování zvukového signálu a rovněž využívá původní nahrávky hlasu.

Cox (2020) sledoval významné rozdíly ve srozumitelnosti řeči podle podmínek poslechu (v tichém prostředí bylo správně identifikováno o 17,9 % více klíčových slov, než při mluvení více osob). Pacienti udávají zvýšené úsilí v oblasti rtů a jazyka a únavu spojenou s mluvením (Searl, 2018).

Robotická kvalita řeči je zřejmá v případě, kdy jsou přítomny **akustické nedostatky**, např. zploštělé základní frekvence hlasu. Zvuk produkující elektrolarynx není filtrován vokálním traktem, a proto je posluchači vnímán rušivě. Ke snížení šumu a rušivého hluku slouží **filtrační systémy a techniky redukce šumu** (Wang, 2016). Existují různé způsoby nastavení základní frekvence elektrolaryngu, a to ručním nastavením na přístroji. Neustále zlepšování akustických vlastností přístroje přináší uživatelům kvalitnější zpracování náhradního hlasu (poskytnutí jazykových vodítek určující pohlaví a věk mluvčího atp.) (Watson, 2008).



Obrázek 8 - Elektrolarynx – boční pohled

(Převzato z: Inhealth.com. In: Total laryngectomy and voice restoration [online]. [cit. 2021-12-01].

Dostupné z: https://inhealth.com/media/documents/pdf/Total_Laryngectomy_Brochure.pdf)

Podrobným postupem nácvičku tohoto náhradního hlasového mechanismus se zabývá v rozsáhlé monografii Stemple (2020).



Obrázek 9 - Elektrolarynx

(Převzato z: Atosmedical.com. In: Provox® TruTone® EMOTE® [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.atosmedical.com/product/trutone-emote/>)

Výhody elektrolaryngu

Výhodou elektrolaryngu je jednoduché použití a schopnost se v relativně krátkém čase dorozumět s okolím. Údržba přístroje je minimální a udávaná životnost se pohybuje mezi dvěma až deseti lety (Gilániová, 2009). Přístroj je předepisován většině pacientů po totální laryngektomii a představuje tak rezervní možnost komunikace v případě, kdy ostatní náhradní hlasové mechanismy nelze využít (Dršata, 2008; Motta, 2001).

Nevýhody elektrolaryngu

Největší nevýhodou se jeví **strojový charakter hlasu**, který je okolím vnímán monotónně, nepříjemně, nebo uměle (Kaye, 2017; Gál, 2016). Pacient zároveň musí mít horní končetinu trvale připravenou k použití elektrolaryngu. U některých pacientů mohou být komplikací poradiační zjizvení a následné obtížnější vyhledání vhodného místa (Mišun, 2010). Sluis (2018) popisuje v systematickém přehledu horší srozumitelnost a kvalitu náhradního hlasu v porovnání s hlasovou protézou. Snížená srozumitelnost je nejvýraznější u neznělých souhlásek, protože elektrolarynx dodává nepřetržitý mechanický zdroj zvuku (Kaye, 2017). Akumulátor elektrolaryngu je také nutné nabíjet.

1.5.3 Hlasová protéza

„Hlasotvorba pomocí tracheozofageálního (T-E) shuntu (novopíštěl-neofistula) využívá, podobně jako ruktus, vibrace ezofagohypofaryngeálního přechodu. Na rozdíl

od jícnového hlasu však pacient využívá (podobně jako při přirozené mluvě) tlaku a proudu vzduchu z plic k vytvoření fonace“ (Šebová, 2011). Shunt funguje jako ventil, který se otevře při výdechu, a naopak při vdechu a polykání se uzavře. Z důvodu častých pooperačních komplikací (např. aspirace potravy a slin apod.) se začalo s **použitím jednocestného ventilu**, který se vkládá do TE píštěle⁶⁷. Slavíček (2004) upozorňuje na nesprávné terminologické označení „hlasová protéza“. Zvuk totiž není tvořen vlastní hlasovou protézou, ale vzduchem proudícím z plic skrze PE segment při uzavřeném tracheostomatu. Hlas takto vzniklý je kvalitní, individuálně zabarvený a silný (Vydrová, 2017; Wei, 2011). V odborné zahraniční literatuře se lze nejčastěji setkat s terminologií **TEP (tracheozofageální punkce)⁶⁸ a hlasová protéza**. Pro účely této práce bude hovořeno o hlasové protéze.

Hlasová protéza je jednocestný ventil válcového tvaru vyrobený z lékařského silikonu a neumožňuje zpětný tok slin nebo tekutin do průdušnice (Stemple, 2020)⁶⁹. Stomii lze uzavřít buď ručně pomocí palce, nebo tracheostomickou chlopní⁷⁰.

Tyburek (2021) porovnával hlasové schopnosti osob bez nádorového onemocnění hrtanu a jícnový hlas laryngektomovaných pacientů z hlediska fyzikálních vlastností. Motta (2001) srovnával aerodynamické charakteristiky hlasu⁷¹ u náhradních hlasových mechanismů. Výzkumem prokázal statisticky významný rozdíl u pacientů s jícnovým hlasem a hlasovou protézou, a to ve prospěch protézy v subtestu fonační čas, fonační objem a fonační tok, Drugman (2015) zmiňuje schopnost pacientů produkovat znělé zvuky, ale s nižší úrovní periodicity. Navíc se mnohdy ztrácí individuální hlasové charakteristiky mluvčích (převážně žen), a to z důvodu vibrací PE segmentu na nižší základní frekvenci ve srovnání s normálně tvořeným hlasem, nebo spektrální tvarování způsobené vibrací shuntu se může radikálně lišit od tvaru hlasivek.

⁶⁷ Vědci z VUT v Brně rozvíjí **výzkum v oblasti umělých hlasivek**, a to hlasivek pro šepot a hlasivek pro znělý hlas (Gilániová, 2009).

⁶⁸ V zahraničí se začíná prosazovat J-Flap (nový design chlopně a chirurgická technika), který je pro pacienta šetrnější a nevyžaduje výměnu hlasové protézy (Tsao, 2022).

⁶⁹ Nejčastěji užívané protézy ve světě jsou hlasové protézy typu Blom-Singer, Provox (Stemple, 2020; Shekaraiah, 2018), Bivona-Colorado, Herrman, Singh (Šebová, 2011).

⁷⁰ Kolem stomie se umístí přilnavé pouzdro a do pouzdra se vloží ventil. Vyvine-li pacient dostatečný tlak vzduchu v plicích, chlopeň se uzavře, dojde k uzavření stomie a výdechový proud je nasměrován do hlasové protézy (Stemple, 2020). Takto tvořený hlas nevyžaduje zapojení horní končetiny a je pacienty hodnocen pozitivně (Coul, 2005).

⁷¹ Maximální fonační čas, fonační tok, fonační objem, postfonační objem, intenzitu a artikulační tlak (Motta, 2001).

Hlasovou protézu lze zavést během totální laryngektomie, hovoří se o **primární punkci**⁷², nebo 6 týdnů po prodělaném výkonu, jedná se o **sekundární punkci**⁷³ (Robinson, 2017). Případná radioterapie nepředstavuje žádné riziko (Thiagarajan, 2015). V souvislosti s rozvojem hlasových protéz se ve světě hovoří o **zlatém standardu** obnovy hlasu po totální laryngektomii, ve srovnání s ostatními náhradními hlasovými mechanismy je užití hlasové protézy považováno za přirozenější a účinnější (Hancock, 2020; Kapila, 2011; Hotz, 2002), Thiagarajan (2015) uvádí větší popularitu primární punkce, i když se původně jednalo metodu vhodnou pro pacienty, kterým se nepodařilo osvojit jinou techniku náhradních hlasových mechanismů (srov. Slouka, 2016). Sluis (2017) hodnotí hlas tvořený hlasovou protézou jako významně lepší a kvalitnější, rovněž výzkum Dragičević (2019) uvádí větší spokojenost pacientů s hlasovou protézou v porovnání s jícnovým hlasem (srov. Cocuzza, 2020). Drugman (2015) doporučuje k posouzení kvality hlasu škálu *A4S (Automatic Acoustic Assessment of Alaryngeal Speech)*, která hodnotí pět charakteristik hlasu⁷⁴. Belgická studie prokázala, že uživatelé hlasové protézy mají ve srovnání s kontrolní skupinou výsledky u sledovaných modalit horší, s výjimkou rychlosti mluvení. Hlasovou analýzu a hodnocení srozumitelnosti řeči u telefonování hodnotí Tóth (2014). Hotz (2002) uvádí, že kvalitně tvořený hlas pomocí protézy není závislý na věku, pohlaví, lokalizaci a stádium nádoru, ani na radioterapii.

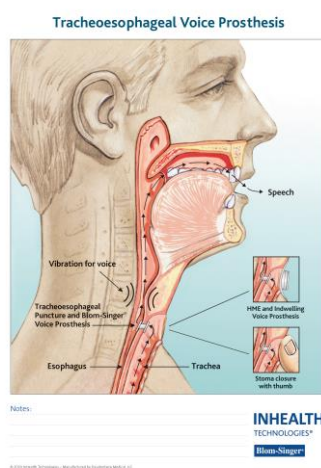
Šebová (2011) uvádí **indikace** k zavedení hlasové protézy. Nutným předpokladem jsou vhodné anatomické poměry, přijatelný otvácí tlak, motivace pacienta a jeho mentální a fyzické schopnosti, Thiagarajan (2015) je navíc doplňuje o požadavky, aby pacient nebyl závislý na alkoholu, byl manuálně zručný, neměl poruchu zraku, zúžení hltanu, stomie by měla přijatelnou hloubku a průměr, pacient by měl mít dobrou plicní rezervu a neporušenou stěnu jícnu. **Kontraindikací** jsou nepřiměřené anatomické poměry, špatné hojení v místě píštěle (Šebová, 2011), neadekvátní psychologická příprava, pochybnosti pacienta o hlasové protéze, předpokládané komplikace během radioterapie a oslabená zručnost ruky (Thiagarajan, 2015). Percepčním hodnocením kvality hlasu s hlasovou protézou a zkoumáním vztahu mezi chirurgickým výkonem a následnou hlasovou terapií se věnuje Hurren (2018). Vytvořili hodnotící škálu *SToPS (Sunderland Tracheoesophageal Perceptual Scale)*, kterou mohou

⁷² Primární umístění hlasové protézy doporučuje z důvodu včasnějšího zahájení rehabilitace, zkrácení doby hospitalizace a s ním spojenou ekonomickou úsporou Robinson (2017). Primární punkce je častá například ve Francii (Apert, 2022).

⁷³ Lukinović (2012) doporučuje zahájení hlasové rehabilitace 1–3 dny po sekundární punkci.

⁷⁴ Fonaci pacienta pak lze znázornit jako pětiúhelník pomocí radarového grafu, který zobrazuje silné a slabé stránky hlasu.

použít logopedi a hlasoví terapeuti, anebo otorinolaryngologové. Autoři doporučují škály ke klinickému použití, ale k hodnocení hlasu upřednostňují logopedy a hlasové terapeuty. The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) uveřejnila doporučení pro hodnocení a léčbu tracheoesofageální píštěle/punkce⁷⁵.



Obrázek 10 - Hlasová protéza – boční pohled

(Převzato z: Inhealth.com. In: Total laryngectomy and voice restoration [online]. [cit. 2022-03-26].

Dostupné z: https://inhealth.com/media/documents/pdf/Total_Laryngectomy_Brochure.pdf

Výhody hlasové protézy

Velkou výhodou hlasové protézy (Iype, 2019) je brzká schopnost mluvit (cca 10 dní po operaci v případě primární punkce, a 2–3 dny v případě sekundární punkce). Vydrová (2017) doporučuje zácvik hlasového terapeuta, který pacienta naučí koordinovat uzavření stomatu, a pomocí dechových, rezonančních a artikulačních dovedností tak zlepšit kvalitu zvuku hlasu. Robins (1984) uvádí úspěšnost hlasové rehabilitace až 90 %, Mäkitie (2003) uvádí úspěšnost 78 %, Slouka (2016) uvádí schopnost mluvit plynulou řečí u více než 80 % pacientů. Galli (2019) sledovali kvalitu života a spokojenost s hlasovou protézou 12 let po výkonu a položky spokojenosti se statisticky významně nezměnily⁷⁶.

⁷⁵ <https://www.asha.org/policy/ks2004-00070/> [cit. 2022-10-12].

⁷⁶ Autor zároveň doporučuje centralizovanou síť pracovišť, ve kterých lze hlasové protézy v průběhu času sledovat.

Nevýhody hlasové protézy

Nevýhodou hlasové protézy je nutnost častého čištění, blokování ruky při fonaci, závislost pacienta na lékaři a komplikace spojené s jejím zavedením⁷⁷ i ekonomická náročnost (Vydrová, 2017; Thiagarajan, 2015; Skládalová, 2012; Šebová, 2011). Dále je nutná výměna protézy, dle výzkumu Apert (2022) je výměna nutná přibližně jednou za čtyři měsíce. Pozdní komplikace po zavedení hlasové protézy u 16 % pacientů uvádí výzkum Bozec (2010).

1.5.4 Řečová syntéza

Nejnovější variantu náhradních hlasových mechanismů přinesl rozvoj nových technologií. Takto tvořená řeč je nazývána jako **řečová syntéza, text-to-speech (TTS) nebo voice banking**. Principem syntézy řeči je automatický převod textu psaného na mluvenou řeč. Lze jej využít nejen u pacientů po totální laryngektomii a čtení obrazovky počítače nevidomých osob, ale také v komerční oblasti (při tvorbě audioknih, nebo v informačních a dialogových systémech apod.). Cave (2021) uvádí další využití řečové syntézy u pacientů s neurologickými onemocněními nazývanými MND (motor neurone disease), Mills (2014) ji uvádí jako další variantu alternativní a augmentativní komunikace. Harvey (2015) využívá řečovou syntézu u dospělých pacientů po traumatickém mozkovém poranění, Brown (2020) a Hux (2017) sledují využití u pacientů s afázií. Využitím řečové syntézy u slovní audiometrie se zabývají Nuesse (2019), kombinováním hudby a syntetické řeči a sledováním paralingvistických řečových charakteristik se věnoval Barker (2013) a využitím ve farmakologii se zabývala studie Wolters (2015).

Tato metoda není v českých zemích neznámá, vědci se podílí na vývoji syntézy řeči již od 50. let 20. století (Vích, 1996). Nutná je rovněž multidisciplinární spolupráce s různými obory (fyzika, akustika, psychologie, lingvistika, fonetika, informatika aj.).

Syntéza může být **personalizovaná** (nahraná samotným pacientem před totální laryngektomií), nebo využívá hlasy **komerční**. Pokud se pacient dozví o závažné diagnóze a operativním odstranění hrtanu, je mu zároveň i nabídnuta možnost nahrát si svůj vlastní hlas. Tuto možnost ale zatím nevyužívá mnoho pacientů. Potvrzuje to i Řepová (2020), jejíž klinické pracoviště FN Praha Motol a Západočeská univerzita v Plzni vyvíjí možnosti použití řečové

⁷⁷ Granulace, aspirace, zánět, nedostatečný tlak PE segmentu, nefunkčnost protézy apod. (Vydrová, 2017; Thiagarajan, 2015; Šebová, 2011).

syntézy a sleduje kvalitu života pacientů po totální laryngektomii. Ze 30 pacientů, kteří splňovali výzkumná kritéria nahrávání definovaných vět pouze 18 pacientů nahrávání dokončilo, následné využití řečové syntézy se u pacientů postupně snižovalo a pouze 6 pacientů aktivně syntetizovanou řeč užívá⁷⁸.

Syntetický hlas je vytvořen z daného množství **nahranych vět**, které řečník čte podle předlohy, proto je výsledný syntetický hlas podobný původnímu hlasu řečníka. Protože se jedná o syntézu vlastního hlasu, do zvukové podoby tak lze následně převést jakýkoli text. Důležitým předpokladem je ovládání elektronických zařízení (mobilního telefonu, tabletu, počítače, nebo notebooku) a nainstalované aplikace. Uživatel do dané aplikace napíše text, který chce sdělit a následně jej elektronické zařízení přečte syntetizovaným hlasem. Vlastní nahrávání hlasu probíhá **v odhlučněné místnosti**, ale snahou je možnost nahrávat hlas v domácím prostředí. Pacient čte postupně **věty podle předlohy** a ty jsou nahrávány. Nahrávané věty jsou důsledně vybrány, jelikož obsahují v různých kontextech všechny české hlásky a jejich spojení. Samotné nahrávání trvá **několik hodin** a u neškoleného hlasu a hlasu zatíženého nádorovým onemocněním je potřeba nahrávání rozložit do několika dnů. Minimální počet nahrávek je 300 vět, pro kvalitnější výsledek je doporučována nahrávka asi **1000 vět**, k dispozici je však 12 000 vět. Poté jsou věty kontrolovány výzkumníky, cílem však je plně automatizované zpracování hlasu. Jakmile jsou věty zkontrolovány, dochází k samotnému převodu vět na syntetizovanou řeč. Následně si pacient stáhne do mobilu speciální aplikaci a pomocí hesla se dostane k vlastní nahrávce. Pak již může nahraný hlas používat.

Syntetizovaná řeč může být využívána nejen u osob po totální laryngektomii, ale také **u jiných druhů postižení**. Stern (2014) výzkumem potvrdil, že syntetizovaná řeč není posluchači vnímána negativně a zároveň ji hodnotí příznivěji, než když osoby s postižením hovořily vlastním hlasem. Zkoumáním emočních parametrů umělých hlasových a řečových technologií se zabývají Pauletto (2013). Rozpoznáním tiché řeči u pacientů po totální laryngektomii se zabývá studie povrchové aktivity řečového svalstva pomocí povrchové elektromyografie. Pomocí osmi senzorů na obličeji a krku byla zaznamenávána aktivita svalů během čtení vytvořených frází z 2500 anglických slov, následně byly tyto fráze počítačově hodnoceny z hlediska rozpoznání (Meltzner, 2017). Analýzou a hodnocením syntetické řeči se zjistilo, že ženy vnímají syntetizované hlasy pozitivněji než muži (Kühne, 2020).

⁷⁸ Na klinickém pracovišti autorky práce tuto možnost zatím nevyužil žádný pacient.

Elektronické tvoření hlasu představuje do budoucna široké využití, a to nejen v oblasti komerční, ale také v oblasti medicínské.

Dílčí část rigorózní práce byla součástí projektu:

- *Automatická konzervace hlasu se zaměřením na pacienty po totální laryngektomii* (reg. č.: TH 02010307)

Výhody řečové syntézy

Velkou výhodou řečové syntézy je brzké využití již bezprostředně po operaci. Počítačem generovaný hlas je přirozený, protože je namluven samotným pacientem, případně jinou blízkou osobou. Tvorba tohoto náhradního hlasového mechanismu nevyžaduje další foniatrickou, nebo logopedickou péči.

Nevýhody řečové syntézy

Pokud chce pacient využívat řečovou syntézu, předpokládá se, že vlastní mobilní telefon, tablet, nebo počítač. V současnosti stále probíhá pilotní projekt, při kterém je tvorba nahrávky a vygenerování hlasu bezplatné. Do budoucna se však uvažuje o zpoplatnění této služby. Nevýhodou je tedy finanční zátěž a nutnost údržby pomůcek. Pacient je navíc na těchto pomůčkách závislý a předpokládá se určitá zručnost (tvorba vět je přímo úměrná schopnosti, jak rychle je pacient schopen napsat sdělení). Nevýhodou může být také samotná nahrávka hlasu, které předchází sdělení závažné onkologické diagnózy a několik dnů trvající příprava na tento výkon. V tomto náročném období se navíc projevuje zvýšená hlasová únava a doprovodné symptomy nádoru hrtanu.

Srovnání náhradních hlasových mechanismů je uvedeno v tabulce (Tab. 1).

	Jícnový hlas	Elektrolarynx	Hlasová protéza	Řečová syntéza
Nutný operační zákrok			✓	
Použití NHM ihned po TLE				✓
Pravidelné kontroly pomůcky na ORL			✓	
Nácvik NHM delší než 1 týden	✓			
Relativní přirozenost hlasu			✓	✓
Finanční zátěž		✓	✓	✓
Závislost na pomůcce		✓	✓	✓
Dlouhodobá logopedická (foniatrická) péče	✓			
Manuální zručnost		✓	✓	✓
Údržba pomůcky		✓	✓	✓
Psychický blok	✓	✓		

Tabulka 1 - Srovnání náhradních hlasových mechanismů (autorka)

Legenda k tabulce:

NHM – náhradní hlasový mechanismus

ORL – otorinolaryngologie

TLE – totální laryngektomie

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

V úvodu práce, po provedení literární rešerše a studiu odborné literatury, byl vymezen výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumná otázka.

Výzkumný problém

Důležitým východiskem pro realizaci výzkumu byla absence tuzemských výzkumných studií a relevantních závěrů, které by popisovaly zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii. U pacientů s onkologickým onemocněním, kteří odstraněním hrtanu přicházejí o svůj hlas, dochází ke značným omezením, limitacím, příležitostem a výzvám v osobní, pracovní i psychosociální rovině života. Na základě těchto skutečností je výzkumný problém formulován takto: **Pacienti se ztrátou hlasu po totální laryngektomii se potýkají se širokou škálou obtíží, a to nejen ve fyzické, ale také v psychosociální rovině a disponují tak nově vzniklými potřebami a osobními zkušenostmi.**

Hlavní cíl výzkumu

Zjistit a popsat zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii v kontextu logopedické terapie a rehabilitace hlasu, a tím přinést do teoreticko-praktické roviny oboru logopedie nové poznatky.

Díličními cíli výzkumu jsou:

- *na základě zjištěných poznatků vytvořit návrh modelu komplexní péče a mezioborové spolupráce uplatnitelný u osob po totální laryngektomii*
- *navrhnout doporučení pro praxi určené klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii.*

Výzkumná otázka k hlavnímu cíli práce:

Jak pacienti po totální laryngektomii popisují zkušenosti se ztrátou hlasu?

3 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Pro realizaci výzkumu byl zvolen **kvalitativní přístup**, který vychází z fenomenologie, zdůrazňuje subjektivní hledisko jednání lidí a připouští tak existenci více skutečností (Chráska, 2016). „Kvalitativní přístup využívá principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky“ (Miovský, 2005, s. 24).

Hlavní koncepcí výzkumu je **deskriptivně-explanatorní** pojetí případové studie (Chrastina, 2019). Důvodem volby kvalitativního přístupu bylo nedostatečné zpracování dané problematiky a minimum dohledaných vědeckých prací zabývajících se zkušeností pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii. Užití kvalitativního přístupu je doporučováno u nedostatečně popsané problematiky týkající se citlivých témat, a to z pohledu osob s danou sociální zkušeností (Padget, 2008). Zachycení **životní zkušenosti**, její prožívání a jednání konkrétní osoby, je cílem výzkumníka kvalitativního přístupu (Creswell, 2004). Prožívání daného jevu určitým jedincem a získávání dat intimního rázu dělá z kvalitativního výzkumu **náročnou výzkumnou akci** (Chrastina, 2013), roli zde hraje také tzv. teoretická citlivost výzkumníka⁷⁹ (Mišovič, 2019). Švaříček, Šed'ová a kol. (2007, s. 7) definují kvalitativní přístup jako: „Proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“.

3.1 Design kvalitativního výzkumu

Hlavním designem kvalitativního výzkumu rigorózní práce je design případové studie. „Designování výzkumu, tzn. aplikování metody případové studie do výzkumné práce, představuje precizní přípravu prostředků, s jejichž pomocí mohou být dosaženy cíle výzkumu“ (Chrastina, 2019, s. 126). Kvalitativní výzkum klade vysoké nároky na přesnost a podrobné zpracování dat, kterých je velké množství a je vhodné pro jeden, či několik málo případů (Žiaková a kol., 2009). Případová studie je typická pro pedagogické, psychologické,

⁷⁹ Jedná se o schopnost uvědomit si rozdíly v získaných datech, přiřadit datům význam a odlišit informace podstatné od nepodstatných (Mišovič, 2019).

či medicínské obory (Miovský, 2006), podstatou však je holistický popis sledovaného jevu (Hendl, 2017).

V kvalitativním výzkumu se rovněž odlišuje **tzv. emic⁸⁰ a etic⁸¹ perspektiva**. Yin (2003) uvádí, že případová studie zkoumá případ s pomocí otázek „jak?“ nebo „proč“, rovněž je nezbytná ohraničenost kontextem a studovaným fenoménem.

V porovnání s kvantitativním šetřením, které vychází ze sběru dat od velkého počtu účastníků výzkumu, se případová studie zbývá zkoumáním velkého množství dat od malého množství účastníků (Miovský, 2006). Žiaková a kol. (2009) zmiňuje také heuristický náboj případové studie a tvorbu teorií nových.

3.2 Metodologický rámec vlastního výzkumu

Základní metodou kvalitativního přístupu je vícepřípadová studie⁸² a využívá specifické techniky sběru dat. Níže popsané techniky jsou realizací metod sběru dat – **metody životní historie** („life history“), **metody případové studie**:

1. životní křivka s popisem životního příběhu;
2. Cantrilův žebřík („The Cantril’s Ladder“);
3. polostrukturovaný rozhovor (průběžná technika sběru dat);
4. analýza zdravotnické dokumentace;
5. technika nedokončených vět.

Stanovená kombinace postupů sběru dat v aplikaci do vícepřípadové studie – podle rešeršních aktivit v dostupných databázích – nebyla dosud v oblasti českého logopedického výzkumu užitá. Lze ji tedy považovat za specifickou a ojedinělou. Níže podrobněji popsaná metodologie kvalitativního výzkumu je rovněž ojedinělá v zahraničních zdrojích. Podle dohledaných zahraničních výzkumů se nejčastěji jednalo o strukturované klinické rozhovory,

⁸⁰ Emic perspektiva využívá k zachycení sledovaného jevu pohled samotného jedince (Gall a Borg, 2003).

⁸¹ Etic perspektiva je konstruována pohledem výzkumníka (Given, 2008).

⁸² Vícepřípadová studie je značně flexibilní metodou kvalitativní výzkumné strategie, která umožňuje vytvářet návrhy na revidování již existujících teorií a zároveň může k analýze dat využívat všech dostupných postupů (Chrastina, 2019).

např. Longobardi (2021), Sluis (2020), Keszte (2013), a deskriptivní obsahovou analýzu dat (Noonan, 2010), nebo o metodu zakotvené teorie (Bickford, 2018).

Validita dat byla průběžně ověřena konceptem **metodologické triangulace**⁸³. Metodologická triangulace (metodologický pluralismus) zkoumá stejný jev, avšak různými metodami, postupy a přístupy. Výsledky získané různými metodami jsou většinou vzájemně srovnávány (Chrastina, 2019).

3.3 Etické aspekty výzkumu (anonymizace dat, zatajení cílů a okolností výzkumu, osobní přístup)

Před zahájením samotného výzkumu byly oboustranně podepsány **Informované souhlasy** (Příloha 5), které jsou bezpečně uschovány u autorky rigorózní práce. Veškerá získaná data zároveň splňují prvek **anonymizace dat a diskrétnosti**. Vlastní výzkum byl založen na dobrovolnosti účastníků výzkumného šetření, zároveň také na možnosti z výzkumu bez udání důvodu vystoupit. Kvalitativní výzkum je rovněž vázán na **charakter výzkumníka**. V tomto případě lze konstatovat, že charakter výzkumníka byl formován:

- a. *studiem* (absolvováním Střední zdravotnické školy – obor Všeobecná sestra; Mgr. vzděláním ve studijním programu Logopedie; specializačním vzděláním v oboru Klinická logopedie);
- b. *pracovní zkušeností* (logopedka v Lázních Darkov, klinická logopedka na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ve FN Ostrava, v současnosti klinická logopedka na Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Nemocnici Havířov, individuální terapie u pacientů po totální laryngektomii a vedení podpůrné skupiny);
- c. *vědecko-výzkumnými aktivitami* (participace na vývoji řečové syntézy).

Technika sloužící k ochraně personálních údajů při výzkumu se nazývá **anonymizace dat** (Punch, 2008). Skutečná jména účastníků kvalitativního výzkumu byla nahrazena pseudonymy. Účastník výzkumu byl označen jménem jiným, avšak s totožným iniciálním písmenem, jako je skutečné jméno (např. „Helena“ je pseudonymním označením pro skutečné

⁸³ Z hlediska typologie triangulací existují dále datová, teoretická triangulace, triangulace výzkumníků a další (Chrastina, 2019).

jméno účastnice, jejíž jméno začíná písmenem „H“). Etická stránka výzkumu, tedy nemožnost odhalení identity účastníka výzkumu, je touto anonymizací splněna.

Dále došlo k **záměrnému zatažení konkretizování cílů výzkumného šetření**, a to z důvodu možného ovlivnění výpovědí účastníků výzkumu. Účastníci výzkumného šetření také nebyli předem informováni o ostatních členech ani o záměru výzkumu.

Osobní přístup vychází ze vzájemných interakcí mezi tazatelem a účastníky výzkumu. Účastníci výzkumu byli s výzkumníkem v úzkém kontaktu po řadu měsíců v rámci logopedické terapie. Jeden účastník byl v kontaktu s výzkumníkem dokonce již několik dnů po operaci v rámci hospitalizace. Empatický přístup k účastníkům, navození pocitu důvěry a příjemné atmosféry během výzkumu vedlo k přirozenému vedení výzkumu. Pro výzkumné šetření byla zvolena stejná pracovna, jako v případě individuální a skupinové terapie, byla tedy účastníkům dobře známá. Aby nedocházelo k rušivým vjemům během výzkumu, byly veškeré elektronické a mobilní aparáty v tichém režimu.

3.4 Designování výzkumné studie

Výzkumný design byl tvořen **(auto)biograficko-narativním přístupem** v podobě **vícepřípadové⁸⁴ studie**. Vymezením (auto)biografického přístupu, případové studii, triangulaci a popisu dílčích technik využitých pro sběr dat kvalitativního výzkumu se budou v práci zabývat následující kapitoly.

3.5 (Auto)biograficko-narativní přístup

Bolívar (2001) uvádí, že biografickým přístupem je myšleno komplexní zachycení zkoumaného jevu, který však nelze předvídat. „Snahou je zachycení určitého vývoje, intenzity, vývoje v čase, míry prožitku apod.; přístup využívá fakt, že každý z nás si vytváří určité, pro nás zcela konkrétní a jedinečné interpretace prožitých událostí“ (Chrastina, 2019, s.118). Biografický přístup využívá vzpomínek jedince a vychází z životního příběhu. Sleduje se úroveň **horizontální** (obsahující konkrétní oblasti) a **vertikální** (obsahující dynamiku, rozsah

⁸⁴ V tuzemské literatuře častěji označovaná jako mnohopřípadová studie (Dvořák a kol., 2010).

a vývoj příběhu apod.) (tamtéž). Zkoumání je řazeno podle témat, která se zaměřují na kritické momenty života jedince (Hendl, 2005).

Auto(biograficko)-narativní přístup, jenž byl pro výzkum vybrán, vychází z **biografie** (popisu a interpretace jinou osobou) a **konstrukce případů studie**. Jedná se tedy o dynamický proces mezi výzkumníkem a konkrétním případem a jejich vzájemnou interakcí. Zkoumáním životního příběhu se zabývá **narativní biografie** (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Praktická část práce je navíc doplněna dalšími informacemi, komentáři a doplňujícími otázkami, hovoříme tedy o **biografii komentované**⁸⁵.

3.6 Výzkumný design případové studie a volba případů

Gerring (2007) uvádí, že případová studie vychází z **jedinečnosti případů** a jejího intenzivního studia. Výzkumník odebírá data od několika účastníků výzkumu, avšak velmi detailně, na rozdíl od výzkumu kvantitativního. Přístup hledající odpovědi na konkrétní výzkumné otázky a důkazy specifikuje Gillham (2000), Punch (2008) zmiňuje u případové studie výhodu v možnosti srovnávání.

Případová studie se zaměřuje na současné případy, a to v současném pojetí, přičemž výzkumník očekává odhalení nových a neobvyklých interpretací a interakcí (Stake, 1995). Chrastina (2019, s. 57) navíc specifikuje, že na: „studovanou osobu bývá nahlíženo podrobně, avšak kriticky (směrem k současným poznatkům a teoriím), ideálně z různých pohledů (perspektiv). V oblasti výzkumů v lékařských a dalších vědách jde např. o nemocného či klienta se vzácným onemocněním, atypickým průběhem terapie apod.“

Kazdin (2003) definuje **čtyři přínosy** případové studie pro vědu:

1. zdroj nápadů a myšlenek a důvod pro konstruování hypotéz;
2. rozvoj terapeutických technik, postupů a intervencí;
3. studium vzácných a sociálně hůře dostupných jevů;
4. zachycení případů, které vyvracejí všeobecně uznávané teorie.

Výzkum byl zaměřen na tři účastníky, byl tudíž využit design vícepřípadové studie. Údaje získané studií pak lze dále dle definovaných kritérií vzájemně **porovnávat**. Ke shrnutí

⁸⁵ Základní přístupy k biografii definuje Denzin (1989), který uvádí tři základní přístupy, a to biografii **úplnou, epizodickou a komentovanou**.

výsledků všech zúčastněných se zpracovává **zpráva vícepřípadové studie** (Hendl, 2005). Výhodami vícepřípadové studie jsou **detailní popisy a reálnější interpretace**, v porovnání s jinými kvalitativními a kvantitativními metodami (Taylor a Wallace, 2007), **zapamatovatelnost případů** (Chrastina, 2019), **flexibilita** (Thomas, 2011), nebo vyvozování **nových hypotetických předpokladů** (George a Bennett, 2005). Vícepřípadová studie využívá nenáhodného výběru jednotlivých případů s ohledem na záměr konkrétního výzkumu. Základním předpokladem vícepřípadové studie je **volba prvního účastníka studie**. Tato osoba je – podle kvalifikovaného odhadu výzkumníka – tzv. reprezentativním (typickým) případem, přičemž výběr dalších osob slouží k doplnění (rozšíření) výsledků prvního šetření. Analýza prvního případu slouží k tvorbě návrhu nové teorie, předpokladů, vztahů apod., všechny další případy jsou označovány jako tzv. verifikační skupina, tvořena verifikačními případy (Yin, 2003).

Prvním případem této práce je Helena, další případy (Bořivoj, Jan) jsou považovány za tzv. verifikační případy.

3.7 Triangulace vlastního kvalitativního výzkumu

Triangulace je považována za koncept, při kterém dochází k ověření poznatků pomocí (nejčastěji) více procedur sběru dat (Chrastina, 2019; Hendl, 2005), zároveň jím v kvalitativních výzkumech podporujeme koncept validity (Yin, 2009) a zaručujeme diverzitu pohledů (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Ritchie a Lewis (2013) zmiňují použití rozličných metod, zdrojů dat i strategií během triangulace. Chrastina (2019, s. 254–255) vymezuje hlavní typy triangulace v přehledné tabulce. Zde se triangulace dělí na **datovou, triangulaci výzkumníků, metodologickou a teoretickou triangulaci**. Silverman (2005) doporučuje dodržet bez ohledu na výběr typu triangulace tyto podmínky:

- techniky sběru dat by měly být vybrány s ohledem na danou strukturu;
- vycházet z teoretické perspektivy.

Výhody i nevýhody triangulace zmiňuje Reichel (2009), který vyzdvihuje možnost kombinování perspektiv různých osob a maximální výtěžnost zkoumané problematiky. Mezi nevýhody uvádí zeširoka interpretovanou výzkumnou otázku, kterou lze ověřovat mnoha metodami, dále pak požadavky kladené na samotného výzkumníka.

Chrastina (2019, s. 260) uvádí, že: „při využití metodologické triangulace by měl mít výzkumník vždy na paměti možnost překrytí dvěma a více metodami nebo pokrytí dvěma a více zdroji dat, která zpravidla nejsou vzájemně kompatibilní – samostatně neumožní zachytit povahu zkoumaného jevu nebo dat a saturovat výzkumné otázky.“

3.8 Životní křivka a životní příběh a jejich užití ve vlastním výzkumu

Životní křivku lze chápat jako grafické vyjádření autobiografické paměti v životním kontextu (Vlčková, 2005). Životní příběh popisuje Švaříček (2007, s. 156) jako „esenci toho nejdůležitějšího, co se jedinci přihodilo, neboť popisuje děje, zkušenosti a pocity.“ Dále zmiňuje podobnost s autobiografií a zaměření na události podstatné pro jednoho, nebo více osob. Atkinson (1998, s. 8, in Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 156) uvádí, že „životní příběh je takový příběh, který si jedinec volí k vyprávění o prožitém životě, který je vyprávěn úplně a otevřeně do té míry, jak dovoluje paměť a jedincovo přání ohledně toho, co by o něm měli znát druzí, a který je obvykle výsledkem rozhovoru vedeného druhým člověkem.“ Mnohdy bývá spojován s tzv. **historií života (life histories)** (Hendl, 2017). Někteří autoři považují za totožný pojem tzv. **orální historie (oral histories)**, ta je však na rozdíl od životního příběhu zaměřena především na předem vymezená témata, nikoliv na jedince samotného (tamtéž). Zachycení životní křivky může být zaznamenáno buď do předem připraveného schématu, anebo na čistý papír (Miovský, 2006).

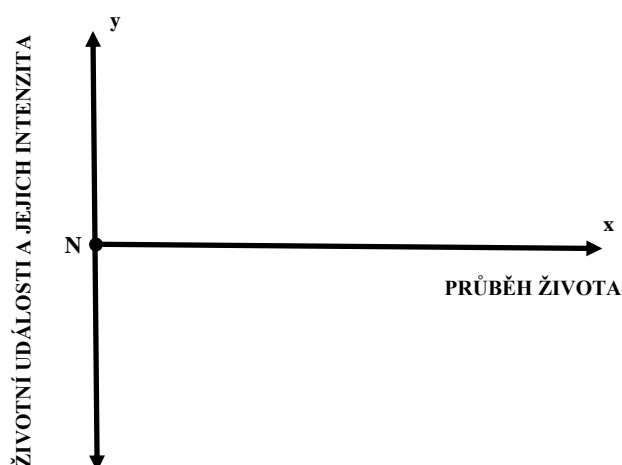
Prvně byla technika čáry života užita v disertační práci Tyla (1985), poté byla úspěšně užita v mnoha dalších pracích, např. Čermáka (2004), Hunalové (2007), Chrastiny (2013), Vencové (2019), nebo Bednárové (2022). V našem výzkumu není tato technika využívána a hodnocena projektivním způsobem, tzn. nehodnotí se např. opravování linie, třes, nebo tlak na pero.

Účastník výzkumu má vymežit nejvýznamnější události (mezníky), které souvisí s totální laryngektomií a jejími dopady na jeho život. Mezníky si určuje a označuje samotný jedinec. V průběhu výzkumu je tato informace opakovaně výzkumníkem sdělována. Vymezené události jsou pak dále srovnávány s časovou křivkou, popisovány a účastník o těchto bodech vypráví. Schéma pro zachycení životní křivky vychází z práce Chrastiny (2013). Obsahuje **svislou osu (y)**, která značí životní události a jejich intenzitu, a **osu vodorovnou (x)**, ta značí průběh v čase. Dále je zde označen **bod „N“**, kterým je označeno narození. Vodorovná osa není

nikterak členěna, stejně tak není vymezen ani kladný a záporný rozměr, aby nebyl účastník výzkumu ovlivňován. Účastník je nejprve instruován:

„Pokuste se prosím do záznamového schématu vyznačit křivkou Váš život. Bod „N“ znamená Vaše narození, vodorovná osa znamená průběh v čase, svislá osa sílu Vašich prožitků“.

Účastníci si mohou vybrat, zda budou údaje vepisovat pomocí obyčejné tužky, nebo pera. Všichni účastníci výzkumu si vybrali pero. První účastnice Helena zachytila svůj dosavadní život na čtyřech arších, další účastníci Bořivoj a Jan využili archy dva. Zachycení životní křivky účastníka znázorňuje Obr. 11. Plné rozlišení nákresu je součástí příloh (Příloha 30). *Poté měl účastník/účastnice popsat, co životní křivka značí, které události považuje za důležité, jak je vnímá, které jsou pozitivní a které negativní apod.* Helena i Bořivoj však nebyli schopni podle instrukcí křivku vyznačit. Přistoupilo se tedy k modifikaci metody, účastníci vyznačili část životní křivky a tu také hned označili heslem, číslem, nebo jiným popisem. Opakovaně bylo také účastníkům zdůrazňováno, že by se mělo jednat pouze o události, které se týkají totální laryngektomie a jejich dopadů. Bořivoj byl schopen vepsat pořadové číslo a danou událost, ale Helena ani po opakovaných výzvách nedopsala pořadové číslo, ale datum nebo rok události. Údaje z životní křivky byly pak dále zpracovány metodou Cantrilova žebříku.



Obrázek 11 - Schéma pro zachycení životní křivky účastníka

3.9 Metoda Cantrilova žebříku (The Cantril's Ladder)

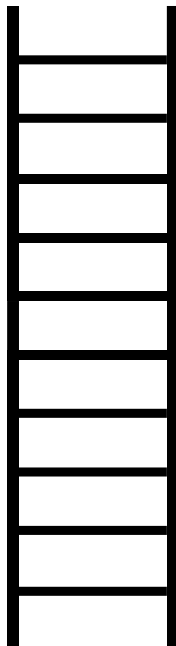
Metoda Cantrilova žebříku (Cantril Ladder nebo také Cantril's Ladder of Life Scale) vychází z hodnocení vlastního života pomocí nákrešů žebříků s hodnotami 0–10. Dotazovaná osoba má na nákresech žebříků vyznačit spokojenost se svým životem v konkrétním čase (Mareš, 2013). Životní spokojenost a hodnocení kvality života bývá v zahraniční literatuře spojována právě s touto metodou. Chráska (2007) uvádí, že se jedná o svislý typ škálové stupnice. Vyznačení bodu (křížku) označuje závažnost události a je nazýván jako tzv. Cantril's Ladder Score (Křivohlavý, 2002). Nižší příčky znamenají nižší intenzitu vyznačené události, vyšší příčky intenzitu vyšší (Přikrylová, 2021). Chrastina (2013) poprvé ve své práci použil modifikaci Cantrilova žebříku, a to tím, že do nákresu vložil navíc okénko pro pořadové číslo a okénko pro název konkrétní události, čímž metoda získává větší přehlednost a je lépe zpracovatelná. Tato modifikace je použita také v této rigorózní práci (Obr. 12) a v plném rozlišení jako příloha práce (Příloha 29).

Na žebřících má dotazovaná osoba vyznačit dva body (**tzv. Ladder Scores**), a to **tzv. Ladder Present Point a Ladder Future Point**, přičemž oba body mají rozdílnou barvu. Aktuální hodnocení konkrétního problému účastník vyznačí zeleným fixem, v horizontu pěti let je stejný problém vyznačen červeným fixem. Každý žebřík má tedy z důvodu administrace dvojí označení jedné události (Chrastina, 2013).

V tuzemské literatuře je metoda Cantrilova žebříku zpracována např. Chrastinou (tamtéž), který tuto metodu využil o osob s chronickým onemocněním, nebo Přikrylovou (2021), ta se věnovala faktorům překonávání závislosti na návykových látkách. Nejčastěji se však jedná o metodu využívanou v psychologických výzkumech.

Č.

NÁZEV UDÁLOSTI:



Obrázek 12 - Cantrilův žebřík (Cantril's Ladder)

3.10 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný (nebo též polostandardizovaný) rozhovor má částečně připravenou strukturu a obsahuje připravené otázky, které systematicky směřují k identifikaci výzkumných témat, avšak výzkumník reaguje flexibilně na odpovědi dotazovaného a může také improvizovat (Zandlová, 2019). Zároveň se zmenšuje pravděpodobnost, že se budou data z jednotlivých rozhovorů výrazně strukturně odlišovat (Hendl, 2016). Oproti nestrukturovanému rozhovoru vyžaduje náročnější technickou přípravu. Minimum otázek a témat, které je nutné probrat je definováno jako **tzv. jádro interview**. Na jádro se nabaluje množství doplňujících otázek a témat, které se výzkumníkovi jeví jako důležité (Miovský, 2006). Výhodou je také možnost pokládat doplňující otázky, měnit styl, rychlost, a pořadí otázek (Mišovič, 2019).

Zandlová (2019) uvádí výhody a nevýhody polostrukturovaného rozhovoru. **Výhodou** této metody je prostor pro vlastní vyjádření a formulace, stejně tak volnost pro improvizaci a reagování na nová témata, která se během rozhovoru objeví. Formát rozhovoru dále umožňuje flexibilně reagovat a ujasňovat si význam otázek. Za **nevýhodou** považuje vysoké nároky

na výzkumníka a časovou náročnost výzkumu. Použití polostrukturovaných rozhovorů je vhodné u výzkumů s relativně homogenním vzorkem a malým počtem aktérů.

3.11 Zdůvodnění výběru případů

Z hlediska záměru výzkumu byla vymezena **kritéria pro výběr případu** (informanta kvalitativního výzkumu).

- 1) **Pohlaví:** bez rozlišení;
- 2) **Věk:** 18–99 let;
- 3) **Typ onemocnění:** totální laryngektomie;
- 4) **Příčina onemocnění:** onkologické onemocnění hrtanu;
- 5) **Délka doby po operaci (totální laryngektomii):** minim. 6 měsíců až 10 let;
- 6) **Pravidelné kontroly na ORL:** ano;
- 7) **Pravidelná logopedická terapie:** ano;
- 8) **Uživatel náhradních hlasových mechanismů:** ano;
- 9) **Vyjádřený souhlas účastníka výzkumu v podobě stanoviska v informovaném souhlasu** (tzv. pozitivní souhlas);
- 10) **Anonymita účastníka**, jeho výpovědí a získaných dat;
- 11) **Ochota** vyjádřit své zkušenosti, prožitky a postoje s totální laryngektomií;
- 12) Participant nepožaduje za účast ve výzkumu **odměnu, nebo finanční částku.**

První případ tvořila účastnice Helena. Další případy tvořily tzv. **verifikační skupinu**. V následující tabulce (Tab. 2) jsou popsány způsoby získávání jednotlivých případů vícepřípadové studie.

	Zprostředkovatel	Osoba	Kontakt	Poznámka
1.	Pracovní zkušenosti autorky – nemocnice Havířov	Helena ⁸⁶	zaměstnání	rozhovor realizován
2.	Evald – lékař – nemocnice Havířov	Barbora	zaměstnání	nelze realizovat – nesouhlasí
3.	Martin – bývalý spolupracovník z FNO ⁸⁷	Bořivoj	emailová komunikace a následné setkání	rozhovor realizován
4.	Barbora – laryngektomovaná pacientka	Jaromír	emailová komunikace a následné setkání	rozhovor nelze realizovat
5.	Pracovní zkušenosti autorky – nemocnice Havířov	Jan	osobní jednání i emailová komunikace	rozhovor realizován
6.	Pracovní zkušenosti autorky – nemocnice Havířov	Marie	emailová komunikace	nelze realizovat – zhoršení zdravotního stavu
7.	Martin – bývalý spolupracovník z FNO	Petr	emailová komunikace	nelze realizovat – nesouhlasí

Tabulka 2 - Způsoby získávání jednotlivých případů vícepřípadové studie

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že případy byly **získávány** prostřednictvím:

- a) pracovní zkušenosti autorky (klinický logoped – viz dříve);
- b) pracovního působení ve FNO – oslovení bývalých kolegů;
- c) současných laryngektomovaných pacientů a jejich kontaktů.

⁸⁶ První případ vícepřípadové studie.

⁸⁷ Fakultní nemocnice Ostrava.

3.12 Sběr a archivace dat, chronologie výběru případů a sběru dat

Ke sběru dat i oslovování potenciálních účastníků výzkumu docházelo průběžně. Sběr dat se odvíjel od užitých technik sběru dat. Data byla archivována (nahrávky rozhovorů v podobě kopií v osobním počítači, originály v paměti nahrávacího zařízení, nákresy životních křivek a nákresy Cantrilových žebříků v archívu autorky). Základem užitého přístupu byl rozhovor s pacientem, který byl založen na technikách životní křivky a Cantrilových žebříků. Rozhovor nebyl veden podle předem připravených otázek, ale vycházel z individuálních výpovědí týkajících se životního příběhu a životní křivky. Ve dvou případech, kdy účastníci výzkumu netvořili náhradní mechanismus dostatečným způsobem a nahrávaný hlas nebyl pro výzkum kvalitní, výzkumníkem byla na diktafon sdělení participantů přeřikávána (Helena, Bořivoj). Otázky sloužily k doplnění výpovědí a hlubšímu pochopení popisovaných zkušeností.

První rozhovor byl uskutečněn s účastnicí Helenou. Jedná se tak o **typický případ**. Od případu Heleny se odvíjelo nalezení tzv. **verifikačních případů**. Počáteční analýzou získaných dat byly identifikovány základní klíčové momenty, které sloužily u následujících participantů k ověření nebo zpochybnění.

Samotný sběr dat byl založen na **interakci** mezi participantem (účastníkem) výzkumu a výzkumníkem. Sběr dat klade vysoké nároky nejen na výzkumníka, ale především na vypovídající osobu (vybavení si událostí z nelehkého životního období, pozornost, komunikační obtíže, únava apod.). Data takto získaná jsou však z hlediska pochopení zkušeností osob po totální laryngektomii velmi cenná.

3.13 Analýza získávaných dat

Z jednotlivých technik sběru dat byla získaná data analyzována. Hendl (2017, s. 215) uvádí, že „úkolem analýzy dat je redukce, organizace, syntéza a sumarizace informací s cílem dát výsledkům význam a provádět úvahy podporované validní evidencí“. Zdrojem celkové analýzy dat byla analyzovaná data vícepřípadové studie. Získaná data byla výzkumníkem zpracována tak, aby výzkumné otázky byly zodpovězeny a byly splněny cíle výzkumu. Jelikož pro případovou studii není přesně specifikována analýza dat ani jiné specifické procesy, můžeme vícepřípadovou studii považovat za unikátní (Chrastina, 2019). Ve většině případů

obsahuje vzájemně propojenou a související část **interpretační a analytickou**. „Analýza představuje proces, který z vytvořených dat produkuje závěry, interpretace potom proces, jehož prostřednictvím vysvětlujeme, co tyto závěry znamenají (Heřmanský, 2019, s. 419). Vzhledem k cíli výzkum nebyla analyzována gestikulace a mimika účastníků ani analýza jazyková. Ve výzkumu byla použita tematická analýza, která zpracovává jednotlivé životní události účastníků. Událostem jsou poté následně pomocí Cantrilova žebříku přidělena čísla a tím jsou kvantifikovány. Miles a Huberman (1994, in Hendl, 2016, s.230) rozlišují dva typy analýzy: **analýzu orientovanou na proměnné a analýzu orientovanou na případy**. Ve výzkumu byla využita analýza orientovaná na případy. Výše uvedení autoři k této analýze uvádějí, že „považuje případ jako celistvou entitu a hledá konfigurace, asociace, příčiny a následky uvnitř případu, případně provádí komparaci mezi několika málo případy.“

Ve výzkumu byla využita **analytická indukce**, která je považována za typ generalizace. Yin (2009, in Novotná, 2019, s. 310) uvádí: „V rámci kódování a analýzy dat vznikají pracovní hypotézy, jež jsou dále potvrzovány či vyvraceny s využitím dalších dat (i deviantních případů) a následně dochází v průběhu tohoto opakovaného procesu revize hypotéz k zobecnění.“ Strategie uvádí v kvalitativním výzkumu do vztahu sběr dat a proces vytváření teorie (Hendl, 2016). Cílem indukce je zvýšit pravděpodobnost vytvoření univerzálních vztahů. Analytická indukce umožňuje modifikaci teorie a redefinici přijatelných případů.

3.14 Kvalitativní kategorizace analýzy dat, komparace případů a technika transkripce

Jednotlivé případy výzkumu byly analyzovány samostatně, následně byly případy vzájemně srovnávány. Strategie pro porovnávání případů popisují Miles a Huberman (1994, in Hendl, 2016, s. 386). Doporučují využití tabulek a grafické zobrazení získaných dat. V práci bylo rovněž využito **netříděných metatabulek**.⁸⁸

Získaná data byla seřazena do jednotlivých kategorií (životních událostí). Získaná data byla průběžně tříděna a řazena podle chronologického hlediska. Dále bylo využito **segmentace**, při které jsou data rozdělena do analytických jednotek. Data vztahující se ke zkoumanému jevu byla popsána pomocí **kostry analytického případu** (Švaříček, Šed'ová, a kol., 2007).

⁸⁸ Jedná se o tabulku zajímavých citací, frází, nebo ilustrací (Hendl, 2016).

Zobrazení a redukce dat je pojímáno v souladu s Milesem a Hubermanem (1994, in Hendl, 2016), kteří zdůrazňují názornou organizaci a kompresi informací. U transkribovaných rozhovorů bylo využito techniky **doslovné transkripce**⁸⁹ některých částí rozhovoru a text nebyl upravován stylisticky. Aby byla získaná data přehlednější, byly využity tyto grafické identifikační údaje v Tab. 3 vycházející z Mayringa (1990, in Hendl, 2016):

Jméno	pseudonym účastníka výzkumu
Tazatel	označení výzkumníka
...	střední pauza
(...)	vynechání některé pasáže
[]	poznámka tazatele
(smích)	radostný smích tazatele nebo účastníka
_____	nápadné zdůraznění
XX	označení pro anonymizovanou osobu nebo místo

Tabulka 3 – Grafické identifikační údaje

V práci bylo také postupováno podle **selektivního protokolu**, který podle předem určených kritérií určuje, jaké speciální aspekty výzkumu budou ponechány a které naopak vypuštěny.

3.15 Interpretace analyzovaných dat

Analýza dat začíná již sběrem dat, poté výzkumník v průběhu výzkumu střídá analýzu a sběr dat. Hendl (2016, s.232) uvádí, že „díky sběru dat ve více časových okamžicích je schopen případ lépe popsat, rozvíjet jeho teorii a testovat induktivně navržené hypotézy.“

Ústředním bodem analýzy je **kódování**. Kódem je symbol, který je k úseku dat přiřazen a tím jej klasifikuje, nebo kategorizuje (Hendl, 2016). Existují dvě základní úrovně kódování. Miles a Huberman (1994, in Hendl, 2016, s. 232) rozlišují první úroveň kódování, která přiřazuje kódy úsekům textu, naopak druhá úroveň slučuje kódy první úrovně do smysluplných skupin podle témat. V práci bylo využito obou úrovní kódování. K dokumentování časového

⁸⁹ Proces převodu mluveného projevu z rozhovoru do písemné podoby. Důležitá místa je možné zdůrazňovat podtrháváním, nebo komentářem (Mayring, 1990, in Hendl, 2016).

průběhu jednotlivých událostí případů byla využita **analýza časové řady**. Tato analýza byla využita jen na dílčí části rozhovoru.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

První osobou výzkumu s pomocí metody vícepřípadové studie a tím stěžejním účastníkem byla Helena. Další případy (Bořivoj a Jan) sloužily jako případy verifikační. Přehled uvádí Schéma 2.

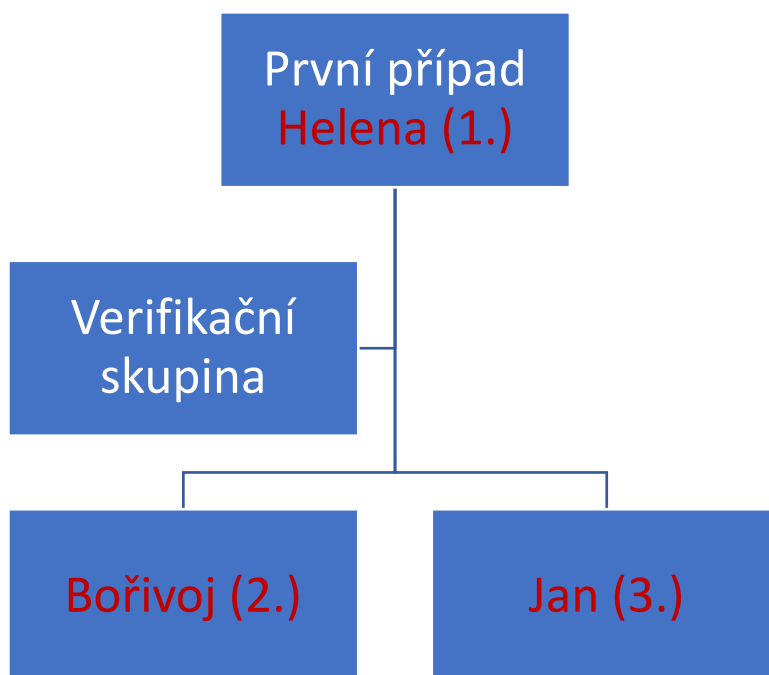


Schéma 1 - Vznik verifikační skupiny vícepřípadové studie

4.1 Úvod k výsledkům výzkumu

Výsledky výzkumu byly zpracovávány podle následujícího schématu:

1. Životní křivka daného případu s ilustrací (výběr psacího náčiní, samostatnost při nákresu, počet archů);
2. Zjištění životních událostí (počet, názvy, výběr událostí souvisejícími s onemocněním);
3. Číselné vyjádření událostí na Cantrilově žebřících;
4. Analýza časové řady;
5. Komparace jednotlivých případů studie;
6. Analýza zdravotnické dokumentace;
7. Analýza nedokončených vět v rámci podpůrné skupiny.

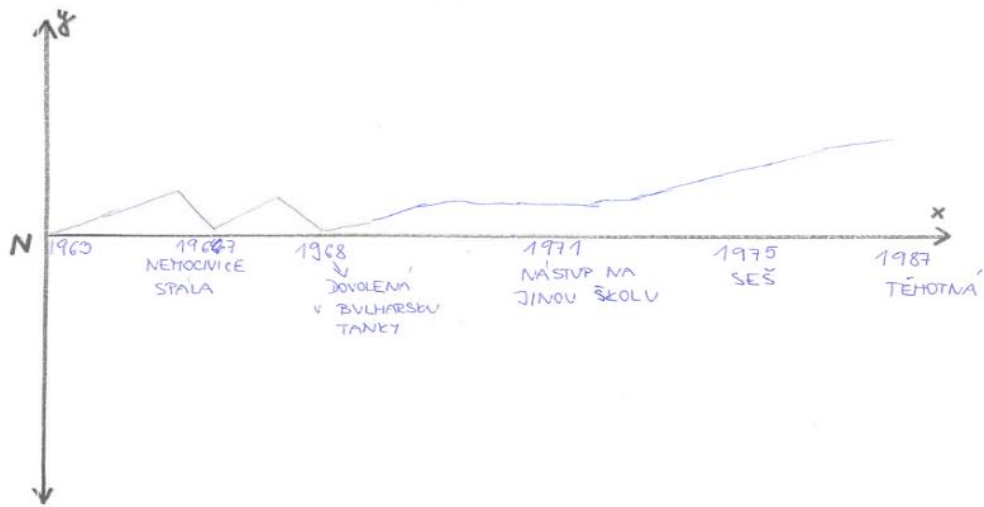
4.2 Helena

Jak již bylo zmíněno dříve, vstupním případem vícepřípadové studie je Helena. Narodila se v roce 1963. Helena prodělala onkologické onemocnění v roce 2017, při kterém jí byl odstraněn hrtan a podstoupila také radioterapii (Příloha 7–12). Je v invalidním důchodu, dříve pracovala v rodinné firmě. Rozhovor byl realizován v pracovně tazatele a trval 140 minut. V průběhu rozhovoru bylo z organizačních důvodů potřeba změnit místo výzkumu. Nahrávání bylo tedy přerušeno a po přemístění do jiné pracovny se pokračovalo. Helena dlouhodobě dochází na logopedickou terapii (Vstupní logopedické vyšetření – Příloha 13) k nácviku jícnového hlasu a v rámci terapie byla také k zapojení do výzkumu autorky oslovena. Z náhradních hlasových mechanismů (jak již bylo vysvětleno dříve) je Helena uživatelkou elektrolaryngu. Hlasová protéza nebyla lékařem ze zdravotní indikace doporučena. Je však motivována k nácviku jícnového hlasu, proto také dochází na individuální logopedickou terapii (Logopedický záznam v Příloze 14) a podpůrnou skupinu. Nácvik jícnového hlasu je ztížen zrychleným řečovým tempem a také neschopností vyvodit ruktus ve vokálech. Ojedinele lze však ruktus vyvodit ve slabikách a jednoslabičných slovech, který je doprovázen bukálním šepotem. Na stupnici podle Robe se jedná o stupeň B.

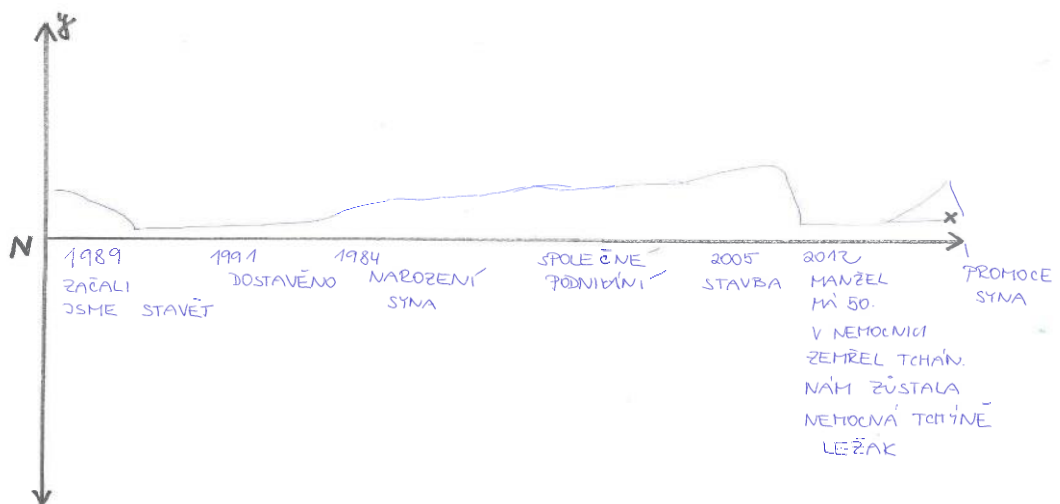
Helena si zvolila pro nákres životní křivky **pero**. Náskres byl zachycen na **čtyřech arších⁹⁰** pro náskres životní křivky. Životní křivku (Obr. 13–16) zaznamenala samostatně a vypadala takto:

⁹⁰ Archy jsou v plném rozlišení součástí Přílohy 15.

1.

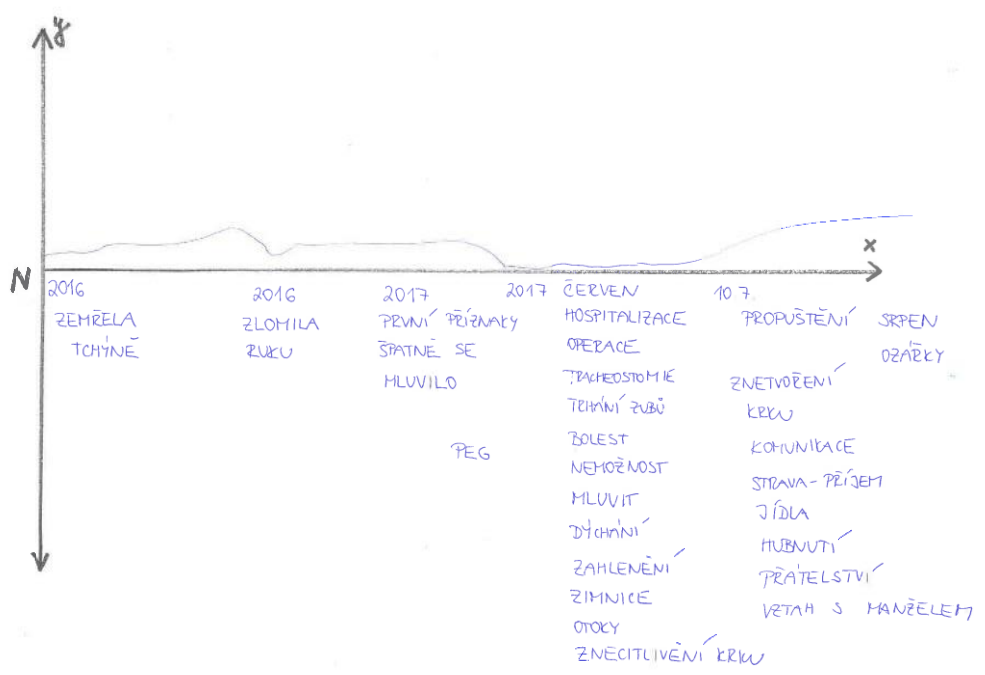


Obrázek 12 - Křivka 1 - Helena



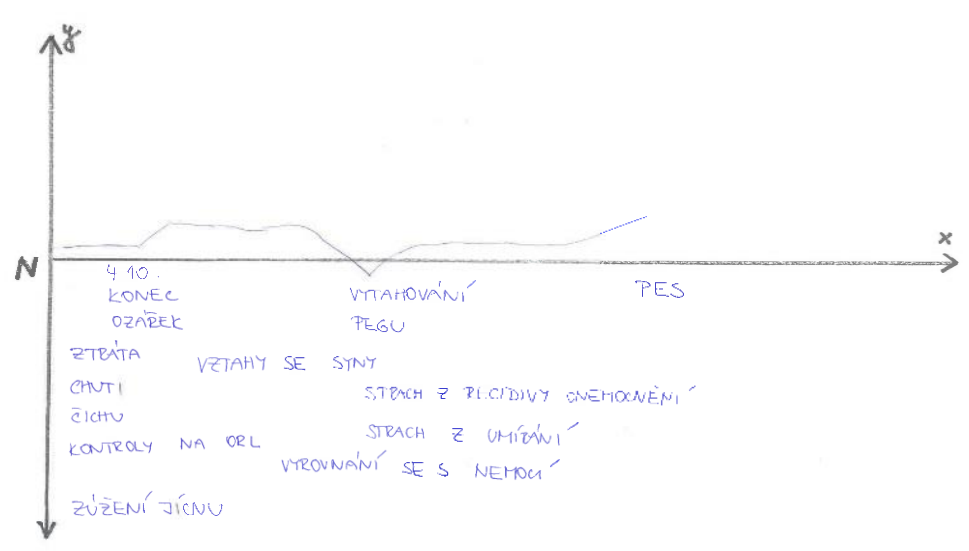
Obrázek 13 - Křivka 2 – Helena

3.



Obrázek 14 - Křivka 3 - Helena

7

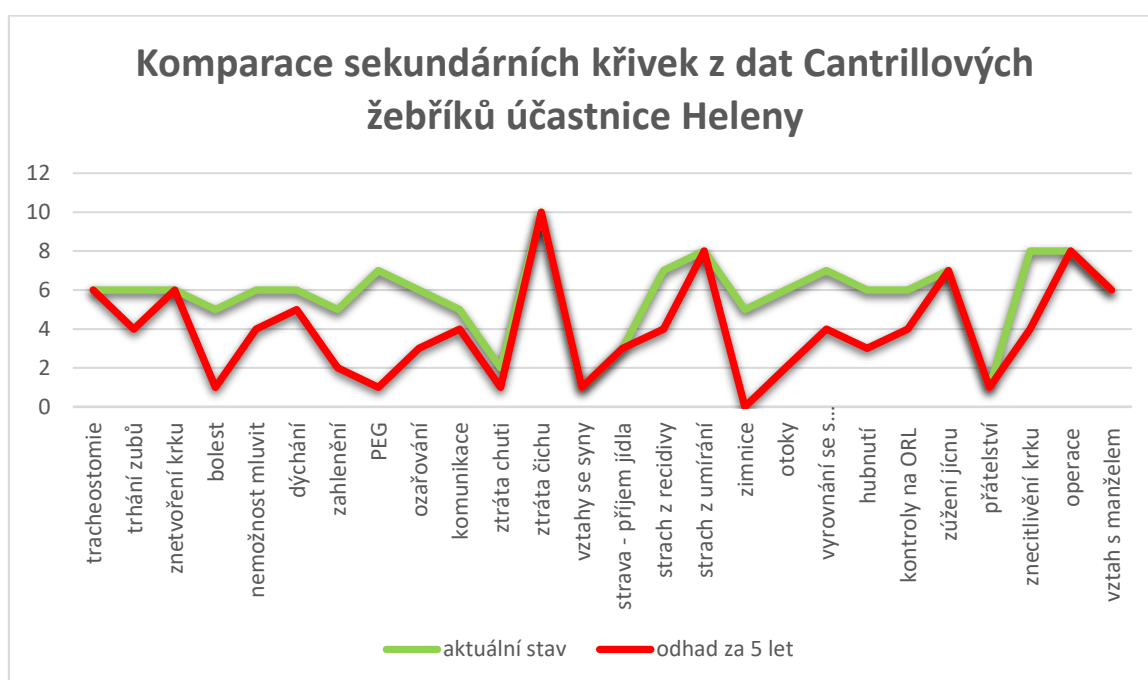


Obrázek 156 - Křivka 4 - Helena

Helena ve své životní křivce a posléze i v Cantrilově žebříčích vymezila celkem **dvacet šest životních událostí ve vztahu k totální laryngektomii**. Jednotlivé oblasti jsou pojmenovány přímo Helenou. V závorkách jsou uvedena aktuální číselná označení dané události a odhad stejné události za pět let dle Cantrilova žebříku:

- **tracheostomie** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 6. příčka);
- **trhání zubů** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **znetvoření krku** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 6. příčka);
- **bolest** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **nemožnost mluvit** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **dýchání** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 5. příčka);
- **zahlenění** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 2. příčka);
- **PEG** (aktuálně 7. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **ozařování** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 3. příčka);
- **komunikace** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **ztráta chuti** (aktuálně 2. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **ztráta čichu** (aktuálně 10. příčka, odhad za 5 let: 10. příčka);
- **vztahy se syny** (aktuálně 1. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **strava – příjem jídla** (aktuálně 3. příčka, odhad za 5 let: 3. příčka);
- **strach z recidivy onemocnění** (aktuálně 7. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **strach z umírání** (aktuálně 8. příčka, odhad za 5 let: 8. příčka);
- **zimnice** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 0. příčka);
- **otoky** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 2. příčka);
- **vyrovnání se s nemocí** (aktuálně 7. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **hubnutí** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 3. příčka);
- **kontroly na ORL** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **zúžení jícnu** (aktuálně 7. příčka, odhad za 5 let: 7. příčka);
- **přátelství** (aktuálně 1. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **znecitlivění krku** (aktuálně 8. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **operace** (aktuálně 8. příčka, odhad za 5 let: 8. příčka);
- **vztah s manželem** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 6. příčka).

Sekundární křivky Heleny vypadaly následovně (Obr. 17).



Obrázek 16 - Sekundární křivky – Helena

Interpretace sekundárních křivek

Z výsledků lze usuzovat, že životní události Heleny jsou v deseti případech na stejné úrovni.

Mezi události, u kterých je hodnocení totožné aktuálně i za 5 let Helena řadí:

1. **tracheostomie** (Helena hodnotí tuto událost totožně, jedná se o nevratný zákrok);
2. **znetvoření krku** (fyzické změny v oblasti krku jsou trvalé a nelze očekávat v průběhu dalších let změnu, Helena si toho je vědoma a je s touto skutečností vyrovnána);
3. **ztráta čichu** (tuto událost hodnotí jako nejhorší a neočekává zlepšení);
4. **vztahy se syny** (vztahy se svými syny hodnotí Helena vysoko v současnosti i budoucnosti);
5. **strava – příjem jídla** (limitů ve smyslu obtížného příjmu tuhých jídel si je Helena vědoma a snaží se dostatečným rozmělněním potravy tyto obtíže eliminovat);
6. **strach z umírání** (tuto obavu Helena vysvětluje strachem z nedostatečné výměny kanyly ošetřující osobou a dušením);
7. **zúžení jícnu** (tato událost je dlouhodobým problémem Heleny a takto jej i vidí v budoucnu);

8. **přátelství** (je hodnoceno totožně, zde si je Helena jista hloubkou přátelského vztahu, které onemocnění nenaruší);
9. **operace** (překvapivým zjištěním, že období operace a hospitalizace není Helenou hodnoceno negativně, k čemuž přispěl i zdravotnický personál, který se, dle tvrzení Heleny, choval vždy hezky a vstřícně);
10. **vztah s manželem** (i přes drobné neshody s manželem, vyjádřené v přepisu rozhovoru s Helenou, je manželský vztah pevný a takto je i uveden za 5 let).

Životní události, u kterých je uvedena změna v aktuálním vnímání a horizontu pěti let řadí Helena tyto:

1. **trhání zubů** (tato událost předcházela samotné operaci, nyní Helena řeší snímatelnou zubní náhradu se svým zubním lékařem);
2. **bolest** (vnímání bolesti bylo intenzivnější po operaci a během hospitalizace, za pět let už bolesti nepředpokládá);
3. **nemožnost mluvit** (tato událost je pro Helenu důležitá, ale komunikaci nepřisuzuje takový význam, jak by se dalo očekávat);
4. **dýchání** (dýchání se postupně zlepšuje, a proto očekává v horizontu pěti let pokrok u této události);
5. **zahlenění** (obtíže se zahleněním se postupně zlepšují a Helena předpokládá, že se za pět letlepší ještě více);
6. **PEG** (před totální laryngektomií byl zaveden PEG, který byl však po skončení léčby odstraněn);
7. **ozařování** (tato událost je v současnosti vnímána Helenou jak nepříjemná, za pět let by se vnímání mělo zlepšit);
8. **komunikace** (zde Helena předpokládá zlepšení o jednu příčku, patrná je také snaha naučit se jícnový hlas v rámci individuální a skupinové logopedické terapie);
9. **ztráta chuti** (v současnosti je vnímání chuti na druhé příčce a také zde Helena věří ve zlepšení);
10. **strach z recidivy** (strach z návratu onemocnění je nyní vnímán intenzivně, za pět let by se tyto obavy dle Heleny mohly zmenšit);
11. **zimnice** (zimnice patřila mezi pooperační komplikace);

12. **otoky** (otoky byly u Heleny přítomny během hospitalizace⁹¹ a patřily také mezi pooperační komplikace);
13. **vyrovnání se s nemocí** (nádorové onemocnění hrtanu patří mezi závažná onkologická onemocnění a každý pacient prochází různými fázemi vyrovnání se s „jeho/jejím“ onemocněním);
14. **hubnutí** (ztráta hmotnosti patřila po operaci mezi další komplikace, kterou Helena ohodnotila šestou příčkou);
15. **kontroly na ORL** (pravidelné kontroly na ORL jsou bezprostředně po operaci čtenější, poté se intervaly kontrol prodlužují);
16. **znecitlivění krku** (největším rozdílem je tato položka, u které Helena očekává zlepšení citlivosti v oblasti krku v horizontu pěti let o čtyři příčky).

Komparace životní křivky primární a sekundární (Cantrilovy žebříky)

Primární křivka byla zaznamenána na čtyřech arších a naprostá většina křivky je nad osou a. Pouze jediná událost, a to „Vytahování PEGu“ je pod touto osou. Ve vztahu k totální laryngektomii jsou v křivce vypsány tyto údaje: „2017 První příznaky, špatně se mluvilo“, „2017 červen, hospitalizace, operace“, „10.7. propuštění“, „srpen ozářky“, „4.10. konec ozárek“ a „vytahování PEGu“. Křivka svým tvarem působí kontinuálně, s výjimkou „Vytahování PEGu“.

Analýza časové řady (rozhovoru):

Pocit cizího tělesa v krku → pachuč v ústech → první příznaky rakoviny hrtanu → zhoršená řeč → antibiotika → ORL vyšetření → hospitalizace → rozhodnutí totální laryngektomie/radioterapie → PEG → vytržení zubů → operace → tracheostomie → smíření se s vývodem na krku → nemožnost mluvit → smíření se, že nebudu mluvit → PEG a péče o něj → nemožnost osprchovat se po operaci → nemožnost nic jíst týden po operaci → zhoršené dýchání → zahlenění a odsávání hlenů → čištění kanyly → ztráta chuti a čichu → měsíční hospitalizace na ORL → plánovaná dimise → otoky nohou a břicha → zimnice → špatný psychický stav → kontakt s rodinou skrze sms a maily → nabídka psychologické intervence →

⁹¹ Otok krku – lymfedém – uveden ve zdravotnické dokumentaci pacientky (Předběžná propouštěcí zpráva – Příloha 11).

nedůvěra v psychology → vyrovnání se s onemocněním → čekání na ozářky → nízká hmotnost → předpis vysokoenergetické výživy → nárůst hmotnosti → zlepšený příjem per os → ozařování → klaustrofobie → tvorba masky → špatná velikost masky → strach z nemožnosti jíst → mixování stravy → proplachování PEGu → ztráta chuti → pravidelné kontroly na ORL → pravidelná kontrola váhy → naplánování vytažení PEGu → komplikace během vytahování PEGu → přerušení výkonu → transport zpět na ORL pracoviště → zrušená hospitalizace → ambulantní výkon odstranění PEGu → opakované zavádění endoskopu → vyloučení části PEGu stolicí → bolest → postupné zvykání si → vážnutí soust v krku → strach ze smrti a bezmocnosti → strach z recidivy → změna v manželství → horší společenský život.

Případ Heleny je popsán z chronologického hlediska Analýzou případu 1 v Tabulce 4.

Helena	Období před totální laryngektomií	Pocit cizího tělesa v krku, pachut' v ústech, horší řeč, první příznaky nemoci, antibiotika, ORL vyšetření.
	Období operace a hospitalizace	Rozhodnutí totální laryngektomie/radioterapie, zavedení PEGu a péče o něj, vytržení zubů, totální laryngektomie, tracheostomie, smíření se s vývodem na krku, nemožnost mluvit, smíření se, že nebudu mluvit, nemožnost osprchovat se po operaci, nemožnost nic jíst týden po operaci, obtížné dýchání, zahlenění a odsávání hlenů, čištění kanyly, ztráta chuti a čichu, měsíční hospitalizace na ORL, plánovaná dimise, pooperační komplikace před propuštěním, otoky nohou a břicha, zimnice, špatný psychický stav, kontakt s rodinou skrze sms a maily, nabídka psychologické intervence, nedůvěra v psychology, vyrovnání se s onemocněním.
	Období po operaci	Čekání na radioterapii, váhový ubyték, předpis a užívání vysokoenergetické výživy, nárůst hmotnosti, zlepšený příjem per os, ozařování, klaustrofobie, tvorba fixační masky před ozařováním, špatná velikost masky, strach z nemožnosti jíst, mixování stravy, proplachování PEGu, ztráta chuti po ozařování, pravidelné kontroly na ORL, pravidelná kontrola váhy, naplánování vytažení PEGu, komplikace během vytahování PEGu, přerušení výkonu, opětovný ambulantní výkon - odstranění PEGu, komplikace během výkonu, vyloučení části PEGu stolicí, bolest, adaptace po operaci.
	Období budoucnosti	Strach ze smrti a bezmocnosti, strach z recidivy, narušení manželského života, horší společenský život.

Tab. 4 - Analýza případu 1

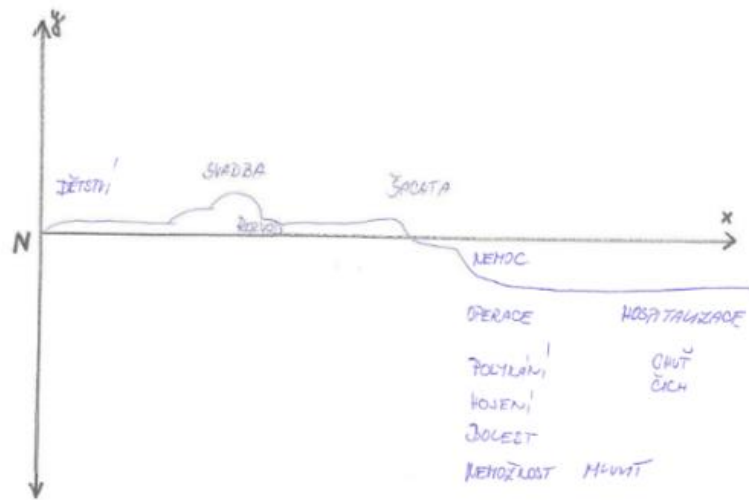
4.3 Bořivoj

Případ Bořivoje tvoří případ z tzv. verifikační skupiny. Byl narozen v roce 1954. Rakovina hrtanu mu byla diagnostikována v roce 2021, rozhodl se pro totální laryngektomii a poté léčba ještě pokračovala chemoterapií a radioterapií. Je ve starobním důchodu, celý život pracoval jako horník. Rozhovor byl realizován v pracovně tazatele a trval 80 minut. Setkání zprostředkoval kolega z bývalého pracoviště tazatelky. Bořivoj se poté za základě setkání rozhoduje k nácviku jícnového hlasu a dochází na individuální logopedickou terapii (Vstupní logopedické vyšetření – Příloha 17) i podpůrnou skupinu. Nyní komunikuje pomocí bukálního šepotu a psaní. Pokud by se nácvik jícnového hlasu nezdařil, je motivován k hlasové protéze (Kontrolní logopedické vyšetření – Příloha 18; Denní logopedický záznam – Příloha 19). Logopedická terapie je v začátcích a vyvození ruku je úspěšné pouze v některých slabikách. Na stupnici podle Robe se jedná o stupeň A.

Bořivoj si zvolil pro náskres životní křivky **pero**. Náskres byl zachycen na **dvou arších** pro náskres životní křivky. Zaznamenání životní křivky z důvodu nepochopení zadání bylo zrealizováno upravením postupu. Účastník tedy značil křivku a zároveň i vpisoval jednotlivé životní události. Životní křivka⁹² (Obr. 18, 19) vypadala takto:

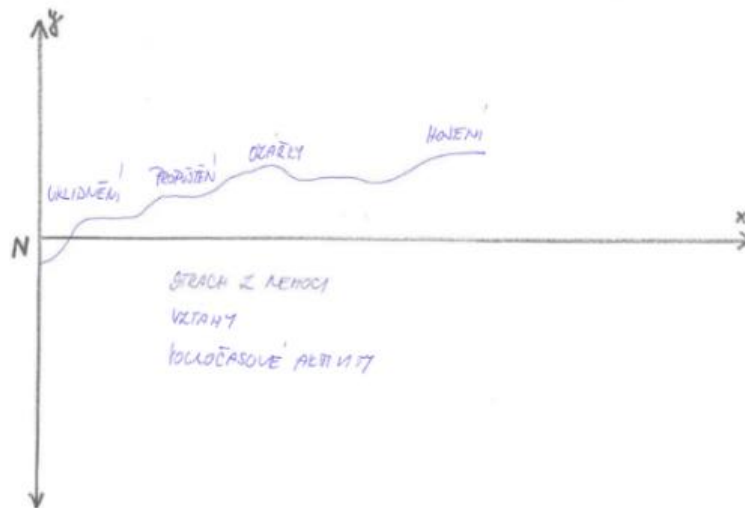
⁹² Plné rozlišení životní křivky účastníka Bořivoje v Příloze 21.

4.



Obrázek 17 – Křivka 1- Bořivoj

2.

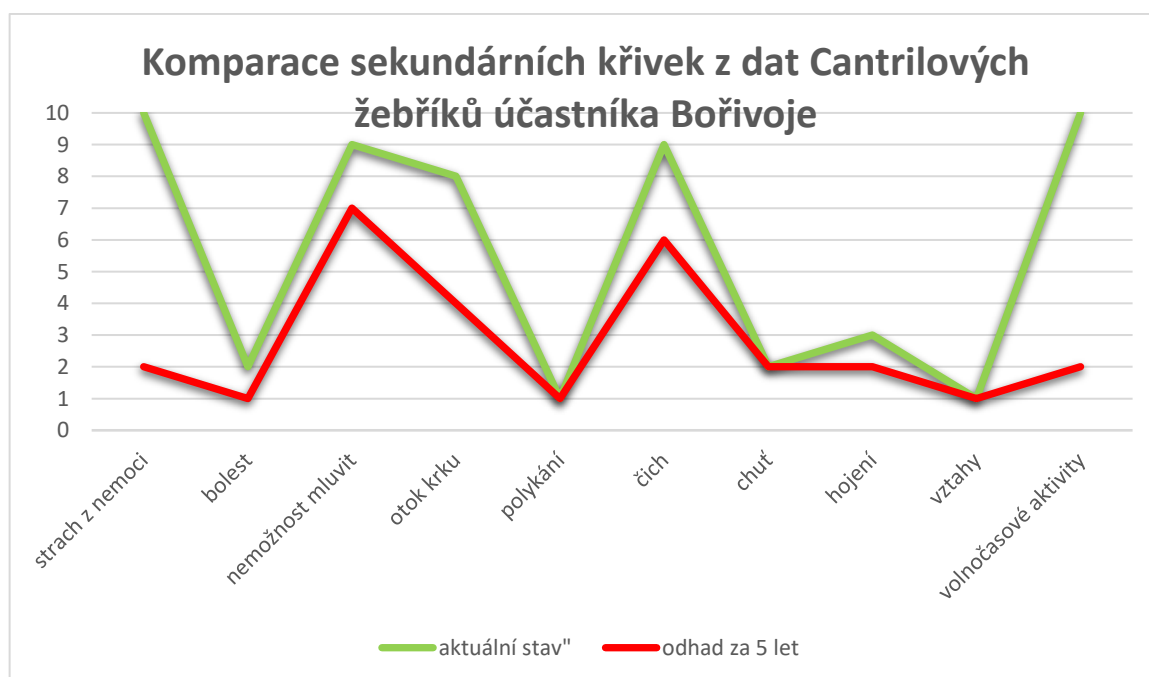


Obrázek 18 - Křivka 2 – Bořivoj

Bořivoj ve své životní křivce a posléze i v Cantrilově žebříčích vyznačil celkem **deset životních událostí ve vztahu k totální laryngektomii**. Jednotlivé oblasti jsou pojmenovány přímo Bořivojem. V závorkách jsou uvedena aktuální číselná označení dané události a odhad stejné události za pět let dle Cantrilova žebříku:

- **strach z nemoci** (aktuálně 10 příčka, odhad za 5 let: 2. příčka);
- **bolest** (aktuálně 2. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **nemožnost mluvit** (aktuálně 9. příčka, odhad za 5 let: 7. příčka);
- **otok krku** (aktuálně 8. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka);
- **polykání** (aktuálně 1. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **čich** (aktuálně 9. příčka, odhad za 5 let: 6. příčka);
- **chuť** (aktuálně 2. příčka, odhad za 5 let: 2. příčka);
- **hojení** (aktuálně 3. příčka, odhad za 5 let: 2. příčka);
- **vztahy** (aktuálně 1. příčka, odhad za 5 let: 1. příčka);
- **volnočasové aktivity** (aktuálně 10. příčka, odhad za 5 let: 2. příčka);

Sekundární křivky Bořivoje vypadaly následovně (Obr. 20).



Obrázek 20 - Sekundární křivky – Bořivoj

Interpretace sekundárních křivek

Výsledky ukazují, že životní události Bořivoje jsou ve třech případech na stejné úrovni.

Mezi události, u kterých je hodnocení totožné aktuálně i za 5 let řadí Bořivoj:

1. **polykání** (v současnosti nemá polykací obtíže a ani je v následujících letech nepředpokládá);
2. **chut'** (zde Bořivoj uvádí totožně druhou příčku, protože s vnímáním chutí nemá větší obtíže);
3. **vztahy** (hodnocení vztahů s rodinou i přítelkyní je na první příčce a Bořivoj neočekává jejich zhoršení).

Životní události, u kterých je uvedena změna v aktuálním vnímání a horizontu pěti let řadí Bořivoj tyto:

1. **strach z nemoci** (je nyní na nejvyšší 10. příčce, jsou zde patrné velké obavy z recidivy onemocnění, ale za pět let by se situace měla zlepšit až na 2.příčku);
2. **bolest** (co se bolesti týče, nyní je na 2.příčce, Bořivoj však ale očekává vymizení bolesti za 5 let);
3. **nemožnost mluvit** (zde Bořivoj vychází ze situace, kdy nemůže mluvit a ke komunikaci používá pouze bukální šepot a psanou formu komunikace, zároveň ale očekává, že za 5 let by se situace mohla díky náviku jícnového hlasu nebo pomocí hlasové protézy mírně zlepšit);
4. **otok krku** (v současnosti ještě doznívají nežádoucí účinky radioterapie, očekává však zlepšení o čtyři příčky);
5. **čich** (ztrátu čichu hodnotí Bořivoj 9. příčkou, ale věří v mírné zlepšení);
6. **hojení** (pooperační hojení je nyní vnímáno 3. příčkou, v horizontu 5. let by se mohlo vylepšit až na 2. příčku);
7. **volnočasové aktivity** (zde Bořivoj vychází ze skutečnosti, že se po operaci musel vzdát všech svých dosavadních koníčků, tedy jízdy na kole, trampování a vysokohorské turistiky, věří ale v postupný návrat ke sportovním aktivitám, až k 2. příčce).

Komparace životní křivky primární a sekundární (Cantrilovy žebříky)

Primární křivka byla zaznamenána na dvou arších a přibližně 2/3 křivky je nad osou *a*. Pouze události vztahující se k zjištění nemoci, operaci a hospitalizaci jsou pod touto osou. Ve vztahu k totální laryngektomii jsou v křivce vypsány tyto údaje: „5. nemoc“, „6. operace“, „7. hospitalizace“, „8. uklidnění“, „9. propuštění“, „10. ozařky“, „11. hojení“. Křivka svým tvarem působí kontinuálně v období před onemocněním, poté klesá pod časovou osu, a opětovně stoupá až po propuštění z nemocnice.

Analýza časové řady (rozhovoru):

První příznaky nemoci → bolest, škrábání v krku → vyšetření na ORL → předpis léků → přetrvávání obtíží → odeslání do nemocnice → strach z rakoviny → první vyšetření → naplánování operace → předoperační vyšetření a zavedení PEGu → strach ze smrti a operace → operace → nemožnost mluvit → psaní na tabulku → díra v krku → pořezaný celý krk → strach z budoucnosti → bolestivé polykání → zahlenění → ztráta čichu → živení do PEGu → měsíční hospitalizace → péče o kanylu → postupné zlepšování stavu → uklidnění → vytažení stehů → propuštění domů → rekonvalescence doma → čekání na ozařování → ozařování a chemoterapie → spálený krk → zahojení krku → masáže krku → logopedie.

Případ Bořivoje je popsán z chronologického hlediska Analýzou případu 2 v Tabulce 5.

Bořivoj	Období před totální laryngektomií	První příznaky nemoci, bolest, škrábání v krku, vyšetření na ORL, předpis léků, přetrvávání obtíží, odeslání do nemocnice, strach z rakoviny, první vyšetření, naplánování operace, předoperační vyšetření a zavedení PEGu, strach ze smrti a operace.
	Období operace a hospitalizace	Operace, nemožnost mluvit, psaní na tabulku, díra v krku, pořezaný krk, strach z budoucnosti, bolestivé polykání, zahlenění, ztráta čichu, živení do PEGu, měsíční hospitalizace, péče o kanylu, postupné zlepšování stavu, uklidnění, vytažení stehů, propuštění domů.
	Období po operaci	Rekonvalescence doma, čekání na ozařování, ozařování a chemoterapie, spálený krk, zahojení krku, masáže krku.
	Období budoucnosti	Strach z recidivy onemocnění, logopedie, nácvik jícnového hlasu.

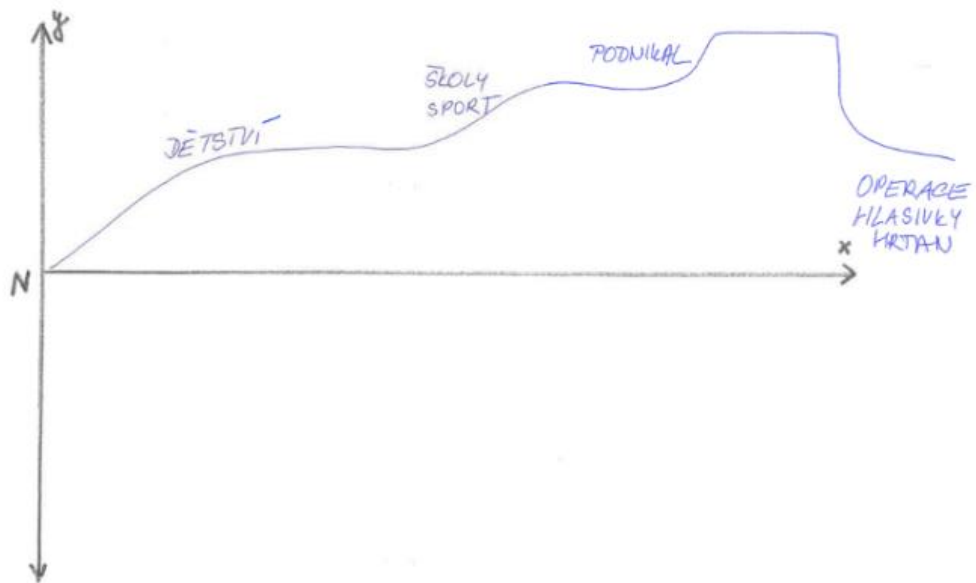
Tab. 5 – Analýza případu 2

4.4 Jan

Případ Jana tvoří třetí případ v rámci tzv. verifikační skupiny. Byl narozen v roce 1955. Rakovina hrtanu mu byla diagnostikována v roce 2021 a podstoupil totální laryngektomii s oboustrannou revizí krčních uzlin (Příjmový list – Příloha 22; Operační protokol – Příloha 23, Propouštěcí zpráva – Příloha 24). Radioterapie ani chemoterapie nebyla indikována. Nyní je již ve starobním důchodu, dříve se pracovně věnoval obchodní a poradenské činnosti v oblasti výživy a zároveň působil jako fitness trenér. Rozhovor byl realizován v pracovně tazatele a trval 100 minut. Kontakt byl navázán skrze pracovní zkušenosti autorky výzkumu. Jan rovněž dochází na individuální logopedickou terapii a podpůrnou skupinu. Nyní komunikuje pomocí jícnového hlasu. Jícnovým hlasem je schopen komunikovat s klienty ve fitcentru a také se snaží pomocí jícnového hlasu telefonovat. Na stupnici podle Robe se jedná o stupeň E-F.

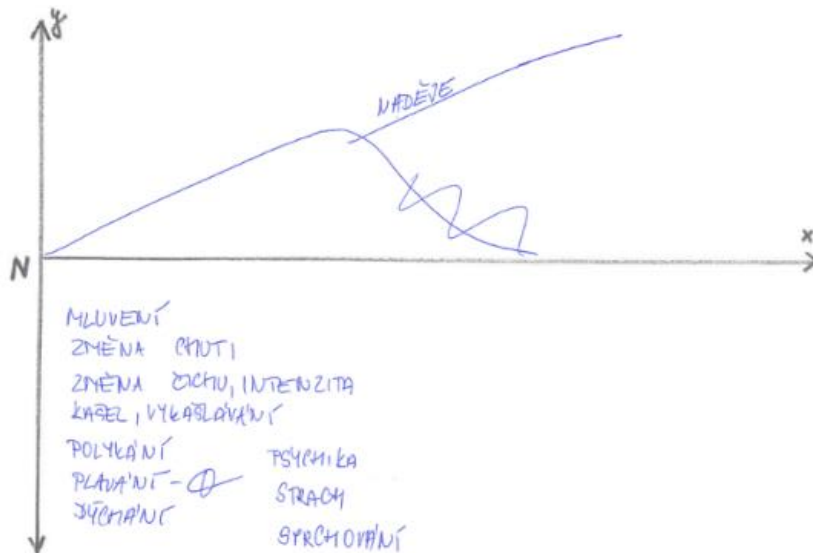
Jan si zvolil pro náskres životní křivky **pero**. Náskres byl zachycen na **dvou arších** pro náskres životní křivky. Zaznamenání životní křivky z důvodu nepochopení zadání bylo zrealizováno upravením postupu. Účastník tedy značil křivku a zároveň i vpišoval jednotlivé životní události. Životní křivka (Obr. 21, 22) vypadala takto:

1



Obrázek 19 - Křivka 1 - Jan

2

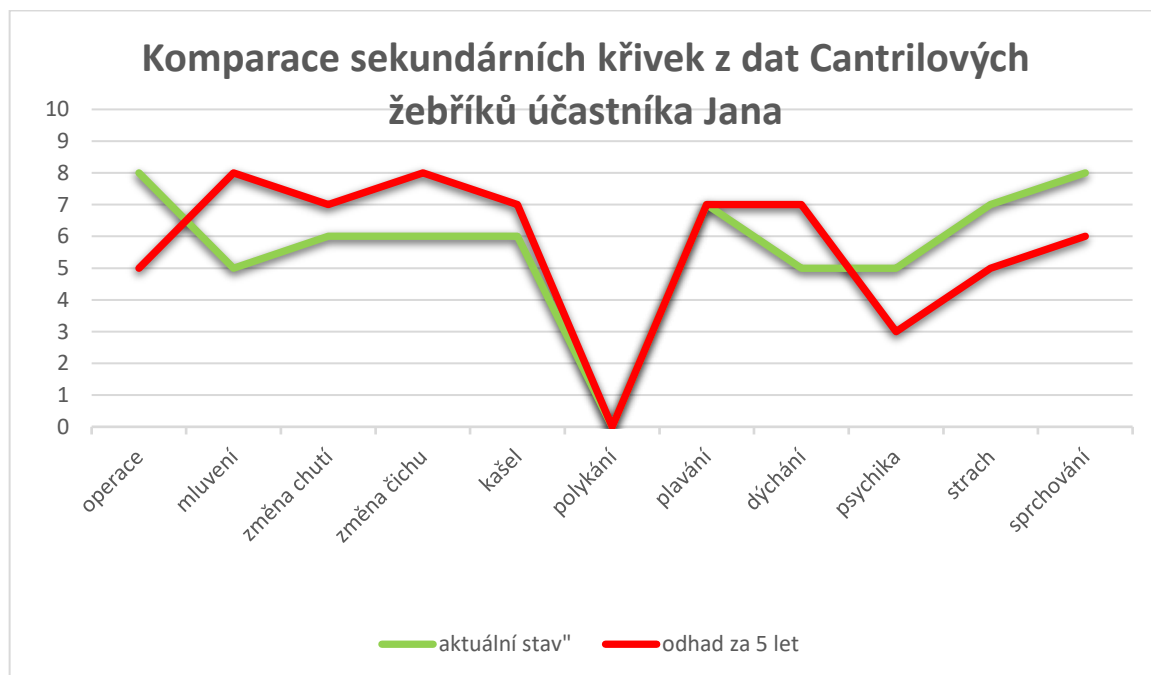


Obrázek 20 - Křivka 2 - Jan

Jan ve své životní křivce a posléze i v Cantrilově žebříčích vymezil celkem **11 životních událostí ve vztahu k totální laryngektomii**. Jednotlivé oblasti jsou pojmenovány přímo účastníkem výzkumu. V závorkách jsou uvedena aktuální číselná označení dané události a odhad stejné události za pět let dle Cantrilova žebříku:

- **operace** (aktuálně 8 příčka, odhad za 5 let: 5. příčka);
- **mluvení** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 8. příčka);
- **změna chuti** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 7. příčka);
- **změna čichu** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 8. příčka);
- **kašel** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 7. příčka);
- **polykání** (aktuálně 0. příčka, odhad za 5 let: 0. příčka);
- **plavání** (aktuálně 7. příčka, odhad za 5 let: 7. příčka);
- **dýchání** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 7. příčka);
- **psychika** (aktuálně 5. příčka, odhad za 5 let: 3. příčka);
- **strach** (aktuálně 7. příčka, odhad za 5 let: 5. příčka);
- **sprchování** (aktuálně 6. příčka, odhad za 5 let: 4. příčka).

Sekundární křivky Jana vypadaly následovně (Obr. 23).



Obrázek 23 - Sekundární křivky – Jan

Interpretace sekundárních křivek

Výsledky ukazují, že životní události Jana jsou ve dvou případech na stejné úrovni.

Mezi události, u kterých je hodnocení totožné aktuálně i za 5 let řadí Jan:

1. **polykání** (v současnosti nemá polykací obtíže a ani je v následujících letech nepředpokládá);
2. **plavání** (nemožnost plavat je hodnocena Janem v současnosti i za 5 let totožně, vzhledem k typu operace a nevratnosti zákroku nelze ani očekávat možnost plavat, i když v zahraničí existují speciální pomůcky umožňující plavání⁹³).

Životní události, u kterých je uvedena změna v aktuálním vnímání a horizontu pěti let řadí Jan tyto:

1. **operace** (vnímání operace a vzpomínky na ni jsou pro Jana stále velmi čerstvé, v průběhu času však očekává zmenšení negativního prožitku mutilujícího výkonu);
2. **mluvení** (Jan je k sobě velmi kritický a v současnosti nevnímá kvalitu jícnového hlasu jako výbornou, snaží se však jícnový hlas denně používat a zlepšovat, proto také hodnocení s časovým odstupem je lepší);
3. **změna chuti** (Jan v souvislosti s operací vnímá změnu v intenzitě chuti jídel, věří ale ve zlepšení);
4. **změna čichu** (rovněž změna čichu odpovídá pooperačním obtížím pacientů po totální laryngektomii, Jan si sám vytvořil postup, jak podpořit svůj čich, zároveň také očekává v průběhu let zlepšení);
5. **kašel** (Jan hodnotí kladně systém vzduchového filtru⁹⁴, který mu byla představit a názorně ukázat reprezentantka těchto pomůcek);
6. **dýchání** (Jan vytvořil položku dýchání, ta úzce souvisí s užitím filtru, ale také eliminací prachu v domácnosti; také zde Jan očekává zlepšení);
7. **psychika** (v oblasti psychiky je rozdíl dvou příček, i přes závažnou diagnózu je Jan optimistou a odhaduje, že se jeho psychické rozpoloženílepší v průběhu několika let);
8. **strach** (strach z nemoci a recidivy onkologického onemocnění je u pacientů velmi častý);

⁹³ Národní asociace klubů laryngektomovaných ve Velké Británii vytvořila doporučení pro bezpečné plavání pro laryngektomované pacienty (https://www.laryngectomy.org.uk/files/4213/8600/0397/Swimming_Leaflet_4pp.pdf).

⁹⁴ HME – systém pomáhá při obnovení teploty, vlhkosti a čistoty vdechnutého vzduchu (Brook, 2021).

9. **sprchování** (pacient si musí vytvořit způsob, jak se bezpečně osprchovat, aby nebyl ohrožen vniknutím vody do tracheostomatu).

Komparace životní křivky primární a sekundární (Cantrilovy žebříky)

Primární křivka byla zaznamenána na dvou arších a celá křivka je nad osou a. Na prvním archu vyznačil Jan tři události týkající se období před totální laryngektomií a křivka stoupala nahoru. Posledním bodem prvního archu je „4 – operace hrtanu“, zde křivka klesá. Na druhém archu křivka stoupá nahoru a Jan zde vpisuje „5 – naděje“. Dále zde také vpisuje „mluvení“, „změna chuti,“ „změna čichu intenzita“, „kašel, vykašlávání“, „polykání“, „plavání – 0“. Dále došlo k vykreslení křivky dolů, po chvíli však byla Janem škrtnuta a pokračoval v křivce směrem nahoru.

Analýza časové řady (rozhovoru):

Chrapot → ORL vyšetření → odeslání do nemocnice → odběr vzorku z hrtanu → potvrzení karcinomu → totální laryngektomie → ztráta hlasu → díra v krku → vyrovnávání se se ztrátou hlasu → nasogastrická sonda → změna chuti a čichu → zahlenění → kašel → vykašlávání → přechod na normální stravu → péče o kanylu → změna psychiky → uzavření se do sebe → propuštění z nemocnice → návštěva fitcentra → seberealizace → návrat k dosavadním zájmům → komunikace s kamarády → nemožnost plavat → nácvik náhradního hlasového mechanismu → použití filtru → zhoršení vykašlávání → ORL vyšetření → rentgen plic → kortikoidy → vykašlávání krve → obtíže u sprchování → strach z nemoci a recidivy → pravidelné tréninky v posilovně → komunikace se zákazníky.

Případ Jana je popsán z chronologického hlediska Analýzou případu 3 v Tabulce 6.

Jan	Období před totální laryngektomií	Chrapot, ORL vyšetření, odeslání do nemocnice.
	Období operace a hospitalizace	Odběr vzorku z hrtanu, potvrzení karcinomu, totální laryngektomie, ztráta hlasu, díra v krku, vyrovnávání se se ztrátou hlasu, nasogastrická sonda, změna chuti a čichu, zahlenění, kašel, vykašlávání, přechod na normální stravu, péče o kanylu, změna psychiky, uzavření se do sebe.
	Období po operaci	Propuštění z nemocnice, návštěva fitcentra, seberealizace, návrat k dosavadním zájmům, komunikace s kamarády, nemožnost plavat, nácvik náhradního hlasového mechanismu.
	Období budoucnosti	Použití filtru, zhoršení vykašlávání, specializovaná vyšetření, obtíže u sprchování, strach z nemoci a recidivy, pravidelné tréninky v posilovně, komunikace se zákazníky.

Tab. 6 – Analýza případu 3

4.5 Komparace případů vícepřípadové studie

V rigorózní práci byla využita vícepřípadová studie zpracovaná z dat získaných od tří pacientů po totální laryngektomii (Helena, Bořivoj, Jan). K tomu, aby jednotlivé případy mohly být vzájemně srovnávány, byla nejprve důležitá analýza každého případu zvlášť. Poté výzkumník komparací těchto tří případů hledal shodné zkušenosti pacientů v určitém čase. Po analýze rozhovoru, analýze životní křivky a vymezení témat ve vztahu k totální laryngektomii došlo k vytvoření kostry příběhu (Schéma 3). Nejprve se vytvořila kostra příběhu Heleny a poté byly dopsány i zkušenosti dalších dvou účastníků výzkumu.

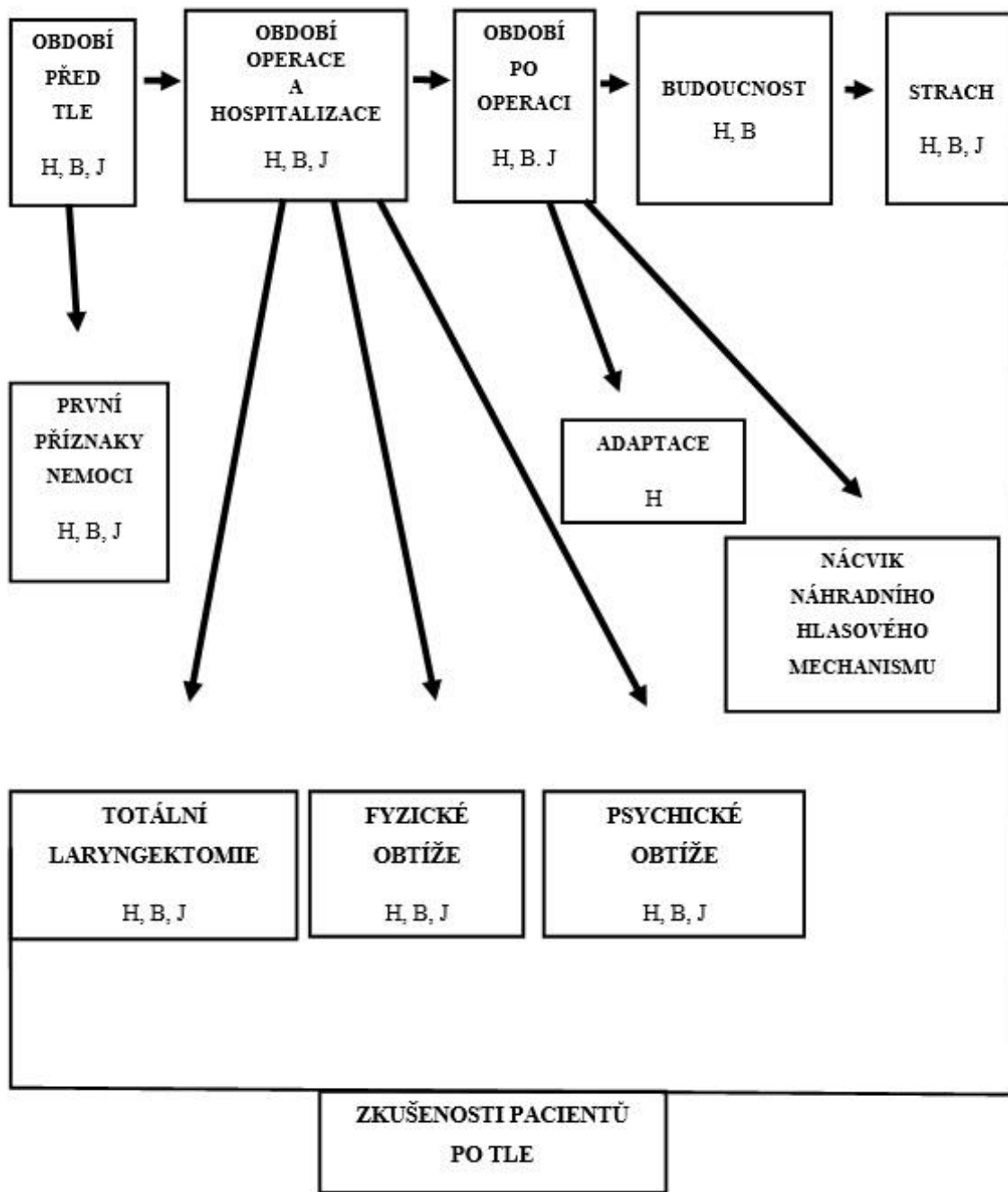


Schéma 3 - Kostra příběhu (autorka)

Legenda ke schématu:

„TLE“ – totální laryngektomie

„H“ – Helena

„B“ – Bořivoj

„J“ – Jan

Jednotlivé případy vícepřípadové studie⁹⁵ byly vzájemně srovnány a v těchto tématech byla nalezena shoda:

1. Téma „**nemožnost mluvit**“ (nemožnost mluvit – H, B; mluvení – J);
2. Téma „**strach z recidivy onemocnění**“ (strach z recidivy onemocnění – H; strach z nemoci – B; strach – J);
3. Téma „**vztahy**“ (vztahy – B; vztahy se syny, vztahy s manželem – H);
4. Téma „**ztráta chuti**“ (ztráta chuti – H; chuť – B; změna chuti – J);
5. Téma „**ztráta čichu**“ (ztráta čichu – H; čich – B; změna čichu – J);
6. Téma „**bolest**“ (bolest – H, B);
7. Téma „**volnočasové aktivity**“ (volnočasové aktivity – B; plavání – J);
8. Téma „**otoky**“ (otoky – H; otok krku – B);
9. Téma „**polykání**“ (polykání – B; strava – příjem jídla – H);
10. Téma „**operace**“ (operace – J, H);
11. Téma „**dýchání**“ (dýchání – J, H);
12. Téma „**hojení**“ (hojení – B; znečitlivění krku – H);
13. Téma „**psychika**“ (psychika – J; vyrovnání se s nemocí – H).

⁹⁵ V přehledu se vyskytují tyto zkratky: „H“ – Helena; „B“ – Bořivoj; „J – Jan“.

Přehled uvedených témat u jednotlivých případů je zobrazen v tabulce (Tab. 7).

Téma	Kategorie	Helena	Bořivoj	Jan
Nemožnost mluvit	nemožnost mluvit	✓	✓	
	mluvení			✓
Strach z recidivy onemocnění	strach z recidivy onemocnění	✓		
	strach z nemoci		✓	
	strach			✓
Vztahy	vztahy		✓	
	vztahy se syny, vztahy s manželem	✓		
Ztráta chuti	ztráta chuti			
	chuť		✓	
	změna chuti			✓
Ztráta čichu	ztráta čichu	✓		
	čich		✓	
	změna čichu			✓
Bolest	bolest	✓	✓	
Volnočasové aktivity	volnočasové aktivity		✓	
	plavání			✓
Otoky	otoky	✓		
	otok krku		✓	
Polykání	polykání		✓	
	strava – příjem jídla	✓		
Operace	operace	✓		✓
Dýchání	dýchání	✓		✓
Hojení	hojení		✓	
	znecitlivění krku	✓		
Psychika	psychika			✓
	vyrovnání se s nemocí	✓		

Tabulka 7 - Přehled uvedených témat

4.6 Analýza zdravotnické dokumentace

U dvou účastníků výzkumu, a to u Heleny a Jana, byla zkoumána a analyzována zdravotnická dokumentace. U účastníka Bořivoje to možné nebylo, protože zákrok byl proveden v jiném zdravotnickém zařízení. Analýzou zdravotnické dokumentace lze získat mnoho potřebných dat důležitých k porozumění celé problematice, jakou totální laryngektomie jistě je. Součástí příloh (Přílohy 7–26) této práce jsou také dokumenty výše uvedených pacientů (příjmový list, operační protokol, propouštěcí zpráva, logopedické vyšetření a terapie).

4.7 Model komplexní péče o pacienty po totální laryngektomii

Péče o laryngektomované pacienty má v České republice dlouholetou tradici a podílí se na ní multidisciplinární týmy. Komplexní péče přináší pacientům benefity nejen na úrovni kvalitnější zdravotní péče, ale rovněž v oblasti psychické a sociální. V níže uvedené tabulce (Tab. 8) je uveden tým specialistů, kteří pečují o pacienty s totální laryngektomií v Nemocnici Havířov. Tabulka je rozdělena do tří částí podle časového hlediska.

Tým před operací	Tým v průběhu hospitalizace	Tým po propuštění z nemocnice
ORL	ORL	ORL
Praktický lékař	Onkolog	Praktický lékař
Internista	Ošetrovatelský personál	Stomatolog
Onkolog	Specialisté	Foniatr ⁹⁶
Stomatolog	Klinický logoped	Onkolog
Gastroenterolog	Sociální pracovník	Klinický logoped
Nutriční specialista	Intervent psychické pomoci	Sociální pracovník
Specialisté ⁹⁷ (dle přidružených onemocnění)	Psychiatr	Specialisté
Sociální pracovník		

Tabulka 8 - Tým specialistů pečující o pacienty po totální laryngektomii v Nemocnici Havířov

⁹⁶ Foniatrické vyšetření probíhá ambulantně u specialisty v daném regionu.

⁹⁷ Diabetolog, hematolog, endokrinolog apod.

Dále byla vytvořena srovnávací tabulka (Tab.9) shrnující to, jak probíhá péče v zahraničí, konkrétně ve Velké Británii⁹⁸ (Licitra, 2016) a v Nemocnici Havířov.

Před operací			Období hospitalizace			Po propuštění		
	VB ⁹⁹	Havířov		VB	Havířov		VB	Havířov
ORL	✓	✓	ORL	✓	✓	ORL	✓	✓
Internista	✓	✓	Onkolog	✓	✓	Praktický lékař	✓	✓
Specialisté	✓	✓	Ošetrovatelský personál	✓	✓	Stomatolog	✓	✓
Onkolog	✓	✓	Specialisté	✓	✓	Onkolog	✓	✓
Stomatolog	✓	✓	Logoped	✓	✓	Psycholog	✓	
Logoped ¹⁰⁰	✓		Sociální pracovník	✓	✓	Sociální pracovník	✓	✓
Sociální pracovník	✓	✓	Psycholog/intervent psychické pomoci	✓	✓	Psychiatr	✓	
Psycholog	✓		Duchovní	✓		Logoped	✓	✓
Nutriční specialista	✓	✓	Nutriční specialista	✓	✓	Duchovní	✓	
Praktický ¹⁰¹ lékař	✓	✓	Patolog	✓	✓	Fyzioterapeut	✓	
Hlasový terapeut	✓		Stomatolog ¹⁰²	✓	✓	Podpůrná skupina	✓	✓
Patolog	✓	✓	Fyzioterapeut	✓		Specialisté	✓	✓
Anesteziolog	✓	✓						
Endokrinolog	✓	✓						

Tabulka 9 - Srovnávací tabulka odborných specialistů v zahraničí x Nemocnici Havířov

⁹⁸ Výběr této země vycházel z podrobné studie Licitra (2016), která nejvíce odpovídala parametrům rigorózní práce.

⁹⁹ VB = Velká Británie.

¹⁰⁰ V zahraničí se používá označení Speech language therapist.

¹⁰¹ Směrnice Americké společnosti pro klinickou onkologii doporučuje, aby praktičtí lékaři s onkologickým týmem konzultovali léčbu pacienta (Nekhlyudov, 2017).

¹⁰² Důležitost stomatologa je nejen před operací, ale rovněž v průběhu další léčby (Nekhlyudov, 2017; Clarke (2016).

4.8 Podpůrná skupina

Na individuální logopedickou terapii v Nemocnici Havířov navázala v lednu 2022 také podpůrná skupina pro pacienty po totální laryngektomii. Vznik skupiny iniciovali sami pacienti, kteří chtěli poznat někoho jiného se stejným onemocněním. Složení skupiny je heterogenní, v době odevzdání rigorózní práce do ní pravidelně docházejí čtyři muži a dvě ženy. Od doby operace u nich uplynulo období od šesti měsíců do pěti let. Stran užití náhradních hlasových mechanismů užívají tři pacienti jícnový hlas a tři pacienti elektrolarynx. Věkové rozmezí pacientů je 51–68 let. Setkávání podpůrné skupiny probíhá 1x měsíčně v prostorách logopedické ambulance, kam pacienti docházejí také na individuální terapii a součástí každého sezení je také drobné občerstvení. Jedná se o otevřenou konverzační skupinu a délka terapie je 60 minut. Poté se ještě někteří pacienti scházejí mimo prostory nemocnice v restauračním zařízení.

V podpůrné skupině jsou využívány aktivity vhodné pro konverzační skupinu, ale především je umožněno pacientům setkávání a možnost podělit se o své zkušenosti v přátelské atmosféře. Za velký úspěch lze považovat, že se někteří účastníci terapie scházejí i mimo prostory nemocnice, nebo jsou v emailovém spojení. Kreslíc (2015) uvádí, že při nácviu jícnového hlasu nezáleží na formě logopedické péče (individuální x skupinová), ale na motivaci pacienta. V souladu s Bickford (2018) však skupinovou formu terapie lze považovat za velice přínosnou a důležitou.

V rámci podpůrné skupiny byla využita **technika nedokončených vět**. Pacienti podpůrné skupiny byli cíleně dotazováni a své názory měli napsat na barevné lepicí štítky, ty pak byly umístěovány doprostřed stolu na předem připravený arch. Názory pacientů nebyly v rámci skupinové terapie nikterak komentovány.

První otázka se týkala doby hospitalizace a co konkrétně se pacientům v nemocnici líbilo. Pacientům byla nabídnuta nedokončená věta:

„V nemocnici se mi líbilo...“

Na tuto otázku odpověděli tři pacienti. V odpovědích se dvakrát vyskytlo: *„sestřičky“* a *„všechno dobrý“*.

Druhá otázka byla opačného charakteru, a tedy, co se jim během hospitalizace nelíbilo.

„V nemocnici se mi nelíbilo...“

Na tuto otázku zareagovali všech pět pacientů skupinové terapie. Odpovědi byly tyto: „*celkem vše OK*“, „*Mě se líbilo všechno*“, „*Společné sprchy, nešlo to zamknout*“, „*Sestřičky super. Nelíbilo se mi, že tam ležím, bylo to na mě dlouhé*“, „*Byl červen, bylo horko*“.

Třetí otázka zjišťovala, zda by pacienti ještě před samotnou operací ocenili brožuru (edukační materiál) o léčbě totální laryngektomie, pomůckách, radioterapii apod.

„*Uvítal bych před operací a během hospitalizace na oddělení knihu (brožuru) o Vašem onemocnění a léčbě?*“

Všichni pacienti na otázku odpověděli. Odpovědi byly tyto: „*ne*“, „*nevím*“, „*ano*“, „*no určitě*“, „*hodila by se, ale všechno mi bylo vysvětleno*“.

Ve **čtvrté otázce** měli pacienti určit konkrétní osobu, která by je provázela po celou dobu nemoci a následné léčby.

„*Kdo by podle Vás měl být průvodcem Vaší nemoci?*“

Na otázku odpověděli všichni pacienti. Ve čtyřech případech byla odpověď: „*lékař (operatér, asistent)*“, v jednom případě byla odpověď: „*vrchní sestra*“.

Pátá otázka zjišťovala, zda by pacienti uvítali před operací setkání s jiným pacientem, který stejnou operaci podstoupil již dříve. Otázka zněla:

„*Setkání s jiným pacientem po totální laryngektomii před mou operací by bylo...*“

Opět všichni pacienti odpověděli na tuto otázku. Odpovědi byly tyto: „*strašně těžká otázka, byl bych z toho vedle*“, „*stresující*“, „*chtěl bych vidět*“, „*mně je to jedno*“, a jeden pacient odpověděl: „*bylo by to normální*“.

Šestá otázka byla otevřená a pacienti mohli napsat vzkaz nově operovaným pacientům.

„*Nově operovaným pacientům bych vzkázal...*“

Odpovědi vyjádřili všichni pacienti. Ve čtyřech případech se jednalo o povzbuzující slova, a to: „*to bude dobrý*“, „*dělej co chceš*“, „*záleží to na Tobě*“, „*ať Ti to dobře dopadne*“, pouze v jednom případě byla zaznamenána odpověď: „*nic*“.

Poslední **sedmá otázka** byla otevřená a pacienti se mohli vyjádřit, co jim přináší skupinové setkávání.

„*Setkání ve skupině je pro mě...*“

U této otázky odpověděli opět všichni pacienti. Zaznamenali tyto odpovědi: „*docela fajn, nejsem na to sám*“, „*něco se poučím a nejsem sám*“, „*líbí se mi tady*“, „*je tady legrace a já se i těším*“, „*pokecám si*“.

4.9 Doporučení pro praxi určená klinickým logopedům pečující o pacienty po totální laryngektomii

Doporučení pro praxi (inspirováno publikacemi Stemple, 2020; Černého, 2012; Šebové, 2011) určená klinickým logopedům pečující o pacienty po totální laryngektomii jsou rozdělena do **třech období**. První období se týká doby před operací (Tab. 10), druhé období časem hospitalizace (Tab. 11) a třetí období propuštěním z nemocnice (Tab. 12). Toto členění se shoduje s členěním od jednotlivých účastníků kvalitativní studie této práce.

Doporučení pro klinického logopeda před operací
Klinický logoped by měl být v úzké spolupráci s otorinolaryngology a ošetřujícím personálem.
Pokud to umožňuje stav zdravotní stav pacienta a podmínky zdravotnického pracoviště, je vhodné vyšetřit polykání pomocí endoskopického vyšetření polykání (FEES).
Logopedická konzultace by měla být informativního charakteru, v ideálním případě za přítomnost rodinných příslušníků.
Vhodné je ukázat pacientovi již před operací všechny možnosti náhradních hlasových mechanismů.
Pouze v této fázi je možná nahrávka vlastního hlasu a jeho konzervace (řečová syntéza). Logoped by měl poskytnout informace důležité pro realizaci nahrávky, případně pacientovi a rodinným příslušníkům vše vysvětlit, ukázat.
Pacient by měl být srozuměn se skutečností, že operací přijde o vlastní hlas, ale existuje rehabilitace hlasu, která má ztracený hlas nahradit.
Na dotazy pacientů a rodinných příslušníků by měl mít logoped vyhrazen dostatek času.
Již v této fázi by měla fungovat multidisciplinární spolupráce.
Vhodné je pacientovi a rodinným příslušníkům předat odkaz na webové stránky s-let.cz.
Je-li to možné, měl by být na pracovišti k dispozici elektrolarynx, který by si mohl pacient vyzkoušet již před operací, případně silikonový model hlasové protézy.
Práce s osobami po totální laryngektomii je náročná, ale velmi zajímavá a obohacující.

Tabulka 10 – Doporučení pro klinického logopeda před operací

Doporučení pro klinického logopeda během hospitalizace
Je vhodné pacientovi nabídnout komunikaci formou psaní na papír, tablet, mobilní aplikaci.
Klinický logoped pracuje na základě doporučení ošetřujících otorinolaryngologů.
Ošetřující lékař by měl na základě pooperačního stavu logopedovi určit dobu, kdy u pacienta během hospitalizace provést cílené logopedické vyšetření.
Záznam z cíleného logopedického vyšetření by měl být součástí dokumentace pacienta a zároveň je vhodné o vyšetření informovat ošetřujícího lékaře.
Klinický logoped by měl být také nápomocen při obnovování příjmu jídla a pití, určení nejvhodnější konzistence jídla a tekutin. Ve spolupráci s nutričním terapeutem by měl pomoci s nejvhodnější dietou, případně dalšími opatřeními.
Důležitý je empatický přístup k potřebám a pocitům pacienta. V případě záchytu závažnějších psychických obtíží pacienta je třeba se obrátit na psychologa.
Na ORL pracovišti by měla být pacientům k dispozici knižní vazba publikace „Sprievodca laryngektómiou“.
Pacientům a rodinným příslušníkům je vhodné opětovně předat odkaz na webové stránky s-let.cz.
Pokud je to v možnostech daného pracoviště, je vhodné zprostředkovat setkání s jiným pacientem po totální laryngektomii již dříve operovaným.
Existuje-li na Vašem pracovišti podpůrná skupina pacientů po totální laryngektomii, upozorněte pacienta na tuto skutečnost, sdělte termín setkání a předejte opětovně kontakt na logopedické pracoviště. Je vhodné zajistit, aby byly tyto informace rovněž v propouštěcí zprávě.
Multioborová spolupráce je během hospitalizace zásadní.

Tabulka 11 - Doporučení pro klinického logopeda během hospitalizace

Doporučení pro klinického logopeda po propuštění pacienta z nemocnice
Velmi vhodné je umožnit pacientům objednávání na logopedické i ORL kontroly emailovou, nebo sms formou.
Pacientům a rodinným příslušníkům je dobré opětovně předat odkaz na webové stránky s-let.cz a upozornit na facebookovou skupinu stejně nemocných pacientů.
V počátcích terapie je důležité se zaměřit na dechová cvičení, brániční dýchání a oromotorická cvičení.
Pro všechny typy užívání náhradních hlasových mechanismů je významná důrazná a pomalejší artikulace.
První logopedické vyšetření a konzultace je časově náročná, ale pro efektivní spolupráci zásadní. Důležité je tedy mít na pacienta dostatek času.
Především u první návštěvy je důležité umožnit nejbližším rodinným příslušníkům přítomnost na logopedické terapii.
Součástí komplexního logopedického vyšetření je také zhodnocení polykání. V případě polykacích obtíží je nezbytné naplánovat a zrealizovat vyšetření FEES, případně navrhnout dietní či režimová opatření, rehabilitaci polykání apod.
Při prvním vyšetření je důležitá nahrávka současných komunikačních dovedností pacienta. Nahrávku je rovněž vhodné opakovat v průběhu nácviku náhradních hlasových mechanismů. Ukázka pokroků komunikačních dovedností je pro pacienty velmi motivační a přínosná.
Nahrávání je možné pouze za předpokladu souhlasu pacienta a podepsáním informovaného souhlasu, dle zvyklostí daného pracoviště.
Je-li to možné, na pracovišti by měl být k dispozici elektrolarynx a silikonový model hlasové protézy.
Předpis pomůcek, kanyl, filtrů apod. je v kompetenci ošetřujícího lékaře.
Ošetřující lékař, foniatr nebo klinický logoped by měl pacientovi předat kontakt na zástupce zdravotnických firem, které se výrobou a distribucí těchto pomůcek zabývají (v současnosti se v České republice jedná o firmu Medial a Atos).
Aby byl logoped schopen naučit pacienta jícnovému hlasu, není nezbytně nutné jej prakticky zvládat.
Je doporučováno jícnový hlas cvičit ve stoje a po jídle.
Nejprve je vhodné pacienta vyzvat, aby se jakkoli pokusil vyříhnout vzduch. Lze využít zkušenosti z dětství a dospívání.

Při pokusu o vyříhnutí jsou důležitá dostatečně otevřená ústa a důraznost výdechu.
V nácviku lze pokračovat pomocí polknutí vzduchu ze zadní části jazyka (injekční metoda).
Pacient si může dopomoci menším souhybem hlavy.
Velmi důležité je instruovat pacienta, že po jednom pokusu o polknutí je vždy jen jeden pokus o vyříhnutí.
Po vyvození samostatného ruku lze začít vyříhnutý vzduch jednotlivě zapojovat do samohlásek s prodloužením vyříhnutí a následně do dvojhlásek.
Poté jsou vhodné slabiky s T, D, N, P, K se samohláskami A a U, s následným zdvojením slabiky.
Po úspěšném zvládnutí vyříhnutí u zdvojených slabik lze pokračovat stejným způsobem „ztrojením“ slabik a zapojením vyříhnutí do tříslabičných slov.
Důležité je vkládání důrazu na poslední slabiku.
Po úspěšném vyříhnutí ve slovech lze pokračovat nácvikem automatických řad (dny, měsíce, číslovky, roční období) a běžných frází (pozdravy, zdvořilostní fráze apod.).
Diferenciaci hlásek P, B, M je nutné nacvičovat cíleně.
Po úspěšné tvorbě vyříhnutí ve slovech lze jícnový hlas zapojit do krátkých vět, básní, písní apod.
Vhodné je pacienty opakovaně chválit a motivovat k dalším pokusům o tvorbu jícnového hlasu.
Důležité je také upozornit pacienty na nutnost každodenního a intenzivního nácviku jícnového hlasu.
Nácvik náhradních hlasových mechanismů je vysoce individuální záležitostí a jednotlivé fáze nácviku mohou probíhat po různě dlouhou dobu.
Při tvorbě jícnového hlasu je potřeba mít pro pacienta k dispozici perlivý nápoj, nebo je vhodné doporučit, aby si pacient dle svých preferencí přinesl na terapii svůj oblíbený nealkoholický nápoj.
Důležité je pacienta pobízet k náhradním hlasovým mechanismům a nenechávat jej komunikovat výhradně formou psaní.
Výběr náhradního hlasového mechanismu je volbou konkrétního pacienta a v průběhu terapie se může měnit.
Je-li to možné, vytvořte na Vašem pracovišti podpůrnou skupinu pacientů po totální laryngektomii a umožněte svým pacientům setkávání v rámci této skupiny.

Také je důležité pobízet pacienty, aby se za náhradní hlasové mechanismy nestyděli a využívali je zpočátku doma mezi nejbližšími, poté i na veřejnosti.
Šířit osvětu jak mezi zdravotníky, tak u laické veřejnosti by mělo být pro logopedy součástí práce.
Ideální je domluvit se na spolupráci s konkrétním psychologem.
Terapie bude efektivnější, bude-li pacientovi k dispozici stabilní multioborový tým, který má s danou problematikou zkušenosti.

Tabulka 12 - Doporučení pro klinického logopeda po propuštění pacienta z nemocnice

5 DISKUSE, ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ, PŘÍNOSY STUDIE

Kvalitativní výzkum byl realizován za účelem získání dat týkajících se zkušeností osob se ztrátou hlasu po totální laryngektomii. Byl vytyčen jeden hlavní a dva dílčí cíle výzkumu. Hlavním cílem bylo zjistit a popsat zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii v kontextu logopedické terapie a rehabilitace hlasu. Prvním dílčím cílem bylo vytvořit návrh modelu komplexní péče a mezioborové spolupráce uplatnitelný u osob po totální laryngektomii v Nemocnici Havířov. Druhým dílčím cílem bylo navrhnout doporučení pro praxi určené klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii.

Základní metodou kvalitativního výzkumu byla vícepřípadová studie vytvářená daty z různých technik sběru dat. Jednalo se o životní křivku s popisem životního příběhu, Cantrilův žebřík a polostrukturovaný rozhovor. Doplňující data byla dále získávána analýzou zdravotnické dokumentace a technikou nedokončených vět v rámci podpurné skupiny. Z hlediska časového lze výsledky rozdělit do tří období, jak také bylo vymezeno samotnými účastníky kvalitativního výzkumu – pacienty po totální laryngektomii (shrnuté ve Schématu 4 – Kostra příběhu – shrnutí).

Období před totální laryngektomií předchází většinou chrapot, bolestivé polykání, škrábání v krku, kašel apod. Diagnostika tohoto závažného onemocnění je plně v kompetenci ORL lékařů. Chirurgové pečují o pacienta již od chvíle diagnostiky novotvaru v oblasti hrtanu, poté sdělením závažné diagnózy, odstraněním hrtanu, ale i pooperačně, kdy se starají o pooperační ránu, výživu, dýchání a další přidružené obtíže pacienta. V rámci kvalitativního výzkumu této práce se všichni pacienti vyjadřovali ke zdravotnickým pracovníkům v období před i v průběhu hospitalizace velmi kladně. Rovněž operatéri jsou vnímáni pacienty jako osoby, které by v rámci celého terapeutického procesu měli být *průvodci nemoci*. Ve shodě s Ampil (2004) je možné se ztotožnit s názorem, že se v literatuře lze setkat především s biomedicínským modelem péče, který má tendenci přehlížet prožitky pacientů a dopady nemoci na jejich život. Longobardi (2021), nebo Koike (2002) uvádějí význam **předoperačního logopedického poradenství**, které má vliv na adaptační proces, urychluje jeho čas a zvyšuje jeho intenzitu a také urychluje proces léčby. Limitem může být čas, který je mezi sdělením závažné diagnózy a samotnou operací, jelikož v těchto dnech musí pacient absolvovat předoperační vyšetření a také se vyrovnat s faktem, že má závažné a život ohrožující onemocnění. Z tohoto důvodu není prozatím běžným postupem v Nemocnici Havířov, aby byla logopedické poradenství poskytováno pacientům již před operací.

Období operace a hospitalizace je dalším obdobím vymezeným pacienty po totální laryngektomii. Péče o pacienty po totální laryngektomii je náročná a klade nároky na veškerý zdravotnický personál. V rámci hospitalizace se o pacienty stará kromě lékařského také nelékařský zdravotnický personál, který je v četnějším a bližším kontaktu s pacientem než samotný lékař. Předpokládá se odborná erudice ošetrovatelského personálu, ale především psychická podpora a empatie v této tíživé životní situaci pacienta.

Bezprostředně po operaci, při které je pacientům odstraněn hrtan jsou pacienti odkázáni na komunikaci formou psaní, mluvení afonicky „naprázdno“, nebo některé aplikace (např. voice banking apod.). Jak ale doporučují např. Stemple (2020), nebo Kaye (2017), nemělo by se zapomínat na využití **elektrolaryngu**. Elektrolarynx by měl být k dispozici každému pacientovi po totální laryngektomii, ačkoli se pacienti domnívají, že pokud začnou elektrolarynx používat, snižuje se u nich šance naučit se jícnový hlas (Koike, 2002). Tato domněnka však není potvrzena. V Nemocnici Havířov však tuto možnost pacienti nemají, protože předpis elektrolaryngu je podřízen schválení revizního lékaře a tento proces trvá několik týdnů. Považujeme za velmi přínosné mít elektrolarynx na ORL oddělení a také by měl být součástí vybavení logopedické ambulance, která tyto pacienty rehabilituje. V Turecku (Yavuz, 2017) pacienti po totální laryngektomii mají možnost komunikovat pomocí komunikačních příruček (tabulek), ty mají u pacientů zvyšovat spokojenost, snižovat úzkost a efektivně řešit léčbu bolesti. V Nemocnici Havířov komunikační tabulky pacienti k dispozici nemají, ale své potřeby mohou psát do tabletu, anebo na dostupný arch papíru. Výzkumem bylo zjištěno, že pacienti, kteří podstoupili totální laryngektomii se potýkají se širokou škálou problémů. Tyto obtíže odpovídají členění Stemple (2020), který obtíže dělí na tři hlavní skupiny (totožně se rovněž vyjadřovali účastníci výzkumu této práce, zkušenosti pacientů jsou zobrazeny ve Schématu 3 – Kostra příběhu a Schématu 4 – Kostra příběhu – shrnutí). **Fyzické obtíže** úzce souvisí se samotnou operací a dopady chirurgického výkonu (tvorba hlenu, bolest, ztráta čichu a chuti apod.). Velká část problémů je však **v rovině psychické** (obavy z budoucnosti, strach z recidivy onemocnění, strach ze smrti apod.). Totožné výsledky uvádí Noonan (2010), který doporučuje začlenění psychologů do zdravotnického týmu. Jak však uvádí Keszte (2013), existuje jen málo vhodných psychosociálních intervencí pro pacienty, kteří nemohou mluvit. Zároveň ale uvádí, že úspěšná rehabilitace hlasu úzce souvisí s duševním zdravím pacientů, kteří podstoupili totální laryngektomii. V italské pilotní studii Longobardi (2019) bylo využito jak logopedické, tak psychologické péče – při terapii byl přítomen logoped i psycholog zároveň. Psycholog zde plnil úlohu mediátora a zaměřoval se na zvládání emocí

pacienta, zlepšování sebeúcty, nebo zvládnání ztráty hlasu. Tento rehabilitační přístup dle autorky studie zlepšuje emocionální postoj pacientů v období rekonvalescence. Kombinace logopedické a psychologické péče zároveň zlepšuje kvalitu života pacientů. Na našem pracovišti je v případě potřeby pacientovi zajištěno psychiatrické vyšetření stran možné psychiatrické medikace, klinický psycholog na oddělení nedochází, ale psychologická péče byla již mnohokrát zabezpečena „*interventem psychické pomoci*“¹⁰³. **V psychologické intervenci** lze však očekávat významný benefit pro pacienty, ošetřující personál, ale také pro následnou socializaci. Jak bylo v rigorózní práci zjištěno, pacienti se potýkají s širokou škálou psychických obtíží (strach, obavy z budoucnosti, změna životní role, narušení partnerské a sexuální roviny, ztráta nebo změna profese, ztráta koníčků apod.) a tyto obtíže by měly být primárně řešeny zkušeným (klinickým) psychologem¹⁰⁴, nebo psychoterapeutem. V optimálním modelu péče o pacienty po totální laryngektomii by přítomnost klinického psychologa byla ideální. Ve všech dostupných pracích je zmiňována důležitost **multidisciplinárního týmu** (Dahl, 2022; Marchi, 2019; Nekhlyudov, 2017; Fuller, 2016; Licitra, 2016; Arora, 2008;). Péče odborníků z různých oblastí je důležitá jak v krátkodobém, tak dlouhodobém horizontu. Jak uvádí Bickford (2018) multidisciplinární týmy však nejsou konzistentně dostupné. Důležitými členy týmu jsou také **rodinní příslušníci**, kteří mají vliv na kratší dobu rekonvalescence (Dahl, 2022). O podpoře rodinných příslušníků se zmiňují také účastníci kvalitativního výzkumu rigorózní práce. V zahraničí, jak zmiňuje Steyn (2018), ale také v Nemocnici Havířov, je důležitým členem týmu o pacienty po totální laryngektomii **sociální pracovník**.

Uváděné další období bylo **období po operaci**. V této fázi se pacienti učí náhradní hlasové mechanismy, které byly popsány v teoretickém rámci práce. Přestože již před operací je pacientům nabízena konzervace vlastního hlasu a následná **syntéza řeči**, která je jedním z náhradních technik, dosud žádný z pacientů tuto možnost nevyužil. Tuto skutečnost lze u pacientů tohoto výzkumu vysvětlit nižší úrovní počítačové gramotnosti, vyšším věkem a nižší úrovní vzdělání. Doba, kdy s nácviem **jícnového hlasu** po operaci začít je značně individuální, závislá na doporučení operatéra a na zdravotním stavu pacienta. Ve Slovinsku se s nácviem začíná 2 týdny po operaci (Hočevar-Boltežar, 2001). Shodné časové hledisko uvádí také tuzemský autor Nasswetter (2018), zatímco Praisler (2002) doporučuje nácvik ještě během

¹⁰³ Interventem je pracovník ve zdravotnictví, který absolvoval výcvik „První psychická pomoc ve zdravotnictví“, či jiné adekvátní vzdělání. Na základě tohoto výcviku může poskytnout psychickou první pomoc pacientovi, popřípadě osobám blízkým.

¹⁰⁴ V prostředí nemocnice klinickým psychologem, po propuštění z nemocnice psychologem.

hospitalizace na ORL oddělení. V zahraničí je preferován nácvik jícnového hlasu již za hospitalizace a poté ambulantně (Iype, 2019). Koike (2002) zmiňuje významné časové hledisko vyvození ruktu. Čím dříve po operaci je ruktus vyvozen, tím úspěšnější je tvorba jícnového hlasu. Výzkumem předložené práce toto nelze zcela potvrdit, protože u jedné z pacientek logopedické terapie byl ruktus vyvozen až 2 roky od operace, nyní komunikuje jícnovým hlasem plynule a rovněž je schopná pomocí jícnového hlasu telefonovat. Lze souhlasit s Kresić (2015), že nejdůležitějším faktorem nácviku jícnového hlasu je **motivace pacienta**.

Posledním obdobím definovaným účastníky výzkumu bylo **období budoucnosti**. Do této fáze života účastníci výzkumu zahrnuli zájmy, strach z budoucnosti, strach z recidivy onemocnění, změnu v manželském životě apod. Kvalitativním výzkumem předkládané rigorózní práce bylo zjištěno, že se osoby po totální laryngektomii nevzdali svých dřívějších **zájmů**, což je v rozporu s výzkumem Sluis (2020). Pacient Jan se vrátil ke svému původnímu zájmu a profesi (fitness trenér), vrátil se rovněž ke střelbě. Jediný koníček, který musel zcela vyloučit bylo plavání. Jiný pacient (Bořivoj) je cyklista a tramp. V současné době se k jízdě na kole vrátil a pokud mu to počasí dovolí, vyjíždí denně na projížďky. Rovněž se s příchodem teplejšího počasí vrátil k trampování, jezdí s přáteli do postaveného srubu v Beskydech a sezení u ohně doprovází hrou na kytaru. Jelikož se mu nedaří tvorba jícnového hlasu, nemůže hru na kytaru doprovodit zpěvem. Watson (2017) zmiňuje u pacientů po totální laryngektomii, které živil jejich hlas, nutnost změny profese. Tuto skutečnost nelze ověřit, protože všichni pacienti předložené práce jsou již ve starobním, nebo invalidním důchodu.

Překvapivým zjištěním bylo, že dva účastníci výzkumu (Helena a Bořivoj) nepřisuzují neschopnosti komunikovat takový význam, jak by se dalo očekávat, přestože zahraniční výzkumy (Longobardi, 2019; Keszte, 2013; Hutton, 2001) považují ztrátu hlasu za největší hendikep. Tento postoj lze vysvětlit osobnostními charakteristikami a možné skutečnosti, že pacienti již nejsou v produktivním věku. Rovněž zde může hrát roli profese pacientů (Helena pracovala celý život v rodinné firmě pouze s manželem; Bořivoj pracoval jako horník, ale mnoho let je v penzi). Výzkumem bylo také zjištěno, že fyzické obtíže po operaci neřeší pouze ženy, jak zmiňují dohledané zdroje (např. Sluis, 2020), ale také muži, kteří ve společnosti vnímají pohledy na oblast jejich krku, proto si jej raději zakrývají šátkem. Oproti zahraničnímu pojetí se v tuzemských zdrojích nesetkáváme se **spirituálním (náboženským) aspektem nemoci**, který může významně ovlivnit kvalitu života osob po totální laryngektomii (Algave, 2015). V kvalitativní studii předkládané rigorózní práce uváděli pacienti pocity strachu, obav z budoucnosti a psychických obtíží s vyrovnáváním se s onemocněním, podobné

výsledky mají rovněž zahraniční práce (Longobardi, 2021; Algave, 2015; Noonan, 2010). **Hodnocením kvality života** po totální laryngektomii se zabývala studie Tiple (2016). V ní vykazovali pacienti, kteří měli logopedickou péči a hlasovou rehabilitaci lepší skóre v hodnotících škálách než pacienti bez této péče. Rigorózní práce se hodnocením kvality života nezabývala, nelze tedy tyto údaje ověřit.

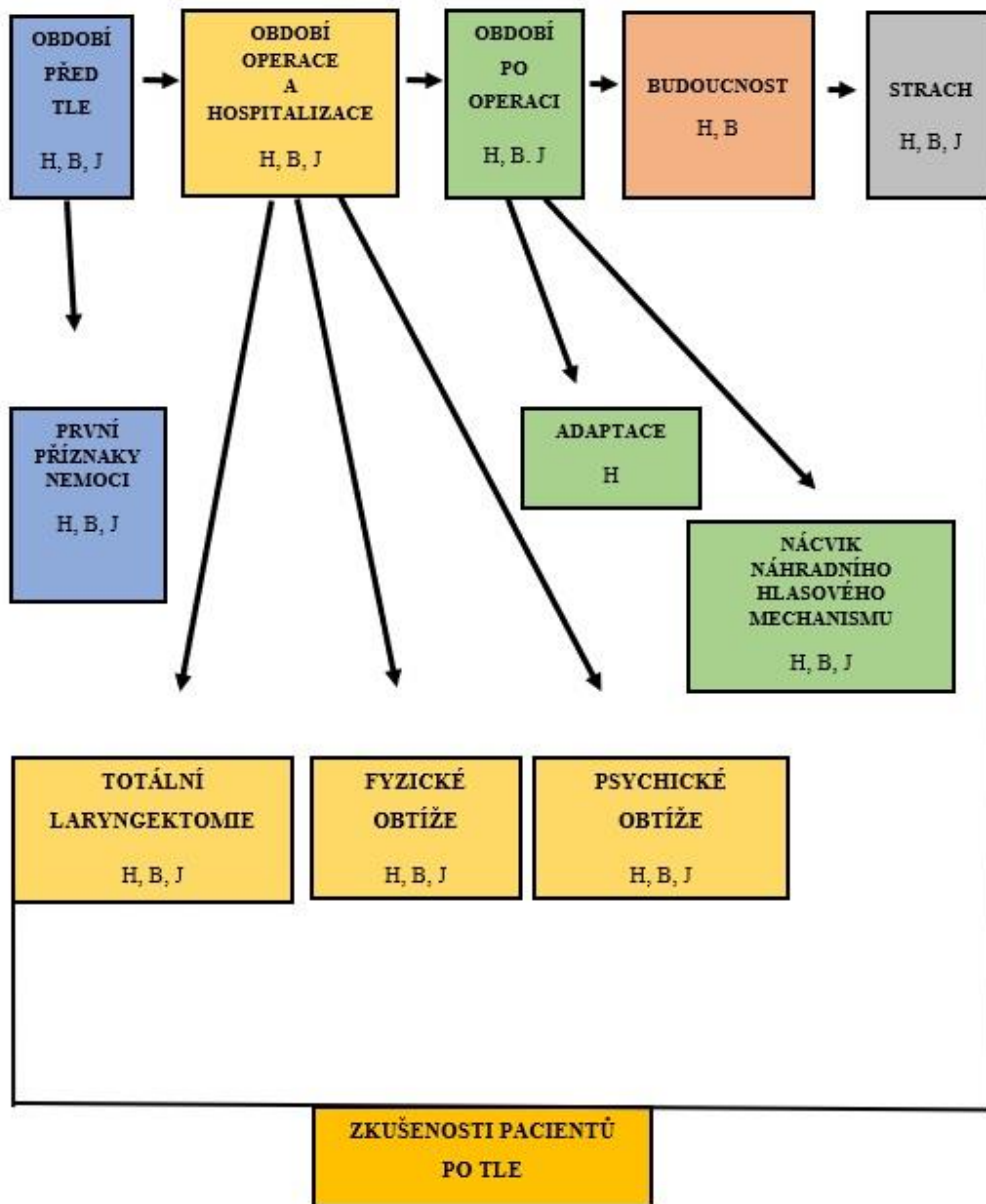


Schéma 4 - Kostra příběhu – shrnutí

V České republice, stejně jako kupříkladu v Kanadě (Kaye, 2017), je péče o pacienty po totální laryngektomii nejčastěji centralizovaná okolo klinických pracovišť provádějících tento výkon. Pacienti žijící v odlehlejší oblasti jsou tak nuceni na vzdálenější pracoviště dojíždět, což může mít negativní dopad na dostupnost zdravotnických služeb. V zahraničí je stále častěji zmiňována hodnota **webových svépomocných skupin nebo využití telemedicíny**, která může pomoci lidem z mimoměstských lokalit (Bickford, 2018). Webové podpůrné skupiny, zasílání video zpráv, komunikaci pomocí e-mailů doporučuje také Dooks (2012). V tuzemsku teprve dochází k rozvoji telemedicíny, pacienti se ale mohou sdružovat v rámci např. facebookových skupin.

Z potřeb pacientů docházející na individuální logopedickou terapii vznikla v lednu 2022 „**podpůrná skupina**“, která je určena osobám po totální laryngektomii. Pacienti docházející na podpůrnou skupinu dochází také na nácvik jícnového hlasu individuálně. Vedení nemocnice se tato aktivita zalíbila natolik, že uveřejnila zprávu o podpůrné skupině na facebooku nemocnice, v regionální rozhlasové stanici i nemocničním časopise. Pacientů docházejících na terapii je v době odevzdání rigorózní práce celkem šest a setkávání probíhá 1x měsíčně. V rámci podpůrné skupiny jsou využívány aktivity vhodné pro více účastníků, ale především je laryngektomovaným osobám umožňováno setkávání a možnost podělit se o své zkušenosti v přátelské atmosféře. Setkávání s osobami se stejným onemocněním má také vliv na oblast sociální a má eliminovat sociální izolaci. Za velký úspěch lze považovat, že se někteří účastníci terapie scházejí i mimo prostory nemocnice, nebo jsou v emailovém spojení. Kresić (2015) uvádí, že při nácviku jícnového hlasu nezáleží na formě logopedické péče (individuální x skupinová), ale na motivaci pacienta. V souladu s Dahl (2022), nebo Bickford (2018) však podpůrnou skupinu lze považovat za velice přínosnou a důležitou.

Práci s pacienty po totální laryngektomii se nevěnují všichni kliničtí logopedi, **jedná se o specifickou cílovou skupinu pacientů**. V rámci *pregraduální přípravy* na vysokých školách v České republice se studenti logopedie s problematikou náhradních hlasových mechanismů seznamují v teoretické rovině, lze však i zde spatřovat snahu o zapojení zkušeností odborníků z praxe. Kupříkladu v roce 2021 uspořádal Ústav speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci s Hudební a taneční fakultou akademie múzických umění v Praze a Univerzitou Komenského v Bratislavě „webinář“ zaměřený na náhradní hlasové mechanismy po totální laryngektomii. V rámci *postgraduálního vzdělávání* klinických logopedů (předatestační průpravě) se nácvik náhradních hlasových mechanismů nepřednáší. Existují ale novější kurzy např. na *Tracheostomie a polykání*, na kterých je praktický nácvik

manipulace s kanylami, nebo certifikovaný *Kurz hlasové rehabilitace*, který se okrajově věnuje také jícnovému hlasu.

Záleží tedy především na pracovním zařazení logopeda, zvyklostech klinického pracoviště a skladbě pacientů. Se zvyšováním odborných kompetencí klinických logopedů se v posledních letech stávají hlasové poruchy další doménou této profese. ORL oddělení Nemocnice Havířov vzniklo v roce 2012 a klinický logoped zde působí od roku 2018. Pacienti po totální laryngektomii byli na nácvik náhradních hlasových mechanismů odkazováni na nejbližší foniatrické pracoviště v dojezdové vzdálenosti 15–20 km. V ideálním modelu péče by měl v nácviku náhradních hlasových mechanismů stále hrát nejdůležitější roli **foniatr**, který by navrhl mechanismus nácviku, předepsal pomůcky apod. a v případě potřeby pacienta předal pacienta do péče klinického logopeda. Nabídnutím logopedické terapie došlo ke zlepšení dostupnosti péče pro tyto pacienty, zároveň však bylo potřeba, aby se klinický logoped techniky náhradních hlasových mechanismů naučil. Informace byly získávány z předchozího klinického pracoviště, dostupné české i zahraniční literatury, telefonickými konzultacemi s jinými kolegy apod. Na základě těchto informací došlo k vytvoření terapeutických materiálů určených pro nácvik jícnového hlasu. Tyto materiály nejsou v České republice k dispozici a tvorba tak zůstává na samotném terapeutovi. Vytvořené materiály ještě nejsou dostatečně zpracovány zejména obsahově zkonzultovány, validovány a ověřeny v praxi, nejsou tedy součástí této práce. Vizí ale je vytvořené materiály po nezbytných úpravách uveřejnit a dát k dispozici ostatním logopedům, nebo zájemcům o tuto problematiku. Pro klinické logopedy představují náhradní hlasové mechanismy pouze jakousi okrajovou a značně specifickou část logopedické intervence. V počátcích práce s těmito pacienty by byl vhodný např. *workshop zaměřený na tyto techniky intervence*, práci s pomůckami, nebo *dohled supervizora*.

Dle dostupných informací na webu¹⁰⁵ lze dohledat v ČR 108 foniatrických pracovišť, na kterých pracuje celkem 115 foniatrů. V Moravskoslezském kraji žije aktuálně 1 188 231 obyvatel a působí zde celkem 9 foniatrů. Havířovská nemocnice patří do okresu Karviná. Tento okres má 240 318 obyvatel a působí zde dva foniatři. Vzhledem k nízkému počtu foniatrických pracovišť se jeví logopedická péče v některých lokalitách ČR v nácviku náhradních hlasových mechanismů jako nezbytná.

V zahraničí existuje pro pacienty po totální laryngektomii mnoho edukačních materiálů, svépomocných skupin a terapeutických možností. V současnosti neexistuje v České republice

¹⁰⁵ www.foniatrie.eu [cit. 2021-10-03].

„příručka pro praxi“, která by sloužila jak pro ošetrovatelský a další personál, tak pro samotné pacienty. Ačkoli ORL společnost vytvořila mnoho témat, kterým se v příručkách pro praxi věnují, problematika totální laryngektomie není zpracována. Existuje však, a je také zdarma ke stažení na stránkách České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku¹⁰⁶, materiál *Spríevodca laryngektómie* (Brook, 2021). Autorem publikace je americký lékař, kterému byl odstraněn hrtan a vytvořil publikaci, která je primárně určená pro pacienty, rodinné příslušníky, ale také odbornou veřejnost. Pacienti, rodinní příslušníci i odborníci mohou být také členy *Spolku laryngektomovaných*, který pořádá pro pacienty rehabilitační pobyty, vydává časopis a spravuje webové stránky.

V zahraničních zdrojích lze dohledat, že odbornou veřejnost v různých místech světa trápí obdobná problematika u pacientů po totální laryngektomii, jako odborníky v České republice. Velké dojezdové vzdálenosti do specializovaných nemocnic a rozdíly v poskytování péče jsou problémem např. v Austrálii (Hancock, 2020). Stejně tak se v zahraničí hledá shoda, kdo by měl být členem multidisciplinárního týmu.

Předloženou rigorózní práci zabývající se ztrátou hlasu po totální laryngektomii lze považovat z hlediska kvalitativního zpracování problematiky v tuzemském výzkumu za ojedinělou, ačkoli se jedná o onemocnění, které je zkoumáno již od konce 19. století (Šebová, 2010). V průběhu výzkumu se objevovala nová témata, se kterými by se dalo dále pracovat, další data by ale byla nad rámec této práce. Lze očekávat, že zájem o tuto problematiku bude i nadále pokračovat a vzniknou práce další.

Na základě získaných dat a dat dohledaných v literatuře lze říci, že chirurgickým zákrokem – totální laryngektomií – přichází pacienti o specifickou osobnostní a svým způsobem značně intimní charakteristiku, a to o vlastní hlas. Osoby, které nebyly premorbidně hlasovými profesionály nepocítují ztrátu hlasu jako „největší hendikep“. Po operaci se však laryngektomované osoby setkávají s komplexem obtíží, které se týkají různých oblastí každodenního života. Pro praxi lze tedy doporučit multidisciplinární péči o tyto pacienty, odborný a také osobní zájem všech zúčastněných. Za nedostatečné lze také považovat povědomí o tomto závažném onemocnění u široké veřejnosti. Laická veřejnost si s tímto onemocněním nejčastěji spojí spisovatele *Jiřího Žáčka*, nedávno zesnulého herce *Stanislava Fišera*, nebo herce *Jiřího Pomeje*. Známe je také americký herec *Val Kilmer* (Bohuslav, 2022),

¹⁰⁶ www.otorinolaryngologie.cz [cit. 2022-10-04].

kterému byl pro roli ve filmu „*Top Gun: Maverick*“ vytvořen pomocí dřívějších nahrávek hlasu syntetizovaný hlas. V zahraničí je osvěta na lepší úrovni. Například v USA je větší nabídka pomůcek pro pacienty po totální laryngektomii, stejně tak i větší množství publikací. Pacientská organizace sdružující stejně nemocné osoby má pochopitelně také mnohem větší členskou základnu, než je tomu v České republice. Mezi osvětové aktivity lze také zařadit britský film „*Can You Hear My Voice?*“¹⁰⁷, který ukazuje život po totální laryngektomii u konkrétních osob, a to v kontextu přípravy na koncert, na kterém „zpívají“ laryngektomovaní. Poselstvím tohoto filmu zní: „*odstraněním hrtanu život pokračuje dál a se skupinou stejně nemocných lidí lze dokázat nepředstavitelné*“. O osvětovou činnost se v tuzemsku nejvíce stará *Spolek laryngektomovaných*, například zprávami v médiích, rekondičními pobyty, nebo spravováním webových stránek. Zapojení rodiny do terapeutického procesu je také zásadní. Všichni účastníci výzkumu této práce hovoří o partnerech, dětech a sourozencích jako o významných osobnostech, které měly velký podíl na rekonvalescenci po operaci. Na rekonvalescenci se ale největší měrou podílí sám pacient, tedy osoba po totální laryngektomii se svými zcela jedinečnými zkušenostmi.

¹⁰⁷ <https://www.canyouhearmyvoice.com> [cit. 2022-03-16].

6 LIMITY STUDIE

Výsledky práce jsou ovlivněny mnoha proměnnými. Limity studie vycházejí z členění Chrastiny (2019), který uvádí dělení ve čtyřech úrovních. Vzhledem k povaze kvalitativních dat lze považovat za problematický aspekt výběr účastníků výzkumu. Do výzkumu se zapojili účastníci, kteří byli ochotni sdělit své zkušenosti. S tím rovněž úzce souvisí pravdivost výpovědí účastníků. Lze předpokládat, že některé informace mohly být záměrně, nebo neúmyslně zatajeny.

Limitem na straně výzkumníka je skutečnost, že se jedná o první aplikaci metody vícepřípadové studie. Dalším limitem mohl být věk výzkumníka. Ten byl o generaci mladší než účastníci výzkumu, tedy ve věku jejich potomků. Přestože bylo před vlastním výzkumem zajištěno vhodné a nerušené prostředí, vypnuty telefony apod., došlo u jedné z pacientek k nenadálému vyrušení a nutnosti změnit místo výzkumu. Tato změna místa výzkumu je dalším limitem na straně výzkumníka.

Limitem studie na straně případů je v první řadě komunikační hendikep, který vzniká jako následek totální laryngektomie. Účastníci tohoto výzkumu tvoří hlas pomocí elektrolaryngu, jícnovým hlasem, nebo pomocí bukalního šepotu. Během výzkumu a vlastní nahrávky vstupoval výzkumník do promluvy účastníka a pro zvukovou nahrávku některé věty, nebo pasáže nahlas přepravěl. Rovněž se vyskytla místa, která nebyla výzkumníkovi dobře srozumitelná a bylo nutné se k určitým pasážím vracet a ověřovat si sdělené informace. Limitem je také schopnost vybavit si vzpomínky na složité životní období a ochota o nich vyprávět. Jako příklad lze uvést účastnici výzkumu Helenu, která v průběhu výzkumu při vzpomínce na události týkající se operace a léčby opakovaně plakala. Jeden účastník výzkumu, přesto že operaci prodělal relativně nedávno, si některé podstatné události pamatoval velmi nepřesně. Účastnice Helena byla ve smyslu ochoty vyprávět svůj životní příběh nejdílnější. U ostatních účastníků je limitem studie právě menší ochota vyprávět o období onemocnění. U všech třech účastníků výzkumu došlo také k nesprávnému pochopení podstaty metody životní křivky, ta tedy musela být v průběhu výzkumu upravena a opakovaně vysvětlena.

Limity studie na straně užitého metodologického rámce: na tomto místě je nutné uvést menší výzkumný vzorek. Jedná se však o případovou studii, která je specifikována jako *detailní popis jednoho nebo několika málo případů* a počet případů není v odborné literatuře přesně

vymezen či definován (Chrastina, 2019). Nízký počet případů lze také vysvětlit specifickým typem onemocnění, kterým totální laryngektomie jistě je, podílí se na něm také skutečnost, že lůžkové oddělení ORL v Nemocnici Havířov zde působí teprve několik let.

Mezi limity studie na straně zkoumané reality lze zařadit nedostatek publikovaných studií pro možnou komparaci s výsledky autorskými. Vzhledem k rozsahu rigorózní práce lze v teoretickém rámci spatřovat limity ve smyslu nedostatečného zpracování technik náhradních hlasových mechanismů, nebo vynechání části anatomie a fyziologie hlasu apod. Jedná se však o témata mnohokrát zpracovaná a v literatuře dohledatelná.

Výzkumná otázka vychází z vymezení hlavního a dílčích **cílů práce**. Cíle jsou následující:

Hlavním cílem práce bylo *zjistit a popsat zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii v kontextu logopedické terapie a rehabilitace hlasu, a tím přinést do teoreticko-praktické roviny oboru logopedie nové poznatky.*

Dílčími cíli byly:

- *na základě zjištěných poznatků vytvořit návrh modelu komplexní péče a mezioborové spolupráce uplatnitelný u osob po totální laryngektomii;*
- *navrhnout doporučení pro praxi určené klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii.*

ZÁVĚR

Tématem rigorózní práce jsou zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část práce je tvořena teoretickým rámcem, ve kterém jsou vymezeny základní pojmy, které poté byly v práci definovány. Druhou částí je vlastní výzkum, ve kterém jsou položeny cíle výzkumu a výzkumná otázka. Obsahem této části je popis a následné ověření kvalitativní metodiky, která je v logopedickém výzkumu specifická. Autorský výzkum lze považovat za první pilotní studii svého druhu v ČR.

V práci byl stanoven jeden cíl hlavní a dva cíle dílčí. Hlavním cílem bylo *zjistit a popsat zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii v kontextu logopedické terapie a rehabilitace hlasu, a tím přinést do teoreticko-praktické roviny oboru logopedie nové poznatky*. Naplnění tohoto cíle předcházelo studium a analýza odborných textů převážně zahraničních a poté i vlastní výzkum. Pro vlastní výzkum bylo využito zkušeností tří pacientů po totální laryngektomii. Zkušenosti těchto pacientů v mnoha ohledech korelují s dělením obtíží v práci Stemple (2020). Obtíže po totální laryngektomii jsou členěny do třech kategorií. Bezprostředně po operaci je u pacienta nejvíce vnímána oblast *fyzických obtíží*. Pacienti tohoto výzkumu hovoří nejčastěji o znetvoření krku, tracheostomii, ztrátě čichu a chuti, vytržení zubů, bolesti, obtížích s dýcháním, otocích, znecitlivění krku a kašli. Další oblastí, která je po operaci významně postižena je *komunikace*. Nemožnost mluvit, ztrátu hlasu, považují pacienti za významné narušení v jejich životě, které se projevuje v různých oblastech. Třetí kategorií je narušení *v oblasti psychosociální*. Zde pacienti zmiňují narušené, nebo změněné vztahy s partnerem, rodinou a přáteli. Patří zde také narušení v oblasti volnočasových aktivit. Některé dosud provozované aktivity musí pacienti po operaci omezit (sporty, společenské akce), některé zcela vynechat (např. sprchování, plavání). Významnou měrou se ztráta hlasu projevuje psychickými obtížemi. Pacienti hovoří o strachu z nemoci, zvýšené psychické zátěži a sociální izolaci. Hlavní cíl práce byl splněn.

Prvním dílčím cílem bylo *vytvořit návrh modelu komplexní péče a mezioborové spolupráce uplatnitelný u osob po totální laryngektomii*. Cíl je popsán v kapitole *Model komplexní péče o pacienty po totální laryngektomii*. Pro přehlednost údajů byla vytvořena tabulka *Tým specialistů pečující o pacienty po totální laryngektomii v Nemocnici Havířov* a dále pak *Srovnávací tabulka odborných specialistů v zahraničí a Nemocnici Havířov*. Tento cíl práce byl splněn.

Druhým dílčím cílem práce bylo *navrhnout doporučení pro praxi určené klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii*. Tento cíl práce byl splněn vytvořením tabulky *Doporučení pro praxi určené klinickým logopedům*, která je rozdělena do třech období. První období se týká doby před operací, druhé období časem hospitalizace a třetí období propuštěním z nemocnice. Klinickým logopedům, kteří s pacienty po totální laryngektomii dosud nepracovali, mohou být tato doporučení inspirací. Vytvořením doporučení pro praxi byl tento cíl práce splněn.

Rigorózní práce by měla přispět k obohacení logopedické odborné literatury o náhled na ztrátu hlasu po totální laryngektomii z pohledu pacientů. Výzkumem byly zjištěny významné obtíže psychického rázu. V dalších výzkumech by byl na psychické obtíže po totální laryngektomii vhodný výzkum psychologický. Pacienti také opakovaně zmiňovali důležitost partnerů, potomků, rodiny i přátel a jejich podporu během nemoci. Pohled rodiny na totální laryngektomii a její dopady by mohl být dalším výzkumem na toto téma. Vzhledem k jedinečnosti případů a nízkému počtu pacientů s tímto onemocněním se osvědčil kvalitativní typ studie. Jelikož se jednalo o studii pilotní, bylo by zajímavé rozpracování tématu do rozsáhlejšího, celorepublikového výzkumu provedeného stejnou metodologií s cílem získat data od vyčerpávajícího zkoumaného souboru dostupného v ČR. Studie také zmiňovala vysoké profesní nároky na zdravotnický personál pečující o osoby po totální laryngektomii a multidisciplinární spolupráci. Bylo by tedy žádoucí zaměřit se na efektivitu multidisciplinárního týmu pečující o laryngektomované pacienty a detailní studii potřeb zdravotnických pracovníků.

Seznam použitých zdrojů:

1. ALGAVE, Danielle Patricia a Lúcia Figueiredo MOURAO. Quality of life in total laryngectomy patients: an analysis of different assessment tools. *Rev. CEFAC*. 2015, **17**(1), 58-70.
2. AMA – Společnost onkologických pacientů, jejich rodinných příslušníků a přátel [online]. Most [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <http://www.amasop.cz/>
3. *Amelia: Psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké* [online]. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.amelie-zs.cz/>
4. AMPIL, F.L., C.O. NATHAN, G. CALDITO, T.F. LIAN, R.F. AARSTAD. Total laryngectomy and postoperative radiotherapy for T4 laryngeal cancer: A 14 – year review. *American Journal of Otolaryngology*. 2004, **25**, 88-93. Dostupné z: doi:10.1016/j.amjoto.2003.11.004
5. APERT, V., F. CARSUZAA, D. TONNERRE, J. LECLERC, J.-P. LEBRETON a A. DELAGRANDA. Speech restoration with tracheoesophageal prosthesis after total laryngectomy: An observational study of vocal results, complications and quality of life. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*. 2022, (139), 73-76. Dostupné z: doi:10.2016/j.anorl.2021.05.008
6. *Arcus: Pomoc onkologickým pacientům Olomouc, ozdravné pobyty* [online]. Olomouc [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <http://arcus-oc.org/>
7. ARORA, A., R. HETTIGE, S. IFEACHO a A. NARULA. Driving standards in tracheostomy care: a preliminary communication of the St Mary's ENT-led multi disciplinary team approach. *Clinical Otolaryngology*. 2008, (33), 596-599.
8. Artificial larynx[foto]. In: *lamedicalwholesale* [online]. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.lamedicalwholesale.com/product/solatone-basic-artificial-larynx-with-9v-battery>
9. ATTIEH, Abdelrahim Y, Jeff SEARL, Nada H. SHAHALTOUGH a a kol. Voice restoration following total laryngectomy by tracheoesophageal prosthesis: Effect on patients quality of life and voice handicap v Jordan. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008, **6**(26), 1-10. Dostupné z: doi:10.1186/1477-7525-6-26
10. *Automatická konzervace a rekonstrukce hlasu se zaměřením na pacienty po totální laryngektomii*, EPSILON, TH 02010307, 2017-2020, spoluředitel.
11. BARKER, Paul, Christopher NEWELL a George NEWELL. Can a computer-generated voice be sincere? A case study combining music and synthetic speech. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. 2013, **38**, 126-134. ISSN 1401-5439. Dostupné z: doi:10.3109/14015439.2013.795605
12. BEDNÁROVÁ, Lucia. *Špecifická zvládání zátěže v starostlivosti o dítě s poruchou autistického spektra v rodinnom prostredí*. Olomouc, 2022. Dizertačná práca. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra speciální peragogiky. Vedoucí práce Jan CHRASTINA.
13. BICKFORD, J. M., J. COVENEY, J. BAKER a D. HERSH. Support following total laryngectomy: Exploring the concept from different perspectives. *Eur J Cancer Care*. 2018, **27**(12848), 1-10. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1111/ecc.12848>
14. BICKFORD, Jane, John COVENEY, Janet BAKER a Deborah HERSH. Validating the Changes to Self-identity After Total Laryngectomy. *Cancer Nursing*. 2019, **42**(4), 314-322. Dostupné z: doi:10.1097/NCC.0000000000000610
15. BOHUSLAV, Tomáš, 2022. NEMOC JEJ PŘIPRAVILA O HLAS, PŘESTO HVĚZDNÝ VAL KILMER V NOVÉM TOP GUNU OPĚT ZÁŘÍ. STALO SE TAK DÍKY UMĚLÉ INTELIGENCI. In: *Euro* [online]. Praha, 01.06.2022 [cit. 2022-10-13].

Dostupné z: <https://www.euro.cz/clanky/nemoc-jej-pripravila-o-hlas-presto-hvezdny-val-kilmer-v-novem-top-gunu-opet-zari-stalo-se-tak-diky-umele-inteligenci/>

16. BOLÍVAR, Antonio a kol. Globalización e identidades: (des)territorialización de la cultura. *Revista de Educación*. Special Issue "Globalización y Educación". 2001, **1**, 265–288. ISSN 1988-2793.
17. BOŘIL, Hynek. Lombardův efekt v řečové databázi CLSD. V *Analýza a zpracování řečových a biologických signálů*. Praha: ČVUT FEL, Katedra teorie obvodů, 2005, díl 1, 1–6. ISBN 80-01-03412-7.
18. BOZEC, Alexandre, Gilles POISSONNET, Emmanuel CHAMOREY a kol. Results of vocal rehabilitation using tracheoesophageal voice prosthesis after total laryngectomy and their predictive factors. *Eur Arch Otorhinolaryngolog*. 2010, (267), 751-758. Dostupné z: doi:10.1007/s00405-009-1138-x.
19. BROOK, Itzhak. *Sprivodca laryngektómiou* [online]. Bratislava: Univerzita Komenského. 2021. [cit. 2022-10-16]. ISBN 978-80-223-5111-9.
20. BROWN, Jessica A., Kelly KNOLLMAN-PORTER, Karen HUX, Sarah E. WALLACE a Camille DEVILLE. Effect of digital highlighting on reading comprehension given text-to-speech technology for people with aphasia. *Aphasiology* [online]. 2020, 1-22 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: doi:10.1080/02687038.2020.1787728
21. BÜCHLER, Veronika. Psychoonkologie. In: BÜCHLER, Tomáš. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, 2019, s. 118-123. ISBN 978-80-7345-617-7.
22. BURKONĚ, Petr. Systémová léčba zhoubných nádorů hlavy a krku. In: ŠLAMPA, Pavel a Petr SMILEK. *Nádory hlavy a krku: Přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016, s. 68-77. ISBN 978-80-204-3743-3.
23. BYRNE, A., M. WALSH, M. FARRELLY a K. O'DRISCOLL. Depression following laryngectomy. A pilot study. *British Journal of Psychiatry*. 1993, **163**, 173-176.
24. Can you hear my voice? [online]. Bill Brummel. England, 2020. [cit. 2022-10-13]. Dostupné z: <https://www.canyouhearmyvoice.com>
25. Cancer Programs. In: *facs*[online]. Chicago, 2022. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.facs.org/quality-programs/cancer/ajcc>
26. CAREW, J. F. The larynx: Advanced Stage Disease In: SHAH, Jatin, Snehal G. PATEL a Alice Y. CHEN. *Cancer of the head and neck*. Hamilton, Ont, BC Decker. Atlas of clinical oncology. 2001. ISBN 1-55009-084-4.
27. CAVE, Richard a Steven BLOCH. Voice banking for people living with motor neurone disease: Views and expectations. *Int J Lang Commun Disord*. 2021, **56**(1), 116-129. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12588
28. CLARKE, P., K. RADFORD, M. COFFEY a M. STEWART. Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology and Otology*. 2016, **130**, 176-180. Dostupné z: doi:10.1017/S0022215116000608
29. CLEERE, Eoin F., Sherif MAMDOUH, Emma DEVOY-FLOOD, Marie-Therese O'CALLAGHAN, Fiachra MARTIN, John B. SULLIVAN, Neville SHINE a James P. O'NEILL. Free Flap microvascular pharyngeal closure results in improved dysphagia-specific quality of life following total laryngectomy. *European Journal of Plastic Surgery*. 2022, **45**, 399-407. Dostupné z: doi:10.1007/s00238-021-01893-3
30. COCUZZA, Salvatore, Antonino MANIACI, Calogero GRILLO a kol. Voice-Related Quality of Life in Post-Laryngectomy Rehabilitation: Tracheoesophageal Fistula's

- Wellness. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020, (17), 1-11. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17124605
31. COUL, B. M. R. Op De, A. H. ACKERSTAFF, C. J. Van AS-BROOKS, F. J. A. Van Den HOOGEN, C. A. MEEUWIS, J. J. MANNI a F. J. M. HILGERS. Compliance, quality of life and quantitative voice quality aspects of hands-free speech. *Acta Oto-Laryngologica*. 2005, (125), 629-637. ISSN 0001-6489. Dostupné z: doi:10.1080/00016480510031515
 32. COX, S. R., J. A. THEURER a S. J. SPAULDING. The multidimensional impact of total laryngectomy on women. *Journal of Communication Disorders*. 2015, (56), 59-75.
 33. COX, Steven R., Kimberly MCNICHOLL, Christine H. SHADLE a Wei-rong CHEN. Variability of Electrolaryngeal Speech Intelligibility in Multitalker Babble. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2020, **29**, 2012-2022. Dostupné z: doi:10.1044/2020-AJSLP-20-00092
 34. CRESWELL, J. W. *Educational research*. 1st ed. Upper Saddle River: Merrill Prentice Hall. 2004, 640. ISBN 978-0-1311-2790-6.
 35. ČERMÁK, Ivo. „Genres“ of Life-Stories. V ROBINSON, D., HORROCK, Ch., KELLY, N., ROBERTS, B. (Eds.). Narrative, Memory and Identity. Huddersfield: University of Huddersfield Press. 2004.
 36. ČERNÝ, Libor. Edukace jícnového hlasu. *Otorinolaryng. A Foniatr. Prague*. 2012, **61**(4), 245-248.
 37. ČOČEK, Aleš. Hrtan a průdušnice. ALEŠ, Hahn. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007, 245-282. ISBN 978-80-247-0529-3.
 38. DAHL, Kimberly L, Rachel K BOLOGNONE, Jana M CHILDES, Rebecca L PRYOR, Donna J GRAVILLE a Andrew D PALMER. Characteristics associated with communicative participation after total laryngectomy. *Journal of Communication Disorders*. 2022, (96), 1-16. Dostupné z: doi:10.1016/j.jcomdis.2022.106184
 39. DANKER, Helge, Dorit WOLLBRUCK, Susanne SINGER, Michael FUCHS, Elmar BRAHLER a Alexandra MEYER. Social withdrawal after laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010, (267), 593-600. Dostupné z: doi:10.1007/s00405-009-1087-4
 40. DAVIDSON, B. J. Epidemiology and etiology. SHAH, Jatin, P. a Snehal G. PATEL. *Cancer of the head and neck*. Hamilton: Ont.: BC Decker, 2001. ISBN 1-55009-084-4.
 41. DENZIN, N. *Interpretative interactionism*. 2nd ed. Applied Social Research Methods Series, vol. 16. London: Thousand Oaks, 1989, 187. ISBN 0-7619-1513-3.
 42. *Diakonie Českobratrské církve Evangelické: Sociálně aktivizační služba Lifetool* [online]. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://lifetool.diakonie.cz/>
 43. DOLEŽAL, Pavel. Hrtan. DOLEŽAL, Pavel a Marián SIČÁK. *Otorinolaryngológia a chirurgia hlavy a krku*. Bratislava: Herba-Dieškova edícia. 2018. ISBN 978-80-89171-72-8.
 44. DOOKS, Penny, Maurene MCQUESTION, David GOLDSTEIN a Alex MOLASSIOTIS. Experiences of patients with laryngectomies as they reitegrate into their community. *Support Care Cancer*. 2012, **20**, 489-498. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-011-1101-4
 45. DRAGIČEVIĆ, Danijela, Rajko M. JOVIĆ, Vladimir KLJAJIĆ a kol. Comparison of Voice Handicap Index in Patients with Esophageal and Tracheoesophageal Speech after Total Laryngectomy. *Folia Phoniatr Logop*. 2019, 1-7. Dostupné z: doi:10.1159/000502091

46. DRŠATA, Jakub, Jan VOKURKA, Petr ČELAKOVSKÝ a kol. Přehled foniatrických možností úpravy hlasu po onkologické léčbě nádorů oblasti hlavy a krku. *Onkologie*. 2008, 2(2), 91-93.
47. DRŠATA, Jakub, CHROBOK, Viktor. *Foniatrie – hlas*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. 2011. ISBN 978-80-7311-116-8.
48. DRUGMAN, Thomas, Myriam RIJCKAERT, Claire JANSSENS a Marc REMACLE. Tracheoesophageal speech: A dedicated objective acoustic assessment. *Computer Speech and Language*. 2015, (30), 16-31. Dostupné z: doi:10.1016/j.csl.2014.07.003
49. DVORÁK, D., K. STARÝ, P. URBÁNEK, M. CHVÁL a E. WALTEROVÁ. *Česká základní škola: vícepřípadová studie*. Praha: Karolinum. 2010. ISBN 978-80-246-1896-8.
50. Esophageal Speech. In: *inhealth* [foto]. In: Inhealth [online]. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: [https://inhealth.com/media/documents/pdf/LT_ANATOMICAL_AID-B_ENG_WEB\(1\).pdf](https://inhealth.com/media/documents/pdf/LT_ANATOMICAL_AID-B_ENG_WEB(1).pdf)
51. FARBER Dana. In: About Throat (Laryngeal) Cancer [online]. 24.8.2021 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <https://www.dana-farber.org/throat-laryngeal-cancer/>
52. FULLER, Clifton D., Abdallah S.R. MOHAMED, Adam S. GARDEN, G. Brandon GUNN, Collin F. MULCAHY, Mark ZAFEREO, Jack PHAN a Stephen V. LAI. Long-term outcomes after multidisciplinary management of T3 laryngeal squamous cell carcinomas: Improved functional outcomes and survival with modern therapeutic approaches. *Head and Neck.*, 2016, 1-13. Dostupné z: doi:10.1002/hed.24532
53. GÁL, Břetislav, Marek SLÁVIK a Petr MATOUŠEK. Zhoubné nádory hrtanu. ŠLAMPA, Pavel a Pavel SMILEK. *Nádory hlavy a krku: Přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016, 173-188. ISBN 978-80-204-3743-3.
54. GALL, M. D., GALL, J. P., BORG, W. R. 2003. *Educational Research: An Introduction*. 1st ed. Boston: Allyn a Bacon, 2003. 656. ISBN 0-321-08189-7.
55. GALLI, A., L. GIORDANO, M. BIAFORA, M. TULLI, D. Di SANTO a M. BUSSI. Voice prosthesis rehabilitation after total laryngectomy: are satisfaction and quality of life maintained over time? *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2019, 39, 162-168. Dostupné z: doi:10.14639/0392-100X-2227
56. GEORGE, A. a A. BENNETT. *Case Studies and Theory Development in the Social Science*. Cambridge. MIT Press. 2005. ISBN: 9780262572224.
57. GERRING, J. What is a case study and what is it good for? *The American Political Science Review*. 2007, 98(2), 341-354.
58. GILÁNIOVÁ, Tereza. *Analýza náhradních zdrojových hlasů po laryngektomii (po odstranění hlasivek)*. Brno, 2009. Diplomová práce. VUT v Brně. Vedoucí diplomové práce Vojtěch Mišun.
59. GILLHAM, Bill. *Case Study Research Methods*. London, UK: Bloomsbury Academic. 2000. ISBN 0 8264 4796 I.
60. GIVEN, L. M. *The SAGE encyclopaedia of qualitative research methods, vol. 1 and 2*. 1st ed. California: SAGE Publications. 2008. 1014. ISBN 978-1-4129-4163-1.
61. GUIDOTTI, Lucilla, Davide NEGRONI, Luigi SIRONI a Alessandro STECCO. Neural Correlates of Esophageal Speech: An fMRI Pilot Study. *Journal of Voice*. 2020, 1-14. Dostupné z: doi:10.1016/j.jvoice.2020.05.022
62. HANCOCK, Kelli L., Elizabeth C. WARD a Anne E. HILL. Factors contributing to clinician training and development in the clinical area of laryngectomy and tracheoesophageal voice. *Int J Lang Commun Disord*. 2020, 1-12. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12553

63. HARVEY, Judy a Karen HUX. Text-to-speech accommodations for the reading challenges of adults with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2015, **29**(7-8), 888-897. Dostupné z: doi:10.3109/02699052.2015.1022878
64. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408. ISBN 80-7367-040-2.
65. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepr. a rozš.vyd. Praha: Portál. 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
66. HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
67. HENSLEE, Jack. *Look Who's Talking*. Leipzig: Amazon distribution. 2014. ISBN 9781500246488.
68. HEŘMANSKÝ, Martin. Analýza a interpretace dat v kvalitativním výzkumu. NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVIČKOVÁ JANTULOVÁ. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, 2019, 417-443. ISBN 978-80-7571-025-3.
69. HILGERS, Dam VAN, S. KEYZERS a As VAN. Rehabilitation of olfaction after laryngectomy by means of a nasal airflow inducing maneuver: The "polite yawning" technique. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000, (126), 726-732.
70. HOČEVAR-BOLTEŽAR, Irena a Miha ŽARGI. Communication after laryngectomy. *Radiol Oncol.* 2001, **35**(4), 249-254.
71. HORÁKOVÁ, Zuzana. Diagnostika maligních nádorů hlavy a krku, určení klinického stadia onemocnění. ŠLAMPA, Pavel a Pavel SMILEK. *Nádory hlavy a krku: Přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016, 50-59. ISBN 978-80-204-3743-3.
72. HOTZ, Michael A., Ariane BAUMANN, Isabelle SCHALLER a Peter ZBAREN. Success and Predictability of Provox Prosthesis Voice Rehabilitation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002, (128), 687-691.
73. HUNALOVÁ, Lenka. Integrace životní zkušenosti: výzkumné možnosti metody životní křivky [online]. Brno, 2007 [cit. 2022-04-03]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Marek Blatný. Dostupné z: <https://theses.cz/id/iji9v6/>.
74. HURREN, Anne, Nick MILLER a Paul CARDING. Perceptual Assessment of Tracheoesophageal Voice Quality With the STOPS: The Development of a Reliable and Valid Tool. *Journal of Voice.* 2018, **33**(4), 1-8. Dostupné z: doi:10.1016/j.jvoice.2017.12.006
75. HUTTON, J. M. a M. WILLIAMS. An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2001, **39**, 333-339. Dostupné z: doi:10.1054/bjom.2001.0645
76. HUX, Karen, Kelly KNOLLMAN-PORTER, Jessica BROWN a Sarah E. WALLACE. Comprehension of synthetic speech and digitized natural speech by adults with aphasia. *Journal of Communication Disorders.* 2017, **69**, 15-26. Dostupné z: doi:10.1016/j.jcomdis.2017.06.006
77. HYBÁŠEK, Ivan. Nemoci hrtanu. HYBÁŠEK, Ivan a Jan VOKURKA. *Speciální otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, 1997, 40-52. ISBN 80-7184-386-5.
78. HYBÁŠEK, Ivan. *eOtorinolaryngologie* [online]. 10. Hradec Králové: Univerzita Karlova [cit. 2022-10-16]. 2020. ISBN 1803-280X. Dostupné z: <https://www.eorl.cz/kniha/10-PORUCHY-HLASU-A-RECI.pdf>
79. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 272. ISBN 978-80-247-1369-4.

80. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada. 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
81. CHRASTINA, Jan. *Kvalitativní výzkum limitů životního stylu u osob s chronickým onemocněním*. Olomouc, 2013. Disertační práce (Ph.D.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Kateřina IVANOVÁ.
82. CHRASTINA, Jan. Problematika a posouzení kvality života onkologických pacientů. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media Medicus. 2018, 231-237. ISBN 978-80-88129-37-0.
83. CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study – a method of qualitative research strategy and research design*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2019. ISBN 978-80-244-5373-6.
84. CHROBOK, Viktor, Jaromír ASTL a Pavel KOMÍNEK. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf. 2004. ISBN 80-7345-031-3.
85. *International Association of Laryngectomees* [online]. Atlanta [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.theial.com/>
86. *International Union Against Cancer* [online]. Ženeva [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.uicc.org/>
87. Ivan Hybášek, Jan Vokurka et al.: eOtorinolaryngologie. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů. Portál Lékařské fakulty v Hradci Králové [online], [cit. 28. 01. 2022]. Dostupný z WWW: <https://mefanet.lfhk.cuni.cz/clanky.php?aid=18>. ISSN 1803-280X.
88. IYPE, Elisabeth Mathew, Deepak JANARDHANAN, Shirish PATIL, Sandeep SURESH a kol. Voice rehabilitation after laryngectomy: A regional cancer centre experience and review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s12070-019-01707-w>
89. *Jelimán: Pomáháme onkologickým pacientům* [online]. Týniště nad Orlicí [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <http://www.jeliman.net/kontakt/>
90. JOHANSSON, Mia, Anna RYDÉN, Karin AHLBERG a Caterina FINIZIA. Setting boundaries“ – Mental adjustment to cancer in laryngeal cancer patients: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012, (16), 419-425. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejon.2011.09.007
91. KAPILA, M., N. DEORE a kol. A brief review of voice restoration following total laryngectomy. *Indian Journal of Cancer*. 2011, **48**(1), 99-104. Dostupné z: doi:10.4103/0019-509X.75841
92. KAYE, Rachel, Christopher G. TANG a Catherine F. SINCLAIR. The electrolarynx: voice restoration after total laryngectomy. *Medical Devices: Evidence and Research*. 2017, (10), 133-140. Dostupné z: doi:10.2147/MDER.5133225
93. KAZDIN, A.E. *Research design in clinical psychology*. Boston, USA: Allyn a Bacon. 2003. ISBN: 978-1-108-99521-4.
94. KAZI, Rehan, Chris NUTTING, Peter RHYS-EVANS a Kevin HARRINGTON. A short perspective on the surgical restoration of alaryngeal speech. *Southern Medical Association*. 2009, 838-840. Dostupné z: doi:0038-4348/0-2000/10200-0838
95. KESZTE, J. a kol. Mental disorders and psychosocial support during the first year after total laryngectomy: A prospective cohort study. *Clinical Otolaryngology*. 2013, **38**, 494-501. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/coa.12194>
96. KESZTE, J., H. DANKER a A. DIETZ, Mental disorders and psychosocial support during the first year after total laryngectomy: A prospective cohort study. *Clin. Otolaryngol*. 2013, **38**, 494-501. Dostupné z: doi.org/10.1111/coa.12194

97. KLOZAR, Jan. *Speciální otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum. 2005. ISBN 80-7262-346-x.
98. Knowledge and Skills for Speech-Language Pathologists With Respect to Evaluation and Treatment for Tracheoesophageal Puncture and Prosthesis. In: *Asha* [online]. 2003.[cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <https://www.asha.org/policy/ks2004-00070/>
99. KOIKE, M., N. KOBAYASHI a H. HIROSE. Speech Rehabilitation after Total Laryngectomy. *Acta Otolaryngol.* 2002, (547), 107-112. ISSN 0365-5237.
100. KOIKE, Minako, Noriko KOBAYASHI, Hajime HIROSE a Yuki HARA. Speech Rehabilitation after Total Laryngectomy. *Acta Otolaryngol.* 2002, (547), 107-112. ISSN 0365-5237.
101. KOLÁŘOVÁ, Iveta, Jaroslav VAŇÁSEK, Karel ODRÁŽKA a kol. Nové metody radioterapie. *Vojenské zdravotnické listy*. 2008, **77**(3), 93-97.
102. KOMÍNEK, Pavel a kol. Poruchy polykání po chirurgických výkonech. TEDLA, Miroslav a kol. *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009, 150-160. ISBN 978-80-7311-105-2.
103. KORDULOVÁ, Pavla a Renata HAKENOVÁ. Péče o PEG a řešení jejich komplikací. *Medicína pro praxi*. 2017, **14**(5), 263-266.
104. KRAUS, Jaroslav. Karcinom hrtanu – Současné trendy. *Onkologie*. 2005, **53**(3), 13-16.
105. KRČÁL, Jiří, Ondřej TRČKA, Jaromír NASSWETTER a David SLOUKA. Ostatní problematika zevního krku. SLOUKA, David. *Otorinolaryngologie*. Praha: Galén, 2018, 225-239. ISBN 978-80-7492-391-3.
106. KRESIĆ, Sanja, Mila VESELINOVIĆ, Gordana MUMOVIĆ a Slobodan MITROVIĆ. Possible factors of succes in teaching esophageal speech. *Med Pregl*. 2015, **68**(1-2), 5-9. Dostupné z: doi:10.2298/MPNS1502005K
107. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200. ISBN 80-247-0179-0
108. KUČEROVÁ, Jana. *Psychické a sociální aspekty nemocných způsobené ztrátou či poruchou hlasu u vybraných chirurgicky léčených skupin nemocných*. Brno. 2010. Disertační práce (Ph.D.). Masarykova univerzita, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Vedoucí diplomové práce Viktor Chrobok.
109. KÜHNE, Katharina, Martin H. FISCHER a Yuefang ZHOU. The Human Takes It All: Humanlike Synthesized Voices Are Perceived as Less Eerie and More Likable.: Evidence From a Subjective Ratings Study. *Frontiers in Neurorobotics*. 2020, **14**, 1-15. Dostupné z: doi:10.3389/fnbot.2020.593732
110. LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 1990. ISBN 80-08-00447-9.
111. LICITRA, Lisa, Ulrich KEILHOLZ, Makoto TAHARA, Jin-Ching LIN, Pauline CHOMETTE, Philippe CERUSE, Kevin HARRINGTON a Ricard MESIA. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer. *Oral Oncology*. 2016, (59), 73-79. Dostupné z: doi:10.1016/j.oraloncology.2016.06.002
112. LIPÍŇSKA, Paulina, Natalia TUZ-HRYCYNA a Anna RZEPAKOWSKA. Olfactory function after total laryngectomy – a review of rehabilitation efficacy and methods. *POL OTORHINO REV.* 2022, **11**(1), 28-33. Dostupné z: doi:10.5604/01.3001.0015.7905

113. LOHYNSKÁ, Radka. Karcinomy oblasti hlavy a krku. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media Medicus. 2018, 134-140. ISBN 978-80-88129-37-0.
114. LONGOBARDI, Ylenia, Vezio SAVOIA, Claudio PARRILLA a Maria Raffaella MARCHESE. Pre-operative speech-language pathology counselling in patients undergoing total laryngectomy: A pilot randomized clinical trial. *Current Psychology*. 2021. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01932-z>
115. LONGOBARDI, Ylenia, Vezio SAVOIA, Francesco BUSSU, Luciana MORRA, Giorgia MARI a kol. Integrated rehabilitation after total laryngectomy: A pilot trial study. *Supportive Care in Cancer*. 2019, 27(9), 3537-3544. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-019-4647-1
116. LORÉ, John M. a Jesus E. MEDINA. *An atlas of head and neck surgery*. 4th ed. Ilustroval Robert WABNITZ, Margaret PENCE. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders, 2005. ISBN 0-7216-7319-8.
117. LUKINOVIĆ, Juraj, Mario BILIĆ, Ivan RAGUŽ a kol., Overview of 100 Patients with Voice Prosthesis after Total Laryngectomy – Experience of Single Institution. *Coll. Antropol.* 2012, 36(2), 99-102.
118. MACCALLUM, Julia K., Li CAI, Liang ZHOU, Yu ZHANG a Jack J. JIANG. Acoustic Analysis of Aperiodic Voice: Perturbation and nonlinear dynamic properties in esophageal phonation. *Journal of Voice*. 2009. 23(3), 283-290. Dostupné z: doi:10.1016/j.jvoice.2007.10.004
119. MACLEAN, J., S. COTTON a A. PERRY. Dysphagia following a total laryngectomy? The effect on quality of life, functioning and psychological well-being. *Dysphagia*. 2009, 24(3), 314.
120. MACHÁŇOVÁ, Magda, Jana CVEJNOVÁ a Věra HEJZLAROVÁ. Moderní ozařovací techniky a radioterapie s paliativním záměrem. XXXV. *Brněnské onkologické dny*. 2011, 35(109), 1-5. ISSN 2570-8791.
121. MÄKITIE, Antti A., Riina NIEMENSIVU, Anja JUVAS a kol. Postlaryngectomy voice restoration using a voice prosthesis: a single institution's ten-year experience. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2003, (112), 1007-1010.
122. Malignant neoplasms of larynx, unspecified. In: ICD-11, WHO [online]. 2022. [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
123. MAREŠ, Jan. *Osobní pohoda a zdraví při podnikání* [online]. Praha, 2013 [cit. 2022-04-04]. Disertační práce (PhD). Vysoká škola ekonomická v Praze. Vedoucí práce Martin LUKEŠ. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8sll0m/>.
124. MAREŠ, Jirí. Tvorba případových studií pro výzkumné účely: Metodologická studie. *Pedagogika* [online]. 2015, 65(2), 113-142 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <http://userweb.pedf.cuni.cz/wp/pedagogika/>
125. MARCHI, Filippo, Marta FILAURO, Francesco MISSALE, a kol. A Multidisciplinary Team Guided Approach to the Management of cT3 Laryngeal Cancer: A Retrospective Analysis of 104 Cases. *Cancers*. 2019, 11(717), 1-15. Dostupné z: doi:10.3390/cancers11050717
126. MATĚJŮ, M. Komunikace s pacientem. BÜCHLER, Tomáš. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf. 2019, 123-128. ISBN 978-80-7345-617-7.
127. MEISNEROVÁ, Eva. Výživa a nádorové onemocnění. *Onkologie* [online]. 2017, 11(1), 24-28 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: www.onkologiecs.cz
128. MELTZNER, Geoffrey S., James T. HEATON, Yunbin DENG, Gianluca DE LUCA, Serge H. ROY a Joshua C. KLINE. Silent Speech Recognition as an Alternative Communication Device for Persons With Laryngectomy. *IEEE/ACM Transactions on*

- audio, speech, and language processing*. 2017, **25**(12), 2386-2398. Dostupné z: doi:10.1109/TASLP.2017.2740000
129. MENVIELLE, G., A. FAYOSÉ, D. LUCE, D. RADOŮ a kol. The joint effect of asbestos exposure, tobacco smoking and alcohol drinking on laryngeal cancer risk: Evidence from the French population-based case-control study, ICARE. *Occupational and Environmental Medicine*. 2016, (73(1)), 28-33. ISSN 14707926.
 130. MILLS, Timothy, H. Timothy BUNNELL a Rupal PATEL. Towards Personalized Speech Synthesis for Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*. 2014, **30**(3), 226-236. Dostupné z: doi:10.3109/07434618.2014.924026
 131. MIOVSKÝ, Michal, Ivo ČERMÁK, Vladimír CHRZ a kol. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV: Vybrané aspekty teorie a praxe*. Olomouc: UPOL. 2005. ISBN 80-244-1159-8.
 132. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
 133. MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.
 134. MIŠUN, Vojtěch. *Tajemství lidského hlasu*. Brno: VUTIUM. 2010. ISBN 978-80-214-3499-8.
 135. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
 136. MOLEN, L., A. F. KORNMAN a M. N. LATENSTEIN. Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from Europe/the Netherlands. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013, (21), 230-238. Dostupné z: doi:10.1097/MOO.0b013e3283610060
 137. MOTTA, Sergio, Iacopo GALLI a Lino Di RIENZO. Aerodynamic findings in esophageal voice. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001, (127), 700-704.
 138. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/>
 139. NASSWETER, Jaromír. Hrtan a trachea. SLOUKA, David. *Otorinolaryngologie*. 1. Praha: Galén, 2018, 177-211. ISBN 978-80-7492-391-3.
 140. NEKHLUDOV, Larissa, Christina LACCHETTI, Nancy B. DAVIS, Thomas Q. GARVEY, David P. GOLDSTEIN a Chris NUNNINK. Head and Neck cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Cancer Society Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. 2017, **35**(14), 1606-1623. Dostupné z: doi:10.1200/JCO.2016.71.8478
 141. NEUBAUER, Karel. Narušení článkování řeči. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2. Praha: Portál. 2007, 307-331. ISBN 978-80-7367-340-6.
 142. NEUBAUER, Karel. Terapie poruch komunikace v klinické praxi. NEUBAUER, Karel a kol. *Kompendium klinické logopedie: Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018, 77-81. ISBN 978-80-262-1390-1.
 143. NG, Manwa L. The use of the Lombard Effect in Improving Alaryngeal Speech. *Journal of Voice*. 2019, 1-11. Dostupné z: doi:10.1016/j.jvoice.2019.07.007
 144. NOONAN, B. J. a J. HEGARTY. The Impact of Total Laryngectomy: The Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*. 2010, **37**(3), 293-301.

145. NOONAN, Brendan J. a Josephine HEGARTY. The Impact of Total Laryngectomy: The Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*. 2010, **37**(3), 293-301. Dostupné z: doi:10.1188/10.ONF.293-301
146. NOVOTNÁ, Hedvika. Výběr vzorku a prostředí výzkumu. NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova. 2019, 291-314. ISBN 978-80-7571-025-3.
147. NOVOTNÝ, Tomáš a Pavel ŠLAMPA. Radioterapie zhoubných nádorů hlavy a krku. ŠLAMPA, Pavel SMILEK. *Nádory hlavy a krku: Přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta, 2016, 77-89. ISBN 978-80-204-3743-3.
148. NUESSE, Theresa, Bianca WIERCINSKI, Thomas BRAND a Inga HOLUBE. Measuring Speech Recognition With a Matrix Test Using Synthetic Speech. *Trends in Hearing*. 2019, (23), 1-14. Dostupné z: doi:10.1177/2331216519862982
149. OFFERMAN, M. P., J. F. PRUYN a M. F. de BOER. Psychological consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners. *Oral Oncology*. 2015, (51), 389-398.
150. PADGET, D. *Qualitative Methods in Social Work Research*. 2nd ed. London: SAGE Publications, 2008, 304. ISBN 978-1-4129-5193-7.
151. PÁLA, Miloslav. Treatment of laryngeal carcinoma. *Onkologie* [online]. 25.4.2016, **10**(3), 138-141 [cit. 2022-01-25]. ISSN 18024475. Dostupné z: doi:10.36290/xon.2016.030
152. PAPEŽOVÁ, Šárka. *Psychosociální podpůrná péče o onkologicky nemocné*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Teologická fakulta Jihočeské univerzity, Katedra pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Zuzana Svobodová.
153. PAULETTO, Sandra, Bruce BALENTINE a Chris PIDCOCK. Exploring expressivity and emotion with artificial voice and speech technologies. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. 2013, (38), 115-125. ISSN 1401-5439. Dostupné z: doi:10.3109/14015439.2013.810303
154. PERKINS, W. H. *Current therapy of communication disorder – Voice disorder*. Thieme Stratton inc. 1983. ISBN 0-86577-101-4.
155. Post-Laryngectomy [foto]. In: *inhealth* [online]. Freudenberg Medical, 2020 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: [https://inhealth.com/media/documents/pdf/LT_ANATOMICAL_AID-B_ENG_WEB\(1\).pdf](https://inhealth.com/media/documents/pdf/LT_ANATOMICAL_AID-B_ENG_WEB(1).pdf)
156. PRAISLER, J., A. PELLANT a V. CHROBOK. Naše zkušenosti s náhradními fonačními mechanismy po totální laryngektomii. *Otorinolaryng. a Foniat. I Prague*. 2002, **51**(3), 189-191.
157. Promedijek – Tracheální kanyla třídílná [foto]. In: *Promedijek* [online]. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.promedijek.cz/kanyla-trachealni>
158. Provox Life go HME [foto]. In: *atosmedical* [online]. 2021. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.atosmedical.com/product/provox-life-go-hme/>
159. PŘIKRYLOVÁ, Monika. Faktory překonávání závislosti na návykových látkách [online]. Brno, 2021 [cit. 2022-04-04]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Věra VOJTOVÁ. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/j4x63>.
160. PUNCH, Keith F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 2. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-262-0980-5.
161. REICHEL, J. *Kapitoly metologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 184. ISBN 978-80-247-3006-6.

162. ŘEPOVÁ, Barbora, Michal ZÁBRODSKÝ, Jan PLZÁK a kol. Text-to-speech synthesis as an alternative communication means after total laryngectomy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2020, (164), 1-6. Dostupné z: doi:10.5507/bp.2020.016
163. RITCHIE, J. a J. LEWIS. *Qualitative research practise: A guide for social science students and researches.* London, UK: SAGE Publications. 2013. ISBN: 9781446209127
164. ROBE, E. Y. A study of the role of certain factors in the development of speech after laryngectomy: 1. Type of operation. *Laryngoscope.* 1956. (66), 173-86.
165. ROBINS, L.N. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry.* 1984, **41**(10), 949-958.
166. ROBINSON, Rachelle A., Virginia A. SIMMS, Elizabeth C. WARD, Molly K. BARNHART, Sophie J. CHANDLER a Robert I. SMEE. Total laryngectomy with primary tracheoesophageal puncture: Intraoperative versus delayed voice prosthesis placement. *Head and Neck* [online]. 2017, **39**(6), 1138-1144 [cit. 2022-01-27]. ISSN 10433074. Dostupné z: doi:10.1002/hed.24727
167. ROTTENBERG, Jan, Rom KOSTŘICA a Pavel SMILEK. Nádory hrtanu. *Onkologická péče.* 2003, **7**(2), 6-8.
168. SAVAGE, J. a M. BIRCHALL, Distribution of head and neck cancer in the UK. *Lancet.* 2001, **1982**(357), 357.
169. SEARL, Jeff a Stephanie KNOLLHOFF. Sense of Effort and Fatigue Associated with Talking After Total Laryngectomy. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2018, (27), 1434-1444. Dostupné z: doi:10.1044/2018_AJSLP-17-0218
170. SEEMAN, Miloslav. *O lidském hlasu.* Praha: Orbis, 1953. Knihovna Československé společnosti pro šíření politických a vědeckých znalostí.
171. SHEKARAI AH, Shella, Venkataraja U AITHAL, Bellur RAJASHEKHAR a Vasudeva GUDDATTU. Cepstral Peak Prominence of Blom-Singer 'Non-Indwelling Low Pressure' and 'Classic Indwelling' Voice Prosthesis in Male Tracheo-oesophageal Speakers. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2018, **6**(12), 5-8.
172. SILVERMAN, D. *Ako robiť kvalitatívny výskum.* 1. vyd. Banská Bystrica: Tlačiarne BB, 2005, 327. ISBN 80-551-0904-4.
173. SINGER, S., O. KRAUSS a J. KESZTE. Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head and Neck.* 2012, **34**(2), 180-187. Dostupné z: doi:10.1002/hed.21702
174. SINGER, Susanne, Helge DANKER, Andreas DIETZ a kol. Sexual problems after total or partial laryngectomy. *The laryngoscope.* 2008, (118), 2218-2224. Dostupné z: doi:10.1097/MLG.0b013e318182cdc6
175. SKLÁDALOVÁ, Marie, Jana ŠKVRŇÁKOVÁ a Roman MICHÁLEK. Naše zkušenosti s komunikací s nemocnými se zhoubnými nádory hlavy a krku. *Florence.* 2012, **5**(12), 32-35.
176. SLAVÍČEK, Aleš. Možnosti rehabilitace pacientů po onkologických výkonech v oblasti hlavy a krku: Onkologie v otorinolaryngologii. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře.* 2002, **4**(9), 1029-1035. ISSN 1212-4184.
177. SLAVÍČEK, Aleš. Rehabilitace po totální laryngektomii. *Sanquis.* 2004, (32), 40-43.
178. SLOUKA, David. Karcinom hrtanu. *Hrtan. Rakovina hrtanu.: Ošetřování po totální laryngektomii.* Plzeň: Fakultní nemocnice. 2016, 32-51. ISBN 978-80-7177-952-0.
179. SLOVÁČEK, Ladislav, Birgita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ a kol. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy.* 2004, **78**(1), 6-9.

180. SLUIS, Klaske E. van, Lisette van der MOLEN, Rob J. J. H. van SON a kol. Objective and subjective voice outcomes after total laryngectomy: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018, (275), 11-26. Dostupné z: doi:10.1007/s00405-017-4790-6
181. SLUIS, Klaske E., Anne F. KORNMAN, Lisette MOLEN, Michiel W. M. BREKEL a Gili YARON. Women's perspective on life after total laryngectomy: a qualitative study. *Int J Lang Commun Disord.* 2020, **55**(2), 188-199. ISSN 1368-2822. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12511
182. SMILEK, Pavel. Pacient s tracheostomií: Vybrané poznámky. CHROBOK, Viktor, Jaromír ASTL a Pavel KOMÍNEK. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče.* Praha: Maxdorf, 2004, 108-117. ISBN 80-7345-031-3.
183. SOOD, Akanksha a Janesh GUPTA. Patient counselling and consent. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018, (43), 43-47. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.10.002
184. *Spolek laryngektomovaných ČR* [online]. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.s-let.cz/>
185. Sprchovací límce [foto]. In: *Luminaud* [online]. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: https://www.luminaud.com/shower_protection
186. STAKE, R. E. *The art of case study research.* 1st ed. London: SAGE Publ. 1995, 192. ISBN 978-0803957671.
187. STANÍKOVÁ, Lucia. *Využití nových endoskopických metod v diagnostice patologických lézí v oblasti hrtanu a hypofaryngu.* Olomouc, 2018. Disertační práce (Ph.D.). Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Pavel Komínek.
188. STEMPLER, Joseph C., Nelson ROY a Bernice K. KLABEN. *Clinical voice pathology: Theory and management.* 6. San Diego: Plural Publishing. 2020. ISBN 9781635500288.
189. STERN, Steven E., Chelsea M. CHOBANY, Disha V. PATEL a kol. Listeners' Preference for Computer-Synthesized Speech Over Natural Speech of People With Disabilities. *Rehabilitation Psychology.* 2014, **59**(3), 289-297. Dostupné z: doi:10.1037/a0036663
190. STEYN, Hendirëthe a Sulina GREEN. Surviving a laryngectomy: the views of post-operative cancer patients and their families. *Social Work/Maatskaplike Werk.* 2018, **54**(2(6)), 225-243. Dostupné z: doi:http://dx.doi.org/10.15270/54-2-635
191. SVOBODA, Tomáš. Nechirurgická léčba. SLOUKA, David. *Hrtan. Rakovina hrtanu: Ošetřování po totální laryngektomii.* Plzeň: Fakultní nemocnice, 2016, 64-88. ISBN 978-80-7177-952-0.
192. Syrx: An artificial larynx that mimics the wearer's former voice. *The index project* [online]. [cit. 2022-10-16]. Dostupné z: <https://theindexproject.org/award/nominees/5858>
193. ŠEBOVÁ – ŠEDENKOVÁ, Irina. Možnosti rehabilitácie hlasu po laryngektómii: Historický prehlad a súčasné trendy. *Choroby hlavy a krku.* 2006, (3-4/2005 a 1/2006), 44-50.
194. ŠEBOVÁ, I., J. DRŠATA a M. ZÁBRODSKÝ. Onkologická problematika ve foniatrii. In: DRŠATA, Jakub. *Foniatrie: Hlas.* Havlíčkův Brod: Tobiáš. 2011, 195-215. ISBN 978-807311-116-8.
195. ŠKVRŇÁKOVÁ, J., A. PELLANT a P. MANDYSOVÁ. Změna komunikace je u pacientů s trvalou tracheostomií největším hendikepem. *Otorinolaryng. A Foniat. Prague.* 2011, **60**(2), 85-90.

196. ŠKVRŇÁKOVÁ, J., M. VALENTOVÁ a J. MEJZLÍK, Kvalita života u onkologicky nemocných po totální laryngektomii. *Florence*. 2008, **4**(2), 79.
197. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 2007, 377. ISBN 978-7367-313-0.
198. TAYLOR, Anne, M. WELLS, G. HUBBARD a A. WORTH. From an illusion of certainty into a reality of uncertainty: A longitudinal qualitative study of how people affected by laryngeal cancer use information over time. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016, (23), 15-23. Dostupné z: doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2016.03.006>
199. TAYLOR, P.Ch. a J. WALLACE, *Contemporary Qualitative Research: Exemplars for Science and Mathematics Educators*. Dordrecht, The Netherlands: Springer. 2007.
200. TEDLA, Miroslav, 2009. *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 9788073111052.
201. *The National Association of Laryngectomee Clubs* [online]. [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://www.laryngectomy.org.uk/>
202. THIAGARAJAN, Balasubramanian. Voice Rehabilitation Following Total Laryngectomy. *Otolaryngology online journal* [online]. 2015, **5**(1.5) [cit. 2022-01-26]. ISSN 2250-0359.
203. THOMAS, G. A typology for the case study in social science following a review of definition, discourse, and structure. *Qualitative Inquiry*. 2011, **17**(6), 511-521.
204. TIPLE, Cristina a kol. The impact of vocal rehabilitation on quality of life and voice handicap in patients with total laryngectomy. *J Res Med Sci*. 2016, **21**(129), 1-8.
205. TOMÍŠKA, Miroslav. Syndrom nádorové anorexie a kachexie. *Onkologie*. 2008, **2**(3), 174-178.
206. TÓTH, Andrea, L. CSERNOCH, I. SZIKLAI a A. SZŰCS. The role of the different neoglottis forms in the development of esophageal voice. *Acta Physiologica Hungarica* [online]. 2014, **101**(3), 291-300 [cit. 2022-01-27]. ISSN 0231-424X. Dostupné z: doi:10.1556/APhysiol.101.2014.004
207. Tracheostomy education[foto]. In: *What is a Laryngectomy?* [online]. [cit. 2021-12-08]. Dostupné z: <https://www.tracheostomyeducation.com/blog/laryngectomy/>.
208. Tracheoesophageal Voice Prothesis [foto]. In: *Inhealth* [online]. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: [https://inhealth.com/media/documents/pdf/LT_ANATOMICAL_AID-B_ENG_WEB\(1\).pdf](https://inhealth.com/media/documents/pdf/LT_ANATOMICAL_AID-B_ENG_WEB(1).pdf)
209. TSAO, Chung-Kan, Filippo MARCHI, Chung-Jan KANG, a kol. Comprehensive Evaluation of Vocal Outcomes and Quality of Life after Total Laryngectomy and Voice Restoration with J-Flap and Tracheoesophageal Puncture. *Cancers*. 2022, **14**(544), 1-13. Dostupné z: doi:10.3390/cancers14030544
210. TYBUREK, Krzysztof. Parameterisation of human speech after total laryngectomy surgery. *Computer Speech and Language*. 2021, (72), 1-14. Dostupné z: doi:10.1016/j.csl.2021.101313
211. TYL, J. *Časové horizonty. Příspěvek k problematice pojmu životního času a metodám jeho zkoumání*. Disertační práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1985.
212. URBÁNKOVÁ, Pavla a Libor URBÁNEK. Nutriční podpora a zajištění výživy u nemocných se zhoubnými nádory hlavy a krku. ŠLAMPA, Pavel a Pavel SMILEK. *Nádory hlavy a krku: Přehled diagnostiky a léčby maligních nádorů horních dýchacích a polykacích cest, hrtanu, slinných žláz a kůže*. Praha: Mladá fronta. 2016, 99-105. ISBN 978-80-204-3743-3.

213. VAN SLUIS, Klaske E., Lisette VAN DER MOLEN, Rob J. J. H. VAN SON, Frans J. M. HILGERS, Patrick A. BHAIRISING a Michiel W. M. VAN DEN BREKEL. Objective and subjective voice outcomes after total laryngectomy: a systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* [online]. 2018, **275**(1), 11-26 [cit. 2022-01-27]. ISSN 0937-4477. Dostupné z: doi:10.1007/s00405-017-4790-6
214. VAN, Dam, Touw, G EMSBROEK, As VAN a N. JONG, Deterioration of olfaction and gestation as a consequence of total laryngectomy. *Laryngoscope*. 1999, (109), 1150-1155.
215. VENCOVÁ, Barbora. *Potřeby rodičů dětí s kombinovaným postižením v raném věku pro stanovení individualizované rané intervence*. Praha, 2019. Disertační práce (PhD). Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Lea Květoňová.
216. VÍCH, Robert a Petr HORÁK. Text-to-speech conversion history and present state. *Biosignal Brno*. 1996, 323-328.
217. VÍTEK, Pavel. Klinická část – léčba dle diagnóz. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Zdeněk KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 3. Praha: Mladá fronta Aeskulap, 2019, 114-143. ISBN 978-80-204-5103-3.
218. VLČKOVÁ, Irena a Marek BLATNÝ. K narativnímu pojetí autobiografické paměti: výzkumné možnosti metody čáry života. MIOVSKÝ, Michal, Ivo ČERMÁK a Vladimír CHRZ. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*. Olomouc: UPOL. 2005, 183-199. ISBN 80-244-1159-8.
219. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. Jessenius. ISBN 80-7345-058-5.
220. VOKURKA, S. Možnosti prevence onkologických onemocnění. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media Medicus. 2018, 45-87. ISBN 978-80-88129-37-0.
221. VOŠMIK, Milan, Miroslav HODEK a kol. Moderní technologie v radioterapii nádorů hlavy a krku. *Onkologie*. 2012, **6**(5), 247-251.
222. VYDROVÁ, Jitka a Viktor CHROBOK. *Hlasová terapie*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku pro nelékaře. 2017. ISBN 978-80-7311-169-4.
223. VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek. 1994. ISBN 80-901601-3-1.
224. WANG, L., Y. FENG a Z. YANG. Development and evaluation of wheelcontrolled pitch-adjustable electrolarynx. *Med Biol Eng Comput. Epub*. 2016, **55**(8): 1463-1472. Dostupné z: 10.1007/s11517-016-1606-6
225. WATSON, Laura-Jayne, David HAMILTON a Joanne M. PATTERSON. Patient experience of the acute post-surgical period following total laryngectomy during the COVID-19 era. *Int J Lang Commun Disord*. 2022, 1-12. Dostupné z: doi:10.1111/1460-6984.12709
226. WATSON, P. J. a R. S. SCHLAUCH. The effect of fundamental frequency on the intelligibility of speech with flattened intonation contours. *Am J Speech Lang Pathol*. 2008, **17**(4), 348-355.
227. WEI, Xudong, Guowei JIN, Wang JUN, Jianxin ZHANG a Xiaoling GAO. Aerodynamic characteristic of the slit-like trachea-esophagus puncture for voice rehabilitation following total laryngectomy. *Acta Oto-Laryngologica*. 2011, (131), 539-545. ISSN 0001-6489. Dostupné z: doi:10.3109/00016489.2010.535849

228. WINSLOW, Terese. Lymph Node Groups of the Neck [foto]. In: *Terese Winslow* [online]. [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.teresewinslow.com/head-and-neck>
229. WOLTERS, Maria K, Christine JOHNSON, Pauline E CAMBELL, Christine G DEPLACIDO a Brian MCKINSTRY. Can older people remember medication reminders presented using synthetic speech?. *J Am Med Inform Assoc.* 2015, (22), 35-42. Dostupné z: doi:10.1136/amiajnl-2014-002820
230. YAVUZ, Melek Ertürk a Ayla GÜRSOY. Patient Communication Following Laryngectomy: A Pilot Study Using Visual Communication Guide. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing.* Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dergisi. 2017, 4(1), 28-42.
231. YIN, R. K. *Case study research: Design and methods.* 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003, 200. ISBN 978-0761925538.
232. YIN, R. K. *Case Study Research. Design and Methods (Applied Social Research Methods).* 4th ed. London: Sage Publications. 2009, 240. ISBN 1412960991.
233. ZANDLOVÁ, Markéta. Rozhovor. NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ. *Metody výzkumu ve společenských vědách.* Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. 2019, 317-352. ISBN 978-80-7571-025-3.
234. *Zdravotnická ročenka ČR 2018* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, uzis.cz [cit. 2022-01-25]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: www.uzis.cz
235. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výzkum.* 2. vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 80–8063–304–2.

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Dělení podle primární lokalizace nádorů	13
Obrázek 2 - Boční pohled po totální laryngektomii	16
Obrázek 3 - Klasifikace krčních uzlin	17
Obrázek 4 - Stomafiltry	20
Obrázek 5 - Kanyla tracheální kovová dvouplášťová	21
Obrázek 6 - Sprchovací límce	24
Obrázek 7 - Jícnový hlas – boční pohled	38
Obrázek 8 - Elektrolarynx – boční pohled	42
Obrázek 9 - Elektrolarynx	43
Obrázek 10 - Hlasová protéza – boční pohled	46
Obrázek 11 - Schéma pro zachycení životní křivky účastníka.....	61
Obrázek 12 – Cantrilův žebřík(Cantril´s Ladder).....	62
Obrázek 13 - Křivka 1 - Helena.....	70
Obrázek 14 - Křivka 2 - Helena.....	70
Obrázek 15 - Křivka 3 - Helena.....	71
Obrázek 16 – Křivka 4 – Helena	71
Obrázek 17 - Sekundární křivky – Helena	73
Obrázek 18- Křivka 1 - Bořivoj.....	78
Obrázek 19 - Křivka 2 - Bořivoj.....	78
Obrázek 20 - Sekundární křivky - Bořivoj	79
Obrázek 21 - Křivka 1 - Jan.....	83
Obrázek 22 - Křivka 2 - Jan.....	84
Obrázek 23 - Sekundární křivky - Jan	84

Seznam grafů

Graf 1 - Četnost nádorů hrtanu podle lokalizace vzniku	14
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Srovnání náhradních hlasových mechanismů	51
Tabulka 2 - Způsoby získávání jednotlivých případů vícepřípadové studie	64
Tabulka 3 – Grafické identifikační údaje	67
Tabulka 4 – Analýza případu 1.....	76
Tabulka 5 – Analýza případu 2.....	81
Tabulka 6 - Analýza případu 3.....	87
Tabulka 7 - Přehled uvedených témat	90
Tabulka 8 - Tým specialistů pečující o pacienty po totální laryngektomii v Nemocnici Havířov	91
Tabulka 9 - Srovnávací tabulka odborných specialistů v zahraničí x Nemocnici Havířov ...	92
Tabulka 10 - Doporučení pro klinického logopeda před operací	96
Tabulka 11 - Doporučení pro klinického logopeda během hospitalizace	97
Tabulka 12 – Doporučení pro klinického logopeda po propuštění z nemocnice	98

Seznam schémat

Schéma 1 - Cantrilův žebřík (Cantril's Ladder)	61
Schéma 2 - Vznik verifikační skupiny vícepřípadové studie	68
Schéma 3 - Kostra příběhu	91
Schéma 4 - Kostra příběhu – shrnutí	105

Seznam příloh

- Příloha 1 Klinická klasifikace TNM
- Příloha 2 Histopatologický stupeň diferenciacie
- Příloha 3 Klasifikace karcinomů hrtanu dle stadií
- Příloha 4 TNM klasifikace karcinomů hrtanu
- Příloha 5 Informovaný souhlas s totální laryngektomií
- Příloha 6 Sedmistupňová hodnotící škála kvality jícnového hlasu dle Robe
- Příloha 7 Příjmový list diagnostický – Helena
- Příloha 8 Operační protokol – biopsie – Helena
- Příloha 9 Příjmový list – Helena
- Příloha 10 Operační protokol TLE – Helena
- Příloha 11 Předběžná propouštěcí zpráva – Helena
- Příloha 12 Propouštěcí zpráva – Helena
- Příloha 13 Vstupní logopedické vyšetření – Helena
- Příloha 14 Denní logopedický záznam – Helena
- Příloha 15 Životní křivka – Helena
- Příloha 16 Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Helenou
- Příloha 17 Vstupní logopedické vyšetření – Bořivoj
- Příloha 18 Kontrolní logopedické vyšetření – Bořivoj
- Příloha 19 Denní logopedický záznam – Bořivoj
- Příloha 20 Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Bořivojem
- Příloha 21 Životní křivka – Bořivoj
- Příloha 22 Příjmový list – Jan

- Příloha 23 Operační protokol – Jan
- Příloha 24 Propouštěcí zpráva – Jan
- Příloha 25 Vstupní logopedické vyšetření – Jan
- Příloha 26 Denní logopedický záznam - Jan
- Příloha 27 Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Janem
- Příloha 28 Životní křivka – Jan
- Příloha 29 Cantrilův žebřík
- Příloha 30 Schéma pro zachycení životní křivky účastníka

Seznam zkratek

A4S	Automatic Acoustic Assessment of Alaryngeal Speech
aj.	a jiné
AJCC	American Joint Committee on Cancer
apod.	a podobně
ASHA	The American Speech-Language-Hearing Association
B	Bořivoj
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CT	Computed tomography
ČR	Česká republika
DVD	Digital Video Disc
EORTC QLQ	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
FEES	Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing
fMRI	Funkční nukleární magnetická rezonance
FN	Fakultní nemocnice
FNO	Fakultní nemocnice Ostrava
H	Helena
HME	Heat and Moisture Exchange
IAL	International Association of Laryngectomees
ICD	International Classification of Diseases
I-SECEL	Self-Evaluating of Communication Experiences after Laryngeal Cancer
J	Jan
Kap.	Kapitola
Kol.	Kolektiv
MDADI	M.D. Anderson Dysphagia Inventory
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MND	Motor Neuron Disease
N	Narození
NACL	The National Association of Laryngectomies Clubs
Např.	Na příklad
NBI	Narrow Band Imaging
NHM	Náhradní hlasový mechanismus
NSIM	The nasal airflow-inducing maneuver
Obr.	Obrázek

ORL	Otorinolaryngologie
PE	Pharyngo-esofageální
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
QoL	Quality of Life
SMS	Krátká textová zpráva
SOAL	Swallowing After Total Laryngectomy
SToPS	Sunderland Tracheoesophageal Perceptual Scale
TAČR	Technologická agentura České republiky
TE	Tracheozofageální
TEP	Tracheozofageální punkce
TLE	Totální laryngektomie
TNM	Tumor; Nodus; Metastázy
TTS	Text-to-speech
Tzv.	Takzvaný
UICC	International Union Against Cancer
USA	United States of America
VB	Velká Británie
VFSS	Videofluoroscopic Swallowing Study
VHI	Voice handicap index
VUT	Vysoké učení technické
WHO	World Health Organization
WHO-HRQL	Health-related quality of life

PŘÍLOHA 1

Klinická klasifikace TNM (MKN-10, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018)

T	Primární nádor
TX	Primární nádor nelze hodnotit
T0	Bez známek primárního nádoru
Tis	Karcinom in situ
T1, T2, T3, T4	Zvětšující se velikost a/nebo místní rozsah primárního nádoru
N	Regionální mízní uzliny
NX	Regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	Regionální mízní uzliny bez metastáz
N1, N2, N3	Zvětšující se postižení regionálních mízních uzlin
M	Vzdálené metastázy
MX	Vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	Bez vzdálených metastáz
M1	Vzdálené metastázy

PŘÍLOHA 2

Histopatologický stupeň diferenciacie (MKN-10, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018)

GX	stupeň diferenciacie nelze hodnotit
G1	dobře diferencovaný
G2	středně diferencovaný
G3	nízce diferencovaný
G4	nediferencovaný

PŘÍLOHA 3

Klasifikace karcinomů hrtanu dle stadií (MKN-10, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018)

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2	N0	M0
Stadium III	T1 T2	N1	M0
	T3	N0 N1	M0
Stadium IVA	T4a	N0 N1	M0
	T1 T2 T3	N2	M0
Stadium IVB	T4b	jakékoliv N	M0
	jakékoliv T	N3	M0
Stadium IVC	jakékoliv T	jakékoliv N	M1

PŘÍLOHA 4

TNM klasifikace karcinomů hrtanu (MKN-10, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018)

Supraglotis	Tx	nádor nelze hodnotit
	T0	bez známek tumoru
	T1	nádor omezen na jednu supraglotickou sublokalizaci, normální pohyblivost hlasivek
	T2	nádor postihuje více než jednu sublokalizaci: supraglotis, glottis, nebo oblast mimo supraglotis (kořen jazyka, valemuly, mediální stěnu piriformního recesu), bez fixace laryngu
	T3	nádor omezen na hrtan, s fixací hlasivek, a/nebo postihuje některou z následujících struktur: postkrikoidní oblast, preepiglotickou tkáň, paraglotický prostor a/nebo vnitřní povrchovou část štítné chrupavky
	T4a	nádor prorůstá chrupavkou štítnou a/nebo postihuje tkáň mimo hrtan (např. tracheu, měkké tkáň krku, páskové svaly, štítnou žlázu, jícen)
	T4b	nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá a.carotis
Glottis	Tx	nádor nelze hodnotit
	T0	bez známek tumoru
	T1	nádor omezen na hlasivky (může postihovat přední či zadní komisuru), s jejich normální pohyblivostí T1a – nádor postihuje jednu hlasivku, T1b – obě hlasivky
	T2	nádor se šíří na supraglotis a/nebo sublotis a/nebo je narušena pohyblivost hlasových vazů
	T3	nádor je omezen na hrtan s fixací hlasivky a/nebo postihuje paraglotický prostor a/nebo vnitřní povrchovou vrstvu štítné chrupavky
	T4a	nádor prorůstá chrupavkou štítnou a/nebo postihuje tkáň mimo hrtan
	T4b	nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá a.carotis
Subglottis	Tx	nádor nelze hodnotit
	T0	bez známek tumoru
	T1	nádor omezen na sublotis
	T2	nádor se šíří na hlasivku/y/, s normální nebo narušenou pohyblivostí
	T3	nádor omezen na hrtan s fixací hlasivek
	T4a	nádor prorůstá chrupavkou štítnou a/nebo postihuje tkáň mimo hrtan
	T4b	nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá a.carotis

PŘÍLOHA 5

Informovaný souhlas – formulář



Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace
Dělnická 1132/24, Havířov, PSČ 736 01, IČ 00844896
Akreditovaná nemocnice

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ODSTRANĚNÍ HRTANU (LARYNGEKTOMIE)

Jméno, příjmení (pacienta).....rč..... poj.....

Bydliště.....

Zákonný zástupce.....

Příbuzenský vztah.....

Vážená pacientko, Vážený paciente,

máte právo podílet se na diagnostickém a léčebném postupu, který Vám byl vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu navržen, a také máte právo být ještě před Vaším rozhodnutím o těchto postupech informován/a.

Výše uvedený zdravotní zákrok Vám byl lékařem indikován s ohledem na Váš současný zdravotní stav.

1. Důvod a cíl operace:

Odstranění celého, nebo části orgánu (hrtanu) postiženého zhoubným nádorem společně se spádovým systémem mízních uzlin krčních. Cílem operace je likvidace nádoru a prevence dalšího šíření nádoru do vzdálených oblastí.

2. Povaha a následky operačního výkonu:

Prokázaný nádor hrtanu vyžaduje v pokročilých případech jeho částečné, nebo úplné odstranění, v některých případech ještě následnou léčbu zářením. Následkem úplného odstranění hrtanu je ztráta hlasu a trvalý otvor v přední straně průdušnice (lidově „slavík“).

U částečného odstranění hrtanu je otvor v průdušnici jen dočasný. Hlas je pooperačně rehabilitován pomocí hlasové protézy, nebo tzv. jícnového hlasu. Polykací cesty jsou neporušeny, ale v pooperačním období do zhojení rány je nutno zavést na cca 10 dnů žaludeční sondu k zajištění výživy. Operační výkon je vždy prováděn v celkové anestézii.

3. Režim před operačním výkonem:

Před výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

4. Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy („lege artis“) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Jedná se především o: krvácení, zánětlivé komplikace, rozpad operační rány, porušení mízovodu se vznikem mízní píštěle, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citivosti v operované oblasti,



Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace
 Dělnická 1132/24, Havířov, PSČ 736 01, IČ 00844896
 Akreditovaná nemocnice

bolestivost, porucha hybnosti horní končetiny při radikální blokové disekci, odstálá lopatka. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu. Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

5. Hospitalizace a rekonvalescence:

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen (a) ošetřujícím lékařem. Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 14-20 dnů a záleží na dalším postupu léčby (následná léčba zářením, chemoterapie...).

6. Alternativy výkonu:

V některých případech primární léčba zářením.

7. Jaké jsou důsledky odmítnutí výkonu:

Odmítnutí výkonu v časně fázi záchytu nádoru, kdy lze provést pouze částečné odstranění hrtanu může vést k dalšímu růstu nádoru a nutnosti léčby v podobě celkového odstranění hrtanu. Odmítnutí výkonu v kterékoliv fázi nemoci může vést k omezení dýchací štěrbiny, růstu nádoru do okolí, do lymfatických uzlin i do vzdálených oblastí s tvorbou metastáz a omezení další možné léčby, kvality a délky života pacienta.

SOUHLAS S VÝKONEM

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o výše uvedeném výkonu, jeho možných rizicích, komplikacích, následcích a mohl/a jsem klást doplňující otázky.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení zákroků nutných k záchraně života, souhlasím s jejich provedením.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že poučení jsem porozuměl/a a s výkonem souhlasím.

Podpis pacienta/zákonného zástupce.....

Datum.....

Podpis lékaře provádějícího poučení (včetně razítka pracoviště).....

Před výkonem provedena na sále bezpečnostní kontrola, identifikace pacienta, kontrola indikace.

Podpis operátora

PŘÍLOHA 6

Sedmistupňová hodnotící škála kvality jícnového hlasu dle Robe (Robe, 1956)

A	nevybaví ruktus
B	vybaví pouze ruktus
C	vybaví pouze jednotlivá slova
D	schopen říci 2-3 slova
E	používá jednoduché, krátké věty
F	mluví běžně ve větách
G	mluví plynule, bez rušivých fenoménů

PŘÍLOHA 7

Příjmový list diagnostický – Helena

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
NsP Havířov, ORL, ORL lůžka, Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491882

604701

Příjmový list

Diagnóza: C329 - středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglottis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx
IČP: 1 Odbornost: 7H1
Přijetí: 18.06.2017 14:32

Anamnéza:

OA: HN:0, DM:0, s ničím se neléčí operace: 0 úrazy: 0 transfúze: 0
FA: Amoksyklav 1g tbl 1-0-1, dnes 11.den
AA: atopický ekzém
RF: fumator 10/den
RA: otec DM na PAD
EA: v dětství pňušnice
SA: bydlí s manželem
PA: OSVČ

Nynější onemocnění:

Pacientka se středně dif.dlaždicobuněčným karcinomem epiglottis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx přijata k totální laryngektomii a oboustranné blokové krční disekci v CA.
Stp. dolní tracheotomie, direktoskopii a esofagoskopii ze dne 8.6.2017. Stp. chirurgické extrakci zubů 46,47,48 a36,37,38 ze dne 14.6.2017. Stp. zavedení PEGu cestou endoskopické ambulance Městské nemocnice Ostrava - Fifejdy dne 16.6.2017.

Přítomný stav:

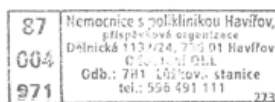
Status praesens generalis:

pacient při vědomí, orientovaný časem, místem a osobou, spolupracuje

Status praesens localis:

uši: otomikroskopicky bilat zvukovody volné, klidné, bubinky šedé, kontur. s reflexy
nos: rhinoendoskopicky septum doleva, sliznice klidné, bledé, průduchy volné
nosohltan: klidný, volný
hltan: ústa otevře na 2-3cm, gingiva dolní čelisti se suturou po extrakci zubů bilat, sliznice klidné, slina čistá, jazyk středem, tonsily v niveau, bez zarudnutí, bez povláčků, patrové oblouky symetrické, zadní stěna hltanu bez zarudnutí, linq. tonsila klidná
hrtan: endolaryngoskopicky nerovný infiltrát epiglottis a hypofaryngu vlevo, překlápějící se nad hlasivku vlevo, valemuly se slinami, pirif.recesy se rozvíjejí, ventrikulární řasy volné, hlasivky hůře přehledné, eupnoe
zevně: zevně na krku bez hmatné rezistence, hematoma na dolní čelisti bilat, více vlevo, slévající se ponkrku k tracheostomické kanyle, nebolí, kanyla kovová č.11, volná, eupnoe, PEG klidný, kůže bez zarudnutí

Dg.: C32.9 středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglottis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx
Z93.0 Tracheostomie
Z93.1 PEG



ORL ODDĚLENÍ
přijímací lékař

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.

NsP Havířov, ORL, ORL lůžka, Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491882

t

Příjmový list

Č.chor.:

111 Všeobecná zdravotní pojišťovna CR

Diagnóza: D107 - Tumor hypofyragu vlevo a epiglotis

Přijetí: 05.06.2017 13:27

IČP:

Odbornost: 7H1

Anamnéza:

OA: HN:0, DM:0, s ničím se neléčí operace: 0 úrazy: 0 transfúze: 0

FA: sine

AA: atopický ekzém

RF: fumator 10/den

RA: otec DM na PAD

EA: v dětství příušnice

SA: bydlí s manželem

PA: OSVČ

Nynější onemocnění:

Přijata pro tumor hypofyragu vlevo a epiglotis k direktoskopii a esofagoskopii s probaturní biopsií v celkové anestezii. Před měsícem škrábání v krku, bez teplot, špatně se polykalo. Huhňavý hlas má asi 2 měsíce, bez nechtěného váhového úbytku. Dýchá se dobře.

Přítomný stav:

Status praesens:

pacient při vědomí, orientovaný časem, místem a osobou, spolupracujě

Status localis:

uši: otomikroskopicky bilat zvukovody volné, klidné, bubinky šedé, kontur. s reflexy

nos: rhinoendoskopicky septum doleva, sliznice klidné, bledé, průduchy volné

nosohltan: klidný, volný

hltan: sliznice klidné, slina čistá, jazyk středem, tonsily v niveau, bez zarudnutí, bez poviáčků, patrové oblouky

symetrické, zadní stěna hltanu bez zarudnutí, linq. tonsila klidná

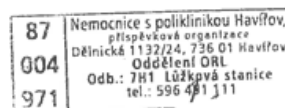
hrtan: endolaryngoskopicky nerovný infiltrát epiglotis a hypofaryngu vlevo, překlápějící se nad hlasivku vlevo,

valekuly volné, pirif.recesy se rozvíjejí, ventrikulární řasy volné, hlasivky klidné, bledé, hybné, dýchací štěrbina

dostatečná, eupnoe

zevně: zevně na krku bez hmatné rezistence

Dg.: D10.7 Tumor hypofyragu vlevo a epiglotis
Z93.0 Tracheostomie
Z93.1 Gastrostomie



MAJDr.
849

ORL ODDĚLENÍ
přijímací lékař

PŘÍLOHA 8

Operační protokol – biopsie – Helena

ORL
RČ: ZP: 111 Hosp. od: - Č. chor: - / -
Operační protokol
Zahájení operace: 08.06.2017 v 0:00 Ukončení operace: 08.06.2017 v 0:00

Operační sál:
Anesteziolog:
Typ anestézie: CA
Operatér:
Asistent: 2

Instrumentářka:

Operační diagnózy: D107 - Tumor hypofyranqu vlevo a epiglottis

Operační výkony: 71717 TRACHEOTOMIE

Výkony pro ZP: 71319 1 ESOFAGOSKOPIE RIGIDNÍ
71311 1 LARYNGOSKOPIE PŘÍMÁ
71717 1 TRACHEOTOMIE

Léky a ZUM pro ZP: 0026139 1 KANYLA TRACHEOSTOMICKÁ VOCALOID S NÍZKOTLAKOU MANŽETOU

Popis operace:

Tracheotomia inferior

Identifikace pacienta a výkonu. V analgosedaci na masce v lokální anestezii Mesocainem inj 1% nejprve vyznačeny orientační struktury a linie řezu. Proveden horizontální řez 2cm nad jugulem přes kůži, podkoží a m.platysma. Identifikovaná linea alba, tupou preparací odsunutý páskové svaly. Proniknuto na isthmus štítnice, který tupě odsunut nahoru. Poté po instilaci 1% Mesocainu proniknuto ve 3.prstenci do trachey, vyšit Bjorkův lalok, provedena revize okrajů okénka. Zavedena plastová kanyla Portex č. 9. Zrevidována operační rána. Krvácení mírné, stavěno průběžně bipolární koagulací. Na závěr výkonu počet tamponů a nástrojů souhlasí. Po uvedení do celkové anestezie pokračováno výkonem:

Přímá laryngoskopie

Dr.Záthurecký v celkové anestezii zavádí široký Kleinsasserův tubus. Kořen jazyka a pharygoepiglotická řasa vpravo klidné, bez infiltrace. Dále patrný nerovný exophytický infiltrát epiglottis a boční stěnypharyngu vlevo, který zcela uzavírá vchod do hrtanu. Hlasivky pro infiltrát zapadající do vchodu hrtanu nelze vidět. Sledovatelný arytenoid vlevo a aryepiglotická a pharyngoepiglotická řasa vlevo. Z infiltrátu provedena opakovaně probatorní biopsie ad histologiam.

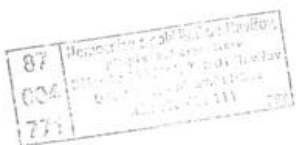
Rigidní esofagoskopie

Dr.Záthurecký zavádí esofagoskopický tubus Wolf 250x12,5x8. Proniknuto hladce Killiánovým svěřcem, kde sliznice hladká, bledá, zřasená. Pokračováno distálně až do 25cm od horních řezáků. V celém rozsahu sliznice bledá, hladká, zřasená, lumen volné, prostorné. Na závěr operace roušky, tampony a nástroje souhlasí.

Materiál ad histologiam: č.1- epiglottis vpravo
č.2 - valemula vlevo
č.3- pharynx vlevo

R: Nález odpovídá tumoru epiglottis, vchodu hrtanu více vlevo a pharyngu vlevo.

Krevní ztráty (množství v ml): 50



od: - Č. chor: - / -

Operační protokol

Ukončení operace: 19.06.2017 v 0:00

Operace: 19.06.2017 v 0:00

Operační sál:

Anesteziolog:

Pro anestezii:

Peratér:

Asistent:

Instrumentářka:

Operační diagnózy: C329 - Středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglotis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx
Z930 Tracheostomie

Operační výkony: 71731 LARYNGEKTOMIE ROZŠÍŘENÁ

Výkony pro ZP: 71749 2 BLOKOVÁ DISEKCE KRČNÍCH UZLIN
71731 1 LARYNGEKTOMIE ROZŠÍŘENÁ

Číslo a ZUM pro ZP: 0026139 1 KANYLA TRACHEOSTOMICKÁ VOCALOID S NÍZKOTLAKOU MANŽETOU

Popis operace:

Laryngectomia totalis suprahyoidea extenta. Block neck dissection I-IV l.sin. cum resectione VJI l.sin., block neck dissection II-III vpravo.

Identifikace pacienta strany a výkonu. V lokální anestezii výměna kanyly za armovanou kanylu orotracheální č. 9. Pokračujeme v celkové anestezii. Vyznačeny řezy blokových dissekci bilat. Vlevo provedena blokovaná krční dissekce II-III od baze lebky s vizualizací a šetřením n.XI. vlevo. Drobná uzlina z předního dolního okraje gl.submand l.sin. Po rozčísnutí kyvače v dolní třetině proveden podvaz a resekce VJI pro tuhý paket uzlin 3x2cm vlevo v oblasti IV vlevo infiltrující VJI a těsně naléhající i na ACC, od které uvolněn beze zbytku. Potom vpravo revidujeme oblast blokované dissekce II-IV, kde nalezeny 2 oválné uzliny 15x10mm a 8x6mm v oblasti III na odstupu truncus thyreolinguofacialis l.dx. Poděl VJI uzliny nenalezeny. Skeletisujeme hrtan v oblasti horních rohů. Mezi dvěma peany dissekce isthmus štítnice s opichem pahýlu oboustranně. Skeletisujeme a přerušujeme oboustranně vasa laryngica a nn. laryngicae superiores. Skeletisujeme velké rohy jazyky a uvolňujeme od těla za malými rohy. Resekce započata proniknutím sliznicí kaudálně od horního rohu hrtanu vpravo, kde sliznice intaktní, sledujeme tumor infiltrující epiglotis -padající do vchodu hrtanu, ztluštělou na 3x4x5cm, -pharyngoepiglotickou i -ventrikulární řasu vlevo. Vchod hrtanu relativně volný, ale rozsah tumoru neumožňuje parciální výkon s vyšším sliznic. Proto pokračujeme intaktním preepiglotickým ložem sprava doleva nad tělem jazyky s dostatečným odstupem od makroskopicky viditelného tumoru. Okraje kontrolujeme okrajovými resekcemi ve středu kořene jazyka a vlevo v přechodu do boční stěny hltanu. Resekce ukončena zdola oddělením hrtanu salámovým řezem od stěny jícnu. Sutura sliznice tvaru T ve 2 vrstvách. Sutura zbytků prelaryngeálního svalstva ve střední čáře s přitažením ke kořeni jazyka. Sutura rozčísnutého kyvače vlevo v dolní třetině. Zevední Redonových drenů oboustranně. Revize obou blokových dissekci, vyšší trachey do stomatu. Krvácení silné, stavěno elektrokoagulací. Ztráty do 500ml. Počet nástrojů a krytí odpovídá. Výměna armované orotracheální kanyly za Portex č 8 bez komplikací.

R: nález má charakter exophytického obstruujícího tumoru supraglotis hrtanu více vlevo a částečně hltanu vlevo

Krevní ztráty (množství v ml): bez krevních ztrát

 MUDr.

87 Nemocnice s poliklinikou Havířov,
příspěvková organizace
004 Dělnická 1132/24, 736 01 Havířov
Centrální operační sály
908 Odb.: 7R1, COS ORL
tel.: 596 491 111 288



PŘÍLOHA 9

Příjmový list – Helena

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
NsP Havířov, ORL, ORL lůžka, Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491882

604701

Příjmový list

Diagnóza: C329 - středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglottis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx
IČP: 1 Odbornost: 7H1
Přijetí: 18.06.2017 14:32

Anamnéza:

OA: HN:0, DM:0, s ničím se neléčí operace: 0 úrazy: 0 transfúze: 0
FA: Amoksyklav 1g tbl 1-0-1, dnes 11.den
AA: atopický ekzém
RF: fumator 10/den
RA: otec DM na PAD
EA: v dětství příušnice
SA: bydlí s manželem
PA: OSVČ

Nynější onemocnění:

Pacientka se středně dif.dlaždicobuněčným karcinomem epiglottis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx přijata k totální laryngektomii a oboustranné blokové krční disekci v CA.
Stp. dolní tracheotomie, direktoskopii a esofagoskopii ze dne 8.6.2017. Stp. chirurgické extrakci zubů 46,47,48 a36,37,38 ze dne 14.6.2017. Stp. zavedení PEGu cestou endoskopické ambulance Městské nemocnice Ostrava - Fifejdy dne 16.6.2017.

Přítomný stav:

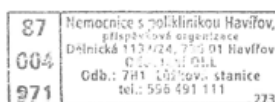
Status praesens generalis:

pacient při vědomí, orientovaný časem, místem a osobou, spolupracuje

Status praesens localis:

uši: otomikroskopicky bilat zvukovody volné, klidné, bubinky šedé, kontur. s reflexy
nos: rhinoendoskopicky septum doleva, sliznice klidné, bledé, průduchy volné
nosohltan: klidný, volný
hltan: ústa otevře na 2-3cm, gingiva dolní čelisti se suturou po extrakci zubů bilat, sliznice klidné, slina čistá, jazyk středem, tonsily v niveau, bez zarudnutí, bez povláčků, patrové oblouky symetrické, zadní stěna hltanu bez zarudnutí, linq. tonsila klidná
hrtan: endolaryngoskopicky nerovný infiltrát epiglottis a hypofaryngu vlevo, překlápějící se nad hlasivku vlevo, valemuly se slinami, pirif.recesy se rozvíjejí, ventrikulární řasy volné, hlasivky hůře přehledné, eupnoe
zevně: zevně na krku bez hmatné rezistence, hematom na dolní čelisti bilat, více vlevo, slévající se ponkrku k tracheostomické kanyle, nebolí, kanyla kovová č.11, volná, eupnoe, PEG klidný, kůže bez zarudnutí

Dg.: C32.9 středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglottis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx
Z93.0 Tracheostomie
Z93.1 PEG



ORL ODDĚLENÍ
přijímací lékař

PŘÍLOHA 10

Operační protokol TLE – Helena

RČ: _____ ORL
ZP: 111 Hosp. od: - Č. chor: - / -

Operační protokol

Zahájení operace: 08.06.2017 v 0:00 Ukončení operace: 08.06.2017 v 0:00

Operační sál:

Anesteziolog:

Typ anestézie: CA

Operatér:

Asistent: z

Instrumentářka:

Operační diagnózy: D107 - Tumor hypofyranu vlevo a epiglottis

Operační výkony: 71717 TRACHEOTOMIE

Výkony pro ZP: 71319 1 ESOFAGOSKOPIE RIGIDNÍ
71311 1 LARYNGOSKOPIE PŘÍMÁ
71717 1 TRACHEOTOMIE

Léky a ZUM pro ZP: 0026139 1 KANYLA TRACHEOSTOMICKÁ VOCALOID S NÍZKOTLAKOU MANŽETOU

Popis operace:

Tracheotomia inferior

Identifikace pacienta a výkonu. V analgosedaci na masce v lokální anestezii Mesocainem inj 1% nejprve vyznačeny orientační struktury a linie řezu. Proveden horizontální řez 2cm nad jugulem přes kůži, podkoží a m.platysma. Identifikovaná linea alba, tupou preparací odsunutý páskové svaly. Proniknuto na isthmus štítnice, který tupě odsunut nahoru. Poté po instilaci 1% Mesocainu proniknuto ve 3.prstenci do trachey, vyšit Bjorkův lalok, provedena revize okrajů okénka. Zavedena plastová kanyla Portex č. 9. Zrevidována operační rána. Krvácení mírné, stavěno průběžně bipolární koagulací. Na závěr výkonu počet tamponů a nástrojů souhlasí. Po uvedení do celkové anestezie pokračováno výkonem:

Přímá laryngoskopie

Dr.Záthurecký v celkové anestezii zavádí široký Kleinsasserův tubus. Kořen jazyka a pharygoepiglotická řasa vpravo klidné, bez infiltrace. Dále patrný nerovný exophytický infiltrát epiglottis a boční stěnypharyngu vlevo, který zcela uzavírá vchod do hrtanu. Hlasivky pro infiltrát zapadající do vchodu hrtanu nelze vidět. Sledovatelný arytenoid vlevo a aryepiglotická a pharyngoepiglotická řasa vlevo. Z infiltrátu provedena opakovaně probatorní biopsie ad histologiam.

Rigidní esofagoskopie

Dr.Záthurecký zavádí esofagoskopický tubus Wolf 250x12,5x8. Proniknuto hladce Killiánovým svěřačem, kde sliznice hladká, bledá, zřasená. Pokračováno distálně až do 25cm od horních řezáků. V celém rozsahu sliznice bledá, hladká, zřasená, lumen volné, prostorné. Na závěr operace roušky, tampony a nástroje souhlasí.

Materiál ad histologiam: č.1- epiglottis vpravo
č.2 - valemula vlevo
č.3- pharynx vlevo

R: Nález odpovídá tumoru epiglottis, vchodu hrtanu více vlevo a pharyngu vlevo.

Krevní ztráty (množství v ml): 50



od: -

Č. chor: - / -

Operační protokol

Ukončení operace: 19.06.2017 v 0:00

Operace: 19.06.2017 v 0:00

Operační sál:

Anesteziolog:

Typ anestézie:

Operatér:

Asistent:

Instrumentářka:

Operační diagnózy: C329 - Středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglotis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx
Z930 Tracheostomie

Operační výkony: 71731 LARYNGEKTOMIE ROZŠÍŘENÁ

Výkony pro ZP: 71749 2 BLOKOVÁ DISEKCE KRČNÍCH UZLIN
71731 1 LARYNGEKTOMIE ROZŠÍŘENÁ

Materiál a ZUM pro ZP: 0026139 1 KANYLA TRACHEOSTOMICKÁ VOCALOID S NÍZKOTLAKOU MANŽETOU

Popis operace:

Laryngectomia totalis suprahyoidea extenta. Block neck dissection I-IV l.sin. cum resectione VJI l.sin., block neck dissection II-III vpravo.

Identifikace pacienta strany a výkonu. V lokální anestezii výměna kanyly za armoanou kanylu orotracheální č. 9. Pokračujeme v celkové anestezii. Vyznačeny fezy blokových dissekci bilat. Vlevo provedena bloková krční dissekce II-III od baze lebni s vizualisací a šetřením n.XI. vlevo. Drobná uzlina z předního dolního okraje gl.submand l.sin. Po rozčísnutí kyvače v dolní třetině proveden podvaz a resekce VJI pro tuhý paket uzlin 3x2cm vlevo v oblasti IV vlevo infiltrující VJI a těsně naléhající i na ACC, od které uvolněn beze zbytku. Potom vpravo revidujeme oblast blokové dissekce II-IV, kde nalezeny 2 oválné uzliny 15x10mm a 8x6mm v oblasti III na odstupu truncus thyreolinguofacialis l.dx. Podél VJI uzliny nenalezeny. Skeletisujeme hrtan v oblasti horních rohů. Mezi dvěma peany dissekce isthmus štítnice s opichem pahýlů oboustranně. Podvazujeme a přerušujeme oboustranně vasa laryngica a nn. laryngicae superiores. Skeletisujeme velké rohy jazyky a uvolňujeme od těla za malými rohy. Resekce započata proniknutím sliznicí kaudálně od horního rohu hrtanu vpravo, kde sliznice intaktní, sledujeme tumor infiltrující epiglotis -padající do vchodu hrtanu, ztlustělou na 3x4x5cm, -pharyngoepiglotickou i -ventrikulární řasu vlevo. Vchod hrtanu relativně volný, ale rozsah tumoru neumožňuje parciální výkon s vyšitím sliznic. Proto pokračujeme intaktním preepiglotickým ložem sprava doleva nad tělem jazyky s dostatečným odstupem od makroskopicky viditelného tumoru. Okraje kontrolujeme okrajovými resekcemi ve středu kořene jazyka a vlevo v přechodu do boční stěny hltanu. Resekce ukončena zdola oddělením hrtanu salámovým řezem od stěny jazyka. Sutura sliznice tvaru T ve 2 vrstvách. Sutura zbytků prelaryngeálního svalstva. Okraje kontrolujeme okrajovými resekcemi ve střední čáře s přitážením ke kořeni dissekci, vyšití trachey do stomatu. Krvácení silné, stavěno elektrokoagulací. Ztráty do 500ml. Počet nástrojů a krytí odpovídá. Výměna armoané orotracheální kanyly za Portex č 8 bez komplikací.

R: nález má charakter exophytického obstrujícího tumoru supraglotis hrtanu více vlevo a částečně hltanu vlevo

Krevní ztráty (množství v ml): bez krevních ztrát

 MUDr.

87	Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace
004	Dělnická 1132/24, 736 01 Havířov
908	Centrální operační sály Odb.: 7R1, COS ORL tel.: 596 491 111

288

PŘÍLOHA 11

Předběžná propouštěcí zpráva – Helena



Nemocnice s poliklinikou Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111

Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899

Havířov

IČ: 00844896

DIČ: CZ00844896

Akreditovaná nemocnice

Předběžná propouštěcí zpráva

Pacient: _____ Datum narození: _____
Rodné číslo: _____ Pojišťovna: _____
Adresa: _____
Hospitalizace: _____ Dělnická 1132/24, 7

Základní dg : C329 - Středně dif.dlaždicobuněčný ca epiglotis a hypofaryngu vlevo T4N2Mx - stp. totální laryngektomií, blokové krční disekce I-IV vlevo s resekci vena jugularis interna, blokové krční disekci II-III vpravo
Z930 - Tracheostomie
Z931 - PEG
- Otoky DKK
- Mětnání a výpotek vlevo dle RTG plic

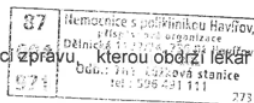
Průběh: Přijata pro středně diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom epiglotis a hypofaryngu vlevo. Dne 19.6.2017 provedena **totální laryngektomie, bloková krční disekce I-IV vlevo s resekci vena jugularis interna vlevo a bloková krční disekce II-III vpravo**. Nález má charakter exophytického obtuujícího tumoru supraglotis hrtanu více vlevo a částečně hltanu vlevo. Peroperačně bez komplikací, pooperační jednodenní observace na MOJIP bez potíží. Pokračujeme v dvojkombinaci ATB krytí. Lymfedém obličejě pomalu regreduje. Levý Redonův drén extrahován 4.pooperační den, pravý Redonův drén extrahován 5.pooperační den. Stehy na krku bilat extrahovány 8. a 10.pooperační den. Nazogastrické sonda bez komplikací extrahována dne 29.6.2017, per os příjem obnoven. 5. pooperační den otoky DKK kolem kotníků a nártů. Provedena výše uvedená vyšetření s nálezem městnavého obrazu s výpotkem vlevo na rtg plic. Dle doporučení internisty do medikace nasazen Furon. Angiologické konzilium vylučuje trombózu DKK. Dle kontrolního RTG plic nález idem, dle interního konzilia pacientka schopna dimise. V den propuštění afebrilní, bez bolesti, eupnoe, břicho nebolí, stravu toleruje. Výměnu tracheostomické kanyly a péči o ni zvládá sama. Tracheostoma klidné, bez sekrece, kovová kanyla č. 11 in situ, eupnoe, rány na krku zhojeny per primam. Okolí PEGu klidné. Otoky DKK zcela regredovaly. Kardiopulmonálně kompenzována je propuštěna do domácí péče.

Doporučení: Medikace: výplachy úst slabě vyluhovaným šalvějovým čajem 3xdenně, Protifar do čaje 3xdenně 1 odměrku, Novalgin 500mg tbl při bolesti 1-1-1, Furon 40mg tbl 1-0-0 (vydáno na 4 dny). Kašovitá strava, PEG proplachovat čajem. Dále klidový režim. Kontrola na naší ORL ambulanci 11.7.2017 v 11:00 hodin v vydání onkosložky. **Pohovor před ambulantní radioterapií na Onkologické klinice FN Ostrava dne 20.7.2017 v 8:00 hodin.** Vydány 2 kovové kanyly č.11 (1 v krku, 1 v ruce). Předáváme do péče obvodnímu lékaři, kam s propouštěcí zprávou do 4 dnů od dimise ke kontrole nálezů na plicích. Za převzetí pacientky do péče a spolupráci děkujeme.

Dne 04.07.2017

MUDr. _____

propouštějící lékař



Tato zpráva nenahrazuje definitivní propouštěcí zprávu, kterou obdrží lékař po kompletaci výsledků.

PŘÍLOHA 12

Propouštěcí zpráva – Helena

Nemocnice s poliklinikou Haviřov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Haviřov, TEL: 596491111

Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr., vložka 899

IČ: 00844896

DIČ: CZ00844896

Akreditovaná nemocnice

Propouštěcí zpráva

ce od 05.06.2017 13:27 do 17.6.2017 15.00hod na odd. ORL luzka (10.4-17)

!

DM:0, s ničím se neléčí operace: 0 úrazy: 0 transfúze: 0

AA: atopický ekzém

r 10/den

RA: otec DM na PAD

vi příušnice

SA: bydlí s manželem

! pro tumor hypofaryngu vlevo a epiglottis k direktoskopii a esofagogoskopii s probatorní biopsií v celkové před měsícem škrábání v krku, bez teplot, špatně se polykalo. Huhňavý hlas má asi asi 2 měsíce, bez váhového úbytku. Dýchá se dobře.

esens generalis:

vědomí, orientovaný časem, místem a osobou, spolupracuje

esens localis:

oskopicky bilat zvukovody volné, klidné, bubinky šedé, kontur. s reflexy

ndoskopicky septum doleva, sliznice klidné, bledé, průduchy volné

klidný, volný

ice klidné, slina čistá, jazyk středem, tonsily v niveau, bez zarudnutí, bez povláček, patrové oblouky

zadní stěna hltanu bez zarudnutí, ling.tonsila klidná

olaryngoskopicky nerovný infiltrát epiglottis a hypofaryngu vlevo, překlápějící se nad hlasivku vlevo,

lné, pirif.recesy se rozvíjejí, ventrikulární řasy volné, hlasivky klidné, bledé, hybné, dýchací štěrbin

, eupnoe

ě na krku bez hmatné rezistence

gie: B_Leukocyty: 10.5 , 7.6 10⁹/l B_Erytrocyty: 4.55 , 3.69 10¹²/l B_Hemoglobin: 138 , 108 g/l
krit: 0.41 , 0.34 1 B_MCV: 90.8 , 91.6 fl B_MCH: 30.3 , 29.3 pg B_MCHC: 0.34 , 0.32 g/ml B_RDW:
% B_Trombocyty (PLT): 316 , 312 10⁹/l B_PCT: 0.32 , 0.31 1 B_MPV: 10.0 , 10.0 fl B_PDW: 11.4 ,
E: 0.66 1 B_LY: 0.17 1 B_MO: 0.13 1 B_EO: 0.04 1 B_BA: 0.01 1 B_NE-A: 5.02 10⁹/l B_LY-A: 1.29
IO-A: 0.95 10⁹/l B_EO-A: 0.32 10⁹/l B_BA-A: 0.04 10⁹/l P_PT (INR): 1.03 , 1.02 , 1.09 INR P_PT-
J2 , 1.02 , 1.07 poměr P_APTT pacient: 29.9 , 27.8 , 28.4 s P_APTT normal: 29.0 , 29.0 , 29.0 s
itio: 1.03 , 0.96 , 0.98 1 P_TC pac: 16.7 , 15.9 , 15.7 s P_TC norm: 17.0 , 17.0 , 17.0 s P_Fibrinogen:
, 5.35 g/l

: S_Na: 140 , 142 mmol/l S_K: 4.6 , 4.0 mmol/l S_Cl: 97 , 102 mmol/l S_GLU: 6.4 , 5.1 mmol/l S_UREA:
mol/l S_KREA: 44 , 44 μmol/l S_BIL.: 5 μmol/l S_CHOL: 5.99 mmol/l S_TAG: 1.04 mmol/l S_AMS: 0.91
_T: 0.23 , 0.24 μkat/l S_AST: 0.33 , 0.31 μkat/l S_GMT: 0.40 , 1.68 μkat/l S_ALP: 2.11 μkat/l S_CRP:
3 mg/l S_OSMV: 290 , 292 mmol/kg Pt_VYSK: 158 , 158 cm Pt_VAHA: 46.0 , 49.0 kg



06.06.2017: Bránice hladké, kf úhly nejsou zachyceny. Hily nevětšeny. Plicní křídla přiměřeně
z ložiskových či infiltrativních změn. Srdce nevětšeno. Aorta elongovaná. Dextroskoliosa Th páteře
da Bojková

ha 12.06: Nápadně zvýšeně echogenní nevětšená játra s obrazem steatosy bez lož změn i bez náplně
čnick bez lithiasy, choledodochus jemný, pancreas beze změn, aorta b.n, drobná slezina, ledviny s
u šíři parenchymu beze změn, v malé pánvi bez známek volné tekutiny, obraz jaterní steatosy v sono
lož změn. MUDr. Zdeňka Vartová

ativ + k.l. 15.6.2017: - rozsáhlý sytící se TU za jazyčkou o vel. cca 36x26x46 mm, téměř kompletně
men hypopharyngu, dle zbytků vzduchu nejsp. lokalizovaná v přední stěně a distálně vlevo, kde
iž k hlasivce, samotná hlasivka v CT obraze jen lehce širší, jinak bez nápadnosti. Vpravo a vlevo
řetelný, tukový proužek ohraničení, zbytek ohraničení nejasný. Z uzlin jen vlevo před karot. bifurkací
vel. 21x11mm. vpravo tamtéž uzlinv 8mm Za kůvačem vlevo ve výši thurenoidu uzlina 17mm -


PŘÍLOHA 13

Vstupní logopedické vyšetření – Helena

	Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111 Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899 IČ: 00844896 DIČ: CZ00844896 Akreditovaná nemocnice		
Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov			
Klinická logopedie			
Příjmení, jméno:	ČP:	RČ:	Tisk:
Adresa:	Zdravotní pojišťovna:		
Tel. objednávání a konzultace od 13:00 do 14:00 hod.		Po skončení léčby, prosím, odevzdejte zprávu svému praktickému lékaři.	
06.02.2019 08:25			
Pacientka se Středně diferencovaným Ca spino epiglottis a hypofaryngu vlevo - 19.6.2017 provedena totální laryngektomie, bloková krční disekce I-IV vlevo s resekci vena jugularis interna vlevo a bloková krční disekce II-III vpravo, PEG. (ex 1/2018) , stp RT ukončena 6.10.2017.			
PA: ID.			
Obj. přichází s manželem, o jícnový hlas se dosud nesnažila, používá elektrolarynx, nebo ukazuje na komunikační tabulce.			
Dnes udukační rozhovor s pacientkou o možnostech náhradního hlasového mechanismu. Předán kontakt na občanské sdružení S-let. Další informace na stránkách www.laryngektomie.cz .			
Terapie: nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení. Nácvik motoriky mluvidel - instruována. Základní informace ke tvorbě jícnového hlasu. Zkoušet vyvodit ructus u vokálů A, E, I, O, U, případně ve dvojhláskách. Předány edukační materiály.			
Res. nácvik jícnového hlasu.			
Další terapie dne 18.2.2019 v 9,30.			
Pacient byl podrobně informován o způsobu poskytování zdravotní péče, měl možnost klást otázky a s navrženou péčí souhlasí.			
Pacient byl seznámen s informací o zpracování osobních údajů.			
			Mgr. Pavlína Tišlová

PŘÍLOHA 14

Denní logopedický záznam – Helena

		Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111 Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899	
		IČ: 00844896	DIČ: CZ00844896
		Akreditovaná nemocnice	
Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov			
Denní logopedický záznam		Tisk:	
Příjmení, jméno:		Rodné číslo:	
Adresa:		Zdravotní pojišťovna:	
29.06.2022			
6.2.2019 Komplexní logopedické vyšetření.			
Tišlová			
18. 2. 2019 nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace. Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně v některých slabikách, ve vokálech ne. Cvičit intenzivně, několikrát denně. Tišlová			
4.3.2019 nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace. Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda. Během důrazné artikulace nesprávná technika výdechového proudu - při inspiriu, poučena o nevhodnosti. Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky Tišlová			
25.3.2019 nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace. Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda. Zapojování do automatických řad, trojslabičná slova. Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky Tišlová			
16.4.2019 nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace. Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda. Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov. Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky Tišlová			
30.4.2019 nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace. Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda. Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov. Zapojování do řeči - kategorizace - zvířata, města, řeky apod. Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky Tišlová			
22.5.2019 nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Stimulace motoriky mluvidel.			

Příjmení, jméno: _____

Rodné číslo: _____

Adresa: _____

7 Zdravotní pojišťovna

Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda.

Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov.

Zapojování do řeči - kategorizace.

Antonyma, synonyma, vztahy mezi slovy - vše ústně.

Půjčen zpravodaj sdružení S-let.

Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky

Tišlová

4.6.2019

nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel.

Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda.

Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov.

Zapojování do řeči - kategorizace.

Zpravodaj sdružení S-let vrácen.

Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky

DÚ - automatické řady.

Tišlová

25.6.2019

nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda.

Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov.

Zapojování do řeči - kategorizace.

Hádanky - profese.

Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky

Tišlová

29.7.2019

nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda.

Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov.

Zapojování do řeči - dvojslovné výrazy.

Tematický rozhovor.

Cvičit intenzivně, několikrát denně. Motivace pacientky

Tišlová

26.8.2019

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, nejzdařilejší KA, DA, BA, ve vokálech ne. Pomáhá sycená voda.

Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova. Čtení slov.

Vyprávění. Vztahy mezi slovy, slova na 1.a poslední písmeno.

Zapojování do řeči.

Motivace pacientky

Tišlová

23.9.2019

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, již lepší tvorba slov.

Zapojování do automatických řad, troj a čtyřslabičná slova, dokončování vět.

Tematický rozhovor - cestování.

Zapojování do řeči.

Motivace pacientky

Tišlová

Příjmení, jméno:

Rodné číslo:

Adresa:

Zdravotní pojišťovna:

14.10.2019

Komplexní a doplňující logopedické vyšetření.

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu izolovaně ve slabikách, již lepší tvorba slov.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Artikulace R - slova.

Tematický rozhovor - hory.

Zlepšena v bukálním šepotu. Motivace pacientky

Tišlová

72015, 72019

4.11.2019

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Artikulace R - slova.

Tematický rozhovor - děti.

Přifazování přídavných a podstatných jmen, tvorba veršů, dvojslovné výrazy - dokončování.

Zlepšena v bukálním šepotu. Motivace pacientky

Tišlová

72213

28.11.2019

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, opakování slov s K a G.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Artikulace R - slova.

Tematický rozhovor - pečení, vánoce.

Pranostiky - přifazování, lexie.

Zlepšena v bukálním šepotu. Motivace pacientky

Tišlová

72213

9.1.2020

Kontrolní logopedické vyšetření.

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, ve větách se nedaří.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Artikulace ČŠŽ - slova.

Tematický rozhovor - gastronomie.

Zlepšena v bukálním šepotu. Motivace pacientky

Tišlová

72213, 72017

4.2.2020

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, ve větách se nedaří.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Artikulace ČŠŽ - slova - opakování.

Zlepšena v bukálním šepotu. Motivace pacientky.

Zvažována hlasová protézka, předány materiály, doma si prostuduje.

Tišlová

72213

3.3.2020

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, ve větách se nedaří.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět.

Artikulace - slova - vazba s D. Ve spontánní řeči zpomalit tempo.

Zlepšena v bukálním šepotu. Motivace pacientky.

Tišlová

72213

Příjmení, jméno:

Rodné číslo:

Adresa:

37 Zdravotní pojišťovna:

1.6.2020

Kontrolní logopedické vyšetření

Pacientka přichází po 3.měsících k pokračování nácviku jícnového hlasu.

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, ve větách se nedaří.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět.

Artikulace - slova - vazba s D. Ve spontánní řeči zpomalit tempo.

Asociační cvičení.

Kategorizace - u čtení.

Motivace pacientky.

Tišlová

72213, 72017

17.6.2020

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, ve větách se nedaří.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět.

Artikulace - slova - vazba s D. Ve spontánní řeči zpomalit tempo, zdůraznit finální slabiku.

Motivace pacientky, už se tolik nestydí, byla v obchodě a pomocí bukálního šepotu se domluvila, lépe psychicky laděná.

Tišlová

72213,

29.6.2020

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech, ve větách se nedaří.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Trojslovné výrazy.

Artikulace - slova - vazba s D. Ve spontánní řeči zpomalit tempo, zdůraznit finální slabiku.

Tišlová

72213

16.7.2020

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech a některých dvojslovných výrazech.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Trojslovné výrazy.

Artikulace - slova - vazba s G velmi zdařilá. Ve spontánní řeči zpomalit tempo, zdůraznit finální slabiku.

Tišlová

72213

27.7.2020

Opakování dle zadaných materiálů.

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech a některých dvojslovných výrazech.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Trojslovné výrazy.

Artikulace - slova - vazba s G zdařilá, lepší ve větách než slovech. Ve spontánní řeči zpomalit tempo, zdůraznit finální slabiku.

Tišlová

72213

26.8.2020

Opakování dle zadaných materiálů.

Nácvik bráničního dýchání, dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Stimulace motoriky mluvidel. Nácvik bukálního šepotu, důrazné artikulace.

Nácvik jícnového hlasu, schopna ructu ve slovech a některých dvojslovných výrazech.

Zapojování do automatických řad, čtyř a pětislabičná slova, pozdravy, dokončování vět. Trojslovné výrazy.

Artikulace - slova - různé vazby, lepší ve větách než slovech, jazykolamy.

Ve spontánní řeči zpomalit tempo, zdůraznit finální slabiku. Zkoušet s bublinkovým nápojem, ve stoje.

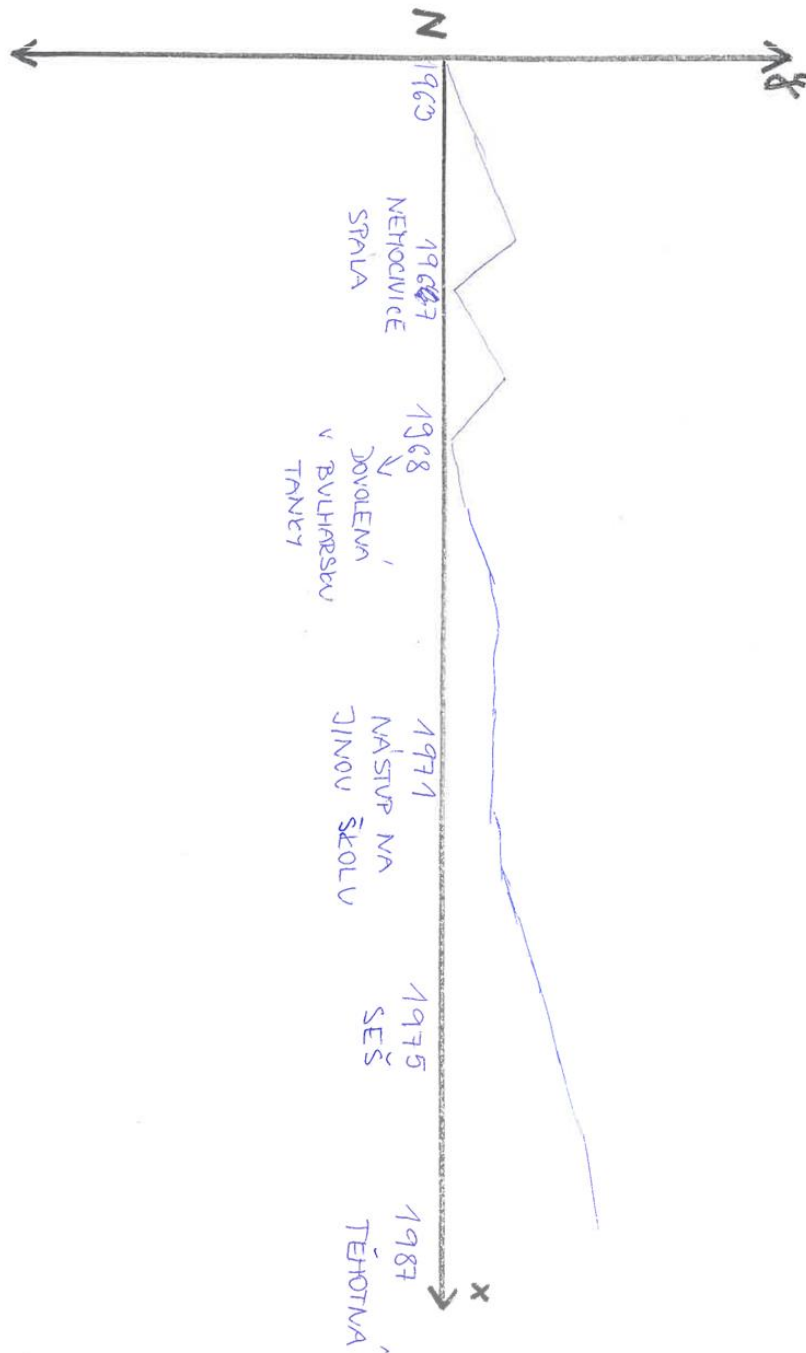
Tišlová

72213

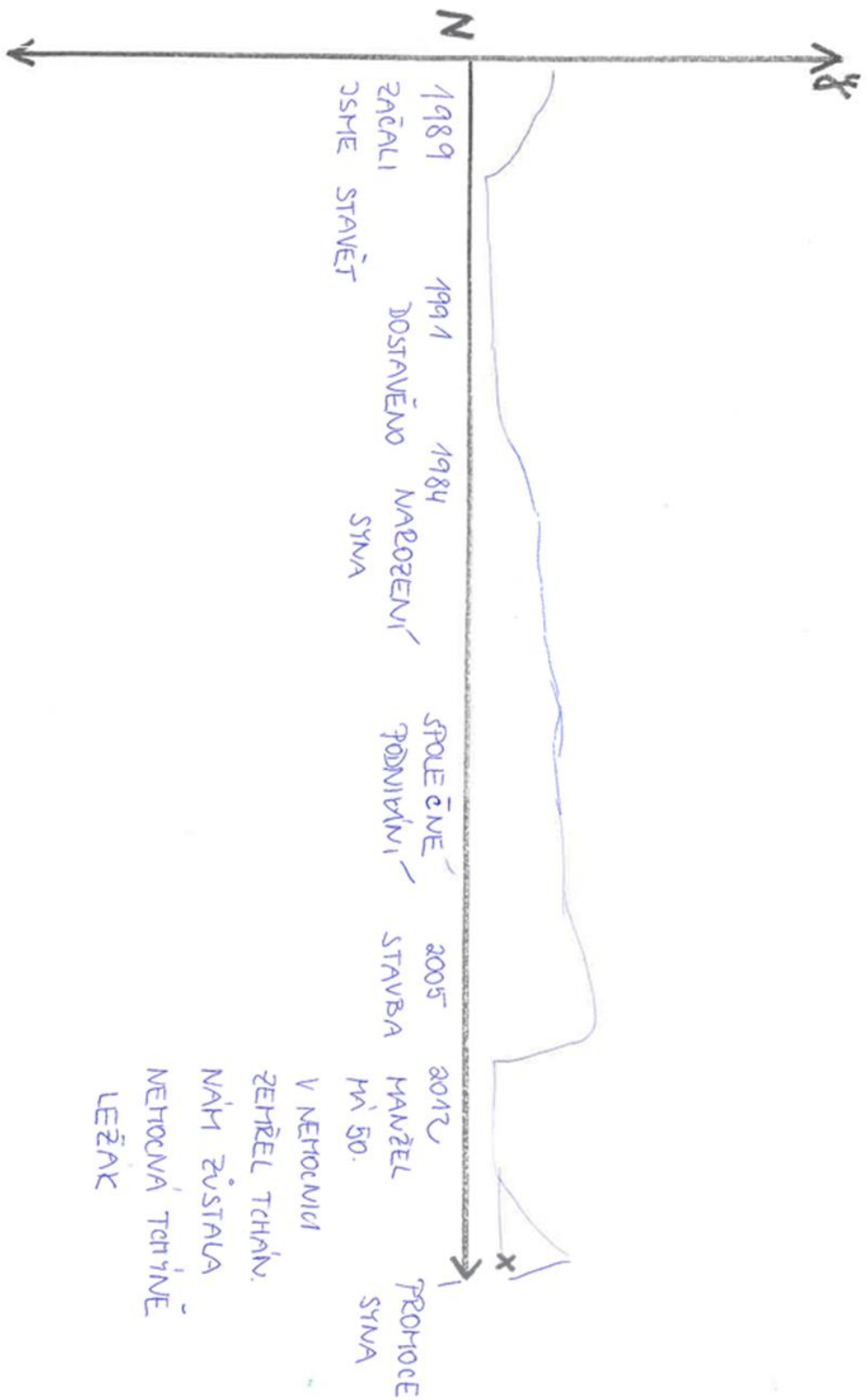
21.9.2020

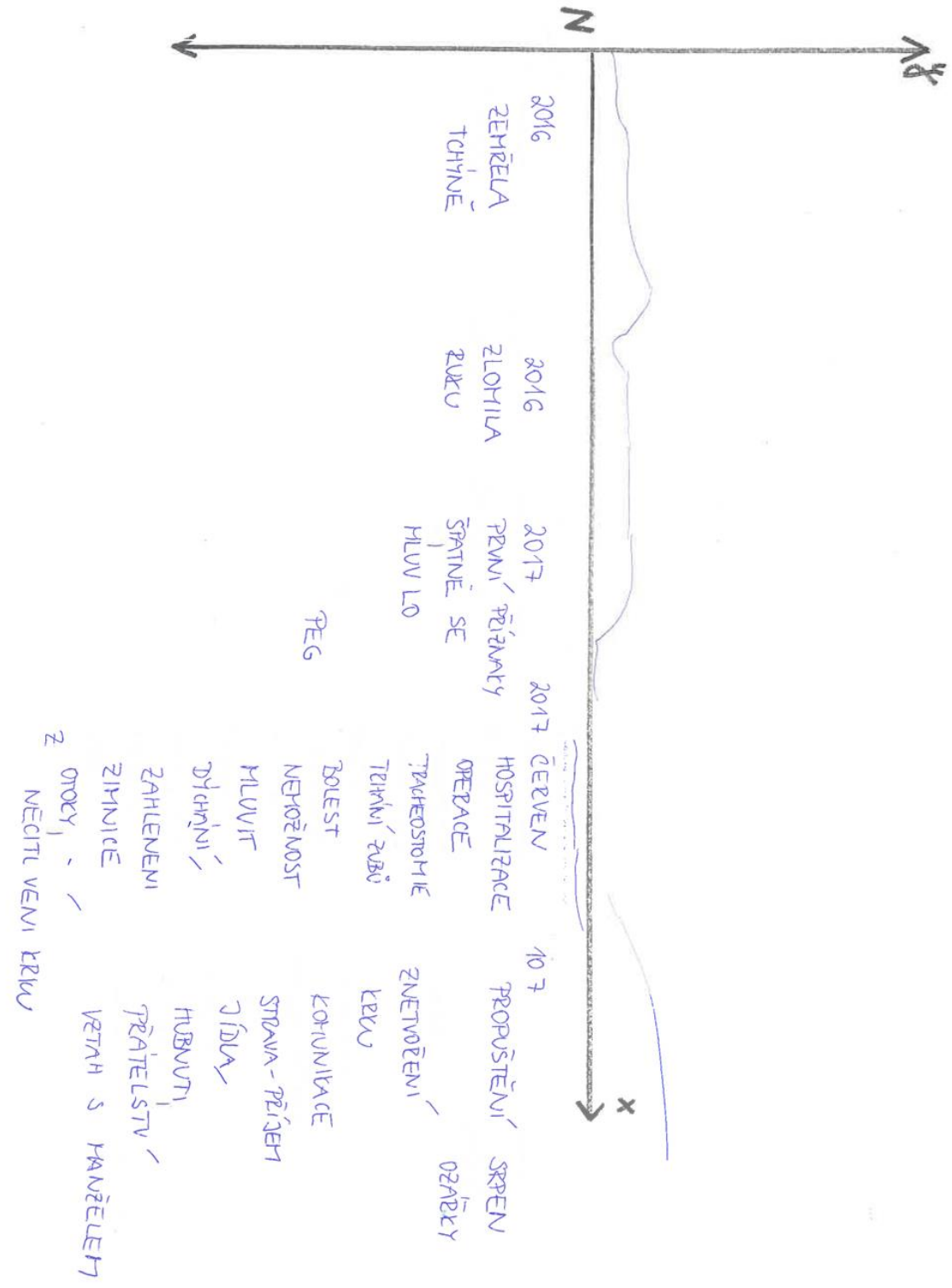
PŘÍLOHA 15

Životní křivka – Helena



1.





PŘÍLOHA 16

Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Helenou

Tazatel: „Prosím, pokuste se zachytit do záznamového schématu dosavadní život v podobě křivky. Bod označený písmenem „N“ je Vaše narození, vodorovná osa vyjadřuje posun v čase, svislá čára sílu vyskytujících událostí a prožitků“.

Helena: „A co mám dělat“?

Tazatel: „Zatím děláte jenom křivku. Tady vidíte narození“.

Helena: [tápání] „A jak to mám napsat?“

Tazatel: „Tak si představte Váš život, že by byl ve formě nějaké křivky, že by k tomu ještě nebylo to Vaše povídání, a vy byste to měla vyjádřit nějak tím grafem, kdy to šlo nahoru, kdy to šlo dolů podle Vás“.

Helena: [nechápaně] „A jaký tam má být ten rok?“

Tazatel: „Můžete nejprve udělat tu křivku a pak tam k tomu budeme dopisovat třeba buď ten rok který chcete, nebo nějakou jinou poznámku“.

Helena: „Takže já tady nejprve napíšu rok“.

Tazatel: „Dobře, tak napište rok, pokud chcete napsat rok.“

Helena: [píše na list rok 1966]

Tazatel: „1966, dobře, ale měla by to opravdu být nějaká křivka“.

Helena: [snaží se vyznačit křivku, ale není si jistá, zda je to správně]

Tazatel: „Hm, takhle třeba, dobře“.

Helena: ... „A pod to mám něco napsat“?

Tazatel: „Pod to můžete napsat cokoli uznáte za vhodné“.

Helena: „Nemocnice... děsný zážitek... spála... Byla jsem sama v nemocnici“.

Tazatel: „Takže to Vám byly tři roky. Aha, a pokuste se to nějak vepsat formou křivky“.

Helena: [vepisuje další údaj a poté vysvětluje] „1968 – dovolená v Bulharsku ... zpátky jsem viděla tanky, když jsme se vraceli domů“.

Tazatel: „A zase tou křivkou, jak byste to znázornila“?

Helena: [zaznamenává křivku směrem dolů] „Nevěděla jsem, co se děje...“

Tazatel: „Ale ta křivka jde dolů, ano? Dobře“.

Helena: [pokyvuje hlavou] ... „A pak škola“.

Tazatel: „Škola“?

Helena: [pokyvuje hlavou]

Tazatel: „Dobře, takže to bylo ve stejné rovině“?

Helena: [pokračuje dále ve psaní a pak doplňuje] „Nástup na jinou školu v roce 1971“.

Tazatel: „Ano a pořád to šlo nějakým způsobem stejně“?

Helena: [neodpovídá a vepisuje další rok] „1975 - střední ekonomická škola, pak maturita“.

Tazatel: „Potom“?

Helena: „Potom práce a pak jsem se vdala a byla jsem těhotná“.

Tazatel: „Dobře a zkuste to nějakým způsobem vyjádřit křivkou“.

Helena: No to jsem byla nejšťastnější. To bylo nejšťastnější období mého života, když jsem byla těhotná“.

Tazatel: „Takže to zkuste vyjádřit ve formě křivky. To bylo v roce 1987, když jste byla těhotná s prvním synem. A jsme na konci papíru. Dám Vám další papír. Počkejte, takhle. Takže končili jsme teda těhotenstvím“.

Helena: [Pacientka píše rok 1989 a tápe] „... a co tam mám napsat“?

Tazatel: „No to já nevím, co chcete, zkuste to nějak nazvat“.

Helena: „Začali jsme stavět dům, hrozné to bylo. Stavěli jsme to sami dva“.

Tazatel: „Takže náročné to bylo. I křivka nám jde dolů“.

Helena: „A pak tu máme 1991, dostavěli jsme.“

Tazatel: „Dobře, co s tou křivkou uděláme“?

Helena: „To jsme byli totálně v prdeli (smích), spali jsme na spartakiádních lehátkách“.

Tazatel: „Aha, takže takové těžké podmínky“?

Helena: „Katastrofa to byla, hm“.

Tazatel: „Dobře a zase, jak byste pokračovala v té křivce“?

Helena: „Byla jsem ráda, že jsem vypadla z baráku od tchýně [křivka jde nahoru].

Tazatel: „Takže mělo to výhody i nevýhody, tak jako všechno v životě, že? Jak bychom to křivkou vyjádřili“?

Helena: „Těžké“.

Tazatel: „Takže bylo to jak, dole, nahoře“?

Helena: [Kreslí stejnou rovinu a nic neříká].

Tazatel: „Pak se to zlepšovalo, ano“?

Helena: [pokyvuje hlavou] „V roce 1994 jsem měla šťastné období, narodil se druhý syn ... v novém domku“.

Tazatel: „Dobře, tak co dál, co dál je pro Vás důležité“?

Helena: „Pořád jsme pracovali a pracovali“.

Tazatel: „Pokračujte prosím křivkou“.

Helena: „Doma jsme pracovali s manželem“.

Tazatel: „Hm, tak pojďme to nějak vyjádřit do listu“.

Helena: [Zaznamenává křivku].

Tazatel: „A můžeme k tomu napsat co“?

Helena: [Píše Společné podnikání].

Tazatel: „Dobře“.

Helena: „Dvanáct let zpátky, v roce 2005, se manžel rozhodl že bude přistavovat dům“ (...).

Tazatel: „Pojďme se posunout dál. Můžete do toho vpisovat kamkoli, kam chcete. Pokud tam chcete ještě něco dopsat, můžete“.

Helena: „Pak jsme se starali doma o tchýni, než umřela. A pak ještě promoce od syna“.

Tazatel: „Takže tady nám ta křivka jde trochu nahoru, že? A co potom? Když zemřela ta tchýně, tak už jste onemocněla“?

Helena: „Ještě rok jsem byla v pořádku a v roce 2016 jsem si zlomila ruku“.

Tazatel: „Tak, to jste si zlomila ruku, hm a zkuste to tou křivkou ještě udělat“.

Helena: [Zaznamenává křivku].

Tazatel: „Dobře, takže to byla ta zlomená ruka a potom“?

Helena: „Měla jsem ruku v sádře a nemohla jsem nic dělat, ruka byla citlivá, když sundali sádru. Pak jsem začala umývat v zimě koupelnu Savem, nevětrala jsem a cítila jsem něco v krku. Tak jsem si šla zakouřit“.

Tazatel: „A vy jste v té době kouřila“?

Helena: „Ano. A už jsem cítila něco divného. Pachuť. Aceton s cigaretama dohromady“.

Tazatel: „Dobře, pojďme to zkusit nějak zapsat. A to byl teda který rok“?

Helena: „2017“ [Zaznamenává křivku a vepisuje rok].

Tazatel: „A tam to nazveme jak“?

Helena: „Já nevím“.

Tazatel: „A v tom roce 2017 se u vás už i prokázala rakovina hrtanu“?

Helena: [pokyvuje hlavou].

Tazatel: „Takže jak to můžeme nazvat“?

Helena: „Asi první příznaky nemoci bych to nazvala. Špatně se mi mluvilo“.

Tazatel: „Klidně to tam takto můžete napsat. A jak jste se cítila v té době“?

Helena: „Normálně, chodila jsem tady ještě na rehabilitace s tou rukou každý den a když mi skončila rehabilitace, tak jsem začala chodit s tím krkem. Prvně k doktorce, ta dala antibiotika, to nezabralo, tak jsem šla tady“.

Tazatel: „Kde tady“?

Helena: „Na ORL jsem šla“.

Tazatel: „Co se dělo potom“.

Helena: „Tam říkali - okamžitě“!

Tazatel: „Okamžitě co“?

Helena: „Okamžitě nástup k hospitalizaci“.

Tazatel: „Tak a co bylo dál“?

Helena: „Bylo to jasné“.

Tazatel: „Oni Vám hned u toho vyšetření říkali, o co se jedná“?

Helena: „Byla tam jedna doktorka mladá, černovlasá, a říkala, že tam něco roste“.

Tazatel: „Tak co bylo dál? Zkuste to vyjádřit tou křivkou zase“.

Helena: „To bylo v červnu 2017“.

Tazatel: „A to už byla přímo ta hospitalizace“?

Helena: [neodpovídá].

Tazatel: „A vy jste předem věděla, co vám budou dělat“?

Helena: „To mi říkali hned, že mi udělají [sahá si na krk].

Tazatel: „Tracheostomii“.

Helena: [pokyvuje hlavou] „A měla jsem se rozhodnout, jestli ozářky, nebo odstranění hrtanu“.

Tazatel: „Dobře, takže to tady máme tu křivku, že nám to šlo dolů, to období toho zjištění nádoru a co potom“?

Helena: „Říkali, že když budu mít ozářky, je šance na přežití 20%, když odstraní celý hrtan, tak 50%“.

Tazatel: „Rozhodovala jste se dlouho“?

Helena: „Řekli mi to v pondělí, že se mám rozhodnout, počkejte, jak to bylo?

V pondělí mě operovali, týden jsem měla na to se rozhodnout, jak to chci. Chtěli mi dát PEG a vytrhnout zuby“.

Tazatel: „Takže aby to stihli do té operace“?

Helena: [přítaká].

Tazatel: „Hm, dobře“.

Helena: „To byl pátek, měli jsme zrovna sraz ze třídy v ten den“.

Tazatel: „A ukažte to tou křivkou“.

Helena: [neodpovídá].

Tazatel: „Pro Vás tady to životní období, když to vezmete v celém Vašem životě...“

Helena: „Co mám na to říct“?

Tazatel: „Když byste to měla srovnat s těmi jinými těžkými situacemi, které jste prožila ...“.

Helena: „Tak to bylo ze všeho nejhorší“.

Tazatel: „Takže to teda byl červen 2017, co Vám odstranili hrtan. Co na tom bylo nejhorší“?

Helena: „Nejhorší bylo, když mi udělali vývod na krku. Jela jsem do Ostravy, tam ještě trhali ty zuby, nadvakrát mi vytrhli všechny zuby. Oni chtěli vytrhat i zdravé zuby. Všechny zuby, čtyři plus osmičky, tu dva tu dva [ukazuje v ústech]. Řekli, že to musí všechno pryč. Zubař ale nechtěl vytrhnout i zdravé zuby, nevěděl proč, když jsou zdravé. On řekl...“

Tazatel: „Kdo řekl“?

Helena: „XX řekl, že se bude ozařovat horní čelist a že se ty zuby začnou kazit. A že to potom už žádný zubař nebude chtít ošetřit. Že by to vytrhl i s kostí ten zub. Ve XX, když mi to řekli, tak jsem utekla do XX nemocnice to říct tady doktorovi, že to nechtějí vytrhnout. A on mě tam poslat zpátky, že to nebude jinak operovat. Tak to teda všechno vytrhli. Měla jsem nateklou celou pusou, pak mě pustili na sobotu a neděli domů a v neděli odpoledne jsem se vrátila do nemocnice. A v pondělí jsem šla na operaci [vytahuje kapesníky a pláče].

Tazatel: „Takže teď jsem v nejhorším – operace, hospitalizace, pořád to máme nejnižší tu křivku?“

Helena: [pokyvuje hlavou].

Tazatel: „Vy jste říkala, že nejhorší bylo vyvedení toho stomatu na krku, smířit se s tím, že to tam je. A smířit se s čím konkrétně“?

Helena: „Tak pro ženu, podívejte se, jak to vypadá [ukazuje na krk], to je problém, když je něco takového na krku“.

Tazatel: „Hm.... Bylo kromě té tracheostomie ještě něco, co pro Vás bylo operaci obtížné?“

Helena: „Vůbec“.

Tazatel: „Vůbec co“?

Helena: „Že vůbec nemůžu mluvit“.

Tazatel: „Takže další závažná věc, která potom po operaci byla. Věděla jste o ztrátě hlasu dopředu“?

Helena: „Byla jsem na to upozorněna, co bude po operaci, to jsem věděla“.

Tazatel: „Ale ona ta situace je pak si jiná, když se probudíte po té narkóze“?

Helena: „Nepamatuju si to. Bylo mi to všechno jedno po té operaci. Víte, co mě nejvíc pobavilo po té operaci“?

Tazatel: „Nevím“.

Helena: „Mám kamarádku, ona je éro, 5x vdaná, bydlí ve XX a má sousedku. Ta je rozhlas. A když mě neviděli doma, tak šli zazvonit na manžela a ptali se, co mi je. Její setra dělá uklízečku u zubaře, viděla mě tam, takže v XX už věděli, že já jsem v nemocnici. (...).

Tazatel: „To tak je, taková lidská potřeba šířit o ostatních lidech osobní informace. A když se teda vrátíme k tomu těžkému období, takže teda znetvoření krku byla první věc, která vás zaskočila, druhá věc je ta komunikace, že jste nemohla mluvit. Co ještě dalšího bylo pro vás těžké“?

Helena: „Smíření se“.

Tazatel: „Smíření se s čím“?

Helena: „Že nebudu mluvit. Manžel ten byl zoufalý“.

Tazatel: „Co ty Vaše další obtíže“?

Helena: „Štval mě ten PEG“.

Tazatel: „Proč vás to štvalo“?

Helena: „Bylo jasné, že mi ho dají. Doktor mě poslal do XX a nikdo se mě nezeptal, jak o to pečovat po operaci. Že se o to mám starat“.

Tazatel: „A vy jste tady o tom nevěděla? Nikdo Vám to neřekl“?

Helena: „Věděla, ale nevěděla jsem, jak to mám udělat“.

Helena: „Tak jsem se ptala sestry na ORL a ona řekla, že to dělat nebude a že nemá čas, ať řeknu noční sestře. Vůbec nevěděla, co s tím, že nemá zkušenosti“.

Tazatel: „Aha, a jak Vás ten PEG omezoval“?

Helena: „Nemohla jsem se osprchovat, vyměnit buničinu“.

Tazatel: „Oni chtěli, ať si buničinu měníte sama“?

Helena: „Ale buničinu mi nedali“.

Tazatel: „To máme tedy další problém s tím PEGem. A co jídlo“?

Helena: „Tak do operace jsem mohla jíst vše, ale po operaci, více jak týden jsem nic jíst nesměla, a jenom se používal ten PEG“.

Tazatel: „Jak se Vám dýchalo? Jak jste na to byla s dýcháním“?

Helena: „Tak měla jsem na pokoji odsávačku [rozpláče se a vezme si nabídnutý kapesník]. Než si na to zvyknu, jakým způsobem dýchat. Zezačátku se to [ukazuje na krk] ucpávalo hlenem“.

Tazatel: „Ty hleny musí být asi hodně nepříjemné, že“?

Helena: „To nejde dát pryč. Jsou lepkavé a přilepené na kanyle. Zpočátku byla kanyla z umělé hmoty, na to se to lepilo hodně.“

Tazatel: A to dýchání se nějakým způsobem stabilizovalo?

Helena: „Ano“.

Tazatel: „Co se týče chuti a čichu“?

Helena: „Čich nemám žádný, necítím nic, ale třeba teď když jsme udili a foukal vítr, zaválo to do nosu a šlo to cítit“.

Tazatel: „Jak jste na tom s chutí“?

Helena: „Chut' mám dobrou“.

Tazatel: „Hned po operaci jste měla“?

Helena: „Po ozárkách chut' nebyla“?

Tazatel: „Pořád jsme v té jedné rovině, co se týče Vaší nemoci. Takže můžeme tam ještě napsat tu hospitalizaci v nemocnici“?

Helena: [vписuje rovnou čáru].

Tazatel: „Takže celý ten měsíc necháme křivku v jedné rovině?“

Helena: „Ano“.

Tazatel: „Takže tam tedy píšete Měsíc v nemocnici? 10.6. - 10.7.? Dobře“.

Helena: „Tam jsem propuštěná“.

Tazatel: „Po celou dobu té hospitalizace je křivka stejná“?

Helena: „Byl to děs, nejhorší. Ještě, než mě pustili domů, v nemocnici jsem otekla“.

Tazatel: „A kde přesně jste otekla“?

Helena: „Nohy i břicho. Ale už jsem chtěla jít domů, pak trvalo, než mě pustili, dávali mi kapáky, léky na spaní jsem neužívala. Nebo vzala jsem si v deset, ale dostala jsem zimnici, ale strašnou, tak volali doktora a nešlo to zastavit. Pak jsem četla, že je to pooperační stav. To jsem ještě nezažila. Sestřička mě držela za ruku a já jsem skákala na posteli. Nešlo mi změřit tlak, nešlo nic“.

Tazatel: „Dobře, takže ten měsíc máme stejnou čáru, nebyl tam žádný rozdíl, žádné zlepšení“?

Helena: „Bylo to nejhorší období, co jsem zažila. Hned po té operaci“.

Tazatel: „Jak jste na tom byla psychicky“?

Helena: „Špatně“.

Tazatel: „Kdo vám v té době nejvíce pomáhal“?

Helena: „Psala jsem si se syny“.

Tazatel: „Psali jste si esemesky, nebo maily“?

Helena: „Přes tablet“.

Tazatel: „Ještě někdo Vám dodával sílu, byl pro vás oporou? Kamarádka, rodina, zdravotník“?

Helena: „Nejvíce si vybavuju syny. A sestřička tam byla velice příjemná. Hm“.

Tazatel: „Měla jste tam nějakou svoji jednu oblíbenou“?

Helena: „Ony se střídaly“.

Tazatel: „V té době, když jste na tom byla takhle, uvažovala jste i nad nějakou psychologickou pomocí“?

Helena: „Nikdy! Nabízela mi to i sestřička, toho psychologa, ale nikdy jsem to nevyužila“.

Tazatel: „Jste zvyklá zvládat životní situace sama? Jste bojovnick, že“?

Helena: „Nevěřím psychologům, že jsou mi schopni pomoci. Spoléhám se jen sama na sebe, že já sama si pomůžu“.

Tazatel: „Dobře a když teda vezmeme, že se podařilo vyřešit otoky a pustili Vás domů z nemocnice, co s tou křivkou? Pořád zůstává stejně, nebo jak ji nakreslíme“?

Helena: „Naučit se s tím žít“.

Tazatel: „To znamená, kdybyste to měla udělat formou toho grafu, jak byste to tam teď dopsala“? [skáče do řeči].

Helena: „Byla jsem ráda že jsem doma“.

Tazatel: „Takže to tam nějak vyjádřete“.

Helena: [křivka se lehce zvedá nahoru].

Tazatel: „Trochu to šlo nahoru, hm“.

Helena: „A čekala jsem na ozářky“.

Tazatel: „A ty ozářky byly po jaké době, od propuštění z nemocnice“?

Helena: „Říkali mi, že musím ztloustnout. Musela jsem chodit do nemocnice se pravidelně vážit. Dostala jsem karton pitíček, dodávka mi domů přivezla krabice, lezlo mi to pak i ušima“.

Tazatel: „Ono se to přepije, že“?

Helena: „Zpočátku ne, ale když jsem dostala další krabici, tak to už nešlo“.

Tazatel: „A přibrala jste“?

Helena: „Ano, přibrala jsem na 50kg“.

Tazatel: „A když Vás pouštěli z nemocnice, tak jste vážila kolik“?

Helena: „Když jsem nastoupila, tak jsem vážila 46 kg, potom po kapácích jsem byla zavodněná, tak jsem natekla a pak to šlo všechno pryč, takže když mě pouštěli, měla jsem 48 kg“.

Tazatel: „Takže za ten měsíc doma jste přibrala 2 Kg? Po těch pitíčkách? A ta pitíčka jste už zvládala vypít normálně“?

Helena: „To už jsem dokázala vypít. PEG jsem používala jenom v nemocnici a když zjistili, že můžu normálně jíst, tak jsem řekla že to nechci, akorát jsem do toho musela dávat čaj. Kvůli ozáčkám mi to nechali“.

Tazatel: „Dobře, takže ve chvíli, kdy jste přibrala jste nastoupila na ozáčky“?

Helena: „V srpnu“.

Tazatel: „Tak to tam teď napište – srpen – ozáčky. Hm. Tak a jak bychom pokračovali“?

Helena: „Ozáčky byly katastrofa. Ne že by mě něco bolelo, ale byla to uzavřená místnost, pro mě děs. Ještě máte tu masku. Udělala jsem zásadní chybu. Když mi udělali masku, měla jsem cop, tím pádem ta maska byla volná. Když mi dali masku, zaměřili mě a nesesedlo to. Tak znova, urovnala jsem vlasy, zase špatně. Bylo to tak 4x po sobě, takže už jsem to nemohla vydržet. Doktorka říkala, budeme muset udělat novou masku. Udělali to ale strašně pečlivě, byla malá zase. Byla jsem celá zamřížkovaná, oči zatlačené. Synové, když mě viděli, tak říkali, tohle už ne. Mladší syn jezdil se mnou, takže mě viděl hned. Říkal mi, to je katastrofa. Přišla doktorka a koupili speciální natahovač na masky, takže to spravili, upravili oči. Další masku jsem nechtěla, protože mi říkal doktor XX, že to ozařování dlouho trvá v té místnosti. Říkal mi 20 minut. Ale není to pravda. Zaměřili to a trvalo to tak 3 min. On mě strašil, že budu v uzavřené místnosti 20 min. To bych nevydržela.

Tazatel: „Dobře, tak my tady máme teda naposledy ty ozáčky, takže pojďme nějak pokračovat. Ty ozáčky trvaly jak dlouho“?

Helena: „Měla jsem 37 ozáček“.

Tazatel: „6x týdně“?

Helena: „Ne, 5x týdně, až do října“.

Tazatel: „V té křivce se něco změní? Když byly ty ozáčky“?

Helena: „Strašili mě, že nebudu moct jíst, tak mi napsali prášky. Tvrdé kousky nešlo jíst, tak jsem si to nějak nakrájela, rozmixovala. Nechtěla jsem používat ten PEG“.

Tazatel: „Snažila jste se pořád, i přes tu bolest něco jíst.“

Helena: „Neměla jsem chuť, bylo mi jedno, co jsem jedla, všechno mělo stejnou chuť“.

Tazatel: „Vidím, že z Vašeho pohledu je to pořád stejné, až do toho října. V tom říjnu se něco změnilo“?

Helena: „Přestaly ozářky“.

Tazatel: „A můžeme tu křivku udělat nějak jinak“?

Helena: „Pořád jsem neměla chuť, půl roku to trvalo“.

Tazatel: „Dobře a když skončily ty ozářky, tak máte pocit, že to bylo lepší?“

Helena: [pokyvuje hlavou].

Tazatel: „Tak a co bylo dál“?

Helena: „Chodila jsem tady na kontrolu, byla jsem na ORL na kontrolách“.

Tazatel: „Tohle období po ozáčkách, jak byste to vyjádřila“?

Helena: [krčí rameny].

Tazatel: „Bylo to lepší, horší, stabilizovalo se to nějak“?

Helena: „Bylo to lepší, ale pořád mě všude vážili. Na ORL“.

Tazatel: „Tak ona ta váha je důležitá, jestli člověk neztrácí moc svalové hmoty. Takže jak byste to vyjádřila křivkou“?

Helena: „Chtěla jsem vyndat PEG, ale doktor říkal že ne, že to musím mít ještě půl roku. Kolem PEGu se mi to červenalo, každý den jsem to ošetřovala, ale já jsem to nechtěla. Před vánocema mi říkal, že mi to vyndají. V XX nemocnici to nechtěli vyndat, neřekli proč, a poslali mě do XX. Na XX, otázka pěti minut, že to vyndají. Byl to nejhorší zážitek mého života. Nešlo to vyndat. Doktor byl zpocený, že to nevyndá. Nejde to vyndat, říkal. Že tam nevleze tou hadičkou“.

Tazatel: „Jako ústy“?

Helena: „Přes jícen [ukazuje na krk]. Že to nejde. Že mi udělají rentgen jícnu, proč to nejde. Šla jsem zpátky do XX za XX, že to nešlo vytáhnout a on říkal, že to musí jít vyndat. Chytrý jak opice. A říká, že na rentgenu nepůjde nic vidět, že tam mám všechno spálené. Tak volal lékaři na XX. A poslal mě tam zpátky a že to půjde vyndat. Že tam brzdí ta kanyla. Doktor ve XX se bál, že se udusím, ale ORL říkal, ať to pak nasadí zpátky. Takže jo, jela jsem zpátky, do XX, tam že to vytáhnou a přivezou mě zpátky. Nastoupila jsem do nemocnice, sepsali se mnou na pokoji papíry a přišel XX co tady dělám, že mi měly sestry volat, ať nenastupuju. Sprdnul sestry, že jsem neměla nastoupit do XX, že mi to rovnou domluvil v XX. Tak jsem nadávala, byla jsem na to psychicky nachystaná, že to vyndají, manžel pro mě mohl přijet až za 2 hod. Tak jsem zuřila. Byla jsem převlečená, všechno. Doktor roztrhal papíry. Manžel se taky vztekal. V pondělí mě tam vezl manžel a mladší syn, čekali jsme od osmi do desíti, vypadalo to, že bude narkóza“.

Tazatel: „A jim se už podařilo to vytáhnout“?

Helena: „Ne, nepodařilo se jim to tam strčit endoskop, že to neprojde jícnem, že je to úzké. Že se musí bez narkózy rozšířit jícen, byla to katastrofa. Bál se, že roztrhne jícen. Volali druhého doktora, volali primáře. Všichni tam stáli a dívali se na ty obrazovky. Trvalo to hodinu a půl. Nakonec se dostal do žaludku, ustříhнул to, tahali to ven, ale zůstalo to v tom jícnu. Vytáhnul prázdnou hadičku“ [ukazuje, jak to vypadalo].

Tazatel: „Ano, bez toho kloboučku“.

Helena: „Tak co teď? Tak říkal – znova! Tak se všichni radili, jestli to tam dávat, museli to vytlačit zpátky, že to v žaludku rozstříhnou. Tekly mi slzy, pořád to nešlo rozstříhnout. Půl hod se snažili to rozstříhnout, nešlo to. Zatlačili to do střeva, aby to šlo do střeva a vyloučila jsem to. Vytáhli hadičku. Když to do týdne nevyjde, tak mě budou muset řezat a vytáhnout to přes břicho, když by to zůstalo ve střevech. Ale nevěděli, jestli nemám zúžené střevo. Pak mě pustili domů, katastrofa“.

Tazatel: „A jak by byla ta křivka“?

Helena: [vyznačuje ji nejnižše, pod osu x].

Tazatel: „Úplně nejvíc? Z celé té doby to byl tento zážitek nejhorší“?

Helena: „Představte si, že nemáte narkózu, hrozné“!

Tazatel: „A jak bychom mohly nazvat ten prožitek“?

Helena: [krčí rameny].

Tazatel: „Třeba jako bolest?“

Helena: „Ano“.

Tazatel: „Ta bolest byla taková velká“?

Helena: „Když se díváte do vlastního břicha.... když mi to dávali, tak mě uspali“.

Tazatel: „Dobře, takže vytahování PEGu, to jsme nejniž, a potom ještě něco co bychom zmínili, kromě toho PEGu? Zmínili bychom ještě něco? Nebo to chcete ukončit tím PEGem?“

Helena: [krčí rameny].

Tazatel: „Protože ten PEG, to máte jako že nejhorší období života...takže...“ [Helena skáče do řeči a doplňuje].

Helena: „Byla to vlastně jen nejhorší hodina“.

Tazatel: „Ale máte na to takový negativní...“ [skáče do řeči].

Helena: „Bylo to jako porod, ale u porodu víte, že to skončí. Ale u toho člověk nevěděl, jestli to skončí, nebo neskončí nikdy“.

Tazatel: „Takže to byla ta nejhorší hodina. A potom? Když bychom se zase vrátili k té křivce“.

Helena: „Tak strach, jestli to vyjde ven nebo nevyjde“.

Tazatel: „Takže předpokládám, že ten plast jste vyloučila...“.

Helena: „Čtyři dny to trvalo, než to vyšlo“.

Tazatel: „A potom? Kromě toho ozařování, probíhala pak ještě další léčba“?

Helena: „Neprobíhala“.

Tazatel: „To se bavíme o roku 2017, a od té doby, když bychom chtěli tu křivku nějak dokončit až třeba doted'...“.

Helena: „Ještě jsem si zlomila ruku“.

Tazatel: „Dobře, ale když bychom se vrátili k onkologickému onemocnění, jak byste to hodnotila od vytažení PEGu? Jak byste tu křivku udělala? Zkuste jí ještě nějak znázornit“.

Helena: „Zvykám si“ [kreslí rovnou křivku].

Tazatel: „Takže od toho PEGu je to pořád v nějaké rovině? Nejsou tam výkyvy? Je to pořád stejné“?

Helena: „Pes“!

Tazatel: „Pes“?

Helena: „Když jsme si přivezli psa. A promoce syna, která se nekonala.

Tazatel: „A když byste tam měla zakreslit nějak Vašeho psa, jak by ta křivka vypadala?

Helena: [značí křivku jdoucí nahoru].

Tazatel: „Šlo to hodně nahoru psychicky“?

Helena: „Je to potvora (smích)“.

Tazatel: „A to bavíme o roku 2021? A co se týče Vaší nemoci, je to pořád stejné těch pět let“?

Helena: „Je to lepší. Kdybych tolik nehltala, tak by se to tam [ukazuje na krk] nezaseklo, bylo by to lepší“.

Tazatel: „Když jíte rychle, tak se to zadrhne“?

Helena: „V neděli se mi to stalo, čtyři hodiny to trvalo, než mi jídlo sjelo do žaludku, nemůžete pít, nemůžete jíst...“.

Tazatel: „Dobře, tím psem, že to je teď nahoře, to můžeme uzavřít“?

Helena: „Ano“.

Tazatel: „A my to teď uděláme obráceně. Dám před Vás obrázky žebříků a dostanete dva fixy. Zeleným fixem se pokusíte vyznačit, jak daná událost na Vás působí teď a červeným fixem, jak na Vás bude událost působit za pět let [mezitím řadím jednotlivé archy s žebříky podle čísel].

Teď co se týče těch zmiňovaných fyzických obtížích – Vašeho krku a tracheostomie, jaké číslo byste tomu dala? Nula znamená nejméně, deset znamená nejvíce. Takže vezměte si zelený fix a napište číslo do žebříku“.

Helena: „Tak asi šest“.

Tazatel: „Teď jste tomu dala šestku, ano?“

Helena: [pokyvuje hlavou].

Tazatel: „Zelenou vám vezmu. A teď zkusíte

Helena: [nechápe instrukci].

Tazatel: „To je jako stupínek, Jedna, dva až deset.

Helena: „Aha“.

Tazatel: „Jo, to znamená, kde si myslíte, že to bude, co se týče té fyzické stránky, za pět let? Jak to budete vnímat za pět let“?

Helena: „A co tady mám napsat? [Pacientka nerozumí instrukci].

Tazatel: „Zase číslo. Když teď je to šestka, tak bude to za pět let pro Vás horší, bude to lepší, bude to stejné“?

Helena: „Ale já nevím, co bude za pět let“.

Tazatel: „Samozřejmě“.

Helena: „Já se bojím“.

Tazatel: „Čeho se bojíte“?

Helena: „Když budu umírat, budu ležák, že mi to nikdo nevymění“.

Tazatel: „Jako myslíte tu kanylu“?

Helena: „Ano“.

Tazatel: „Vy se teď o kanylu staráte sama? Nikdo Vám s tím nepomáhá, nikdo jiný to doma neumí, nedělá to“?

Helena: „Ne“.

Tazatel: „Takže máte strach“?

Helena: „Mám pocit, já vím, kdy se mi dýchá dobře, kdy to vyměnit. Když to bude zahleněné, tak budu dýchat tak či tak, ale blbě“.

Tazatel: „Hm, takže z toho máte strach, z takové bezmoci, když se o vás bude starat někdo jiný“?

Helena: „Když budu někde v nemocnici“.

Tazatel: „Aha, dobře, samozřejmě. Nikdo z nás neví, co bude za pět let, ale když bychom měli nějak odhadnout, jakým číslem byste to označila“?

Helena: „Bude to pořád ta šestka“.

Tazatel: „Klidně, tak ji tam napište, zase tam necháme tu šestku. Takže to máme první věc, to máme ten krk. Další věc jste zmínila tu komunikaci. To jste říkala tu druhou věc, která vás nejvíce limituje. Takže poprosím Vás, teda tady tou zelenou запиšte číslo do žebříku“.

Helena: „Jako teď“?

Tazatel: „Ano, to se bavíme o současnosti“.

Helena: [nechápe instrukci].

Tazatel: „Jak tu komunikaci s okolím vnímáte teď“?

Helena: „Pětku bych dala. Je to celkem jedno“.

Tazatel: „Jedno? Komu jedno“?

Helena: „Mně. Když mi okolí nerozumí, tak to neřeším. Tím líp“.

Tazatel: „Dobře, tak dejte tomu číslo, jaké si myslíte, že je teď pro komunikaci, domlouvání se s okolím“?

Helena: „Nejhorší je komunikace na úřadech, na poště, když zvoní telefon, nebo přijde pošťák“.

Tazatel: „Jaké byste tomu dala číslo teď“?

Helena: „Pětku“.

Tazatel: „Pětku dáte“?

Helena: [Neví kam to napsat].

Tazatel: „Zkuste to napsat do toho políčka“.

Helena: [Ukazuje prstem do žebříku].

Tazatel: „Ano, tam napíšete tu pětku“.

Helena: „Za těch pět let, jak si myslíte že to bude“?

Helena: „Bude to úplně stejné. Nebo mohlo by se to zlepšovat, dám čtyřku“.

Tazatel: „Ale čtyřka je horší. Desítka je nejvíc a jednička je nejméně. Takže jestliže teď máme pětku, tak...“.

Helena: „Bych dala šestku“.

Tazatel: „Dobře. Další bod, který jsme řešili, byl ten čich a chuť, to byla další věc“.

Helena: „Chuť je dobrá a čich je v prdeli (smích)“.

Tazatel: „Takže jaké dáme číslo u čichu“?

Helena: „Nejhorší“ [vepisuje jedničku].

Tazatel: „Takže jedničku? Teď je čich nejhorší. A za pět let“?

Helena: „Nezlepší se, pořád to bude jednička“.

Tazatel: „Dobře. Tak další věc, kterou jsme řešili, byli vztahy, vztahy v rodině, se syny, s manželem. Jakým číslem byste to ohodnotila nyní“?

Helena: „Devítku“.

Tazatel: „Dobře. A za pět let“?

Helena: „To stejné“.

Tazatel: „Fajn. A my jsme se věnovaly i tomu PEGu, takže to bychom nazvali celkově Strava? Nebo Jídlo? Vy jste říkala, že s tím pořád máte problémy.“

Helena: [Pokyvuje hlavou].

Tazatel: „Jaké číslo byste tomu přiřadila teď“?

Helena: „Osmičku“.

Tazatel: „To znamená, že to není tak hrozné“?

Helena: „Jde to přežít. Musím více kousat a nesmím mluvit u jídla“.

Tazatel: „A za 5 let“?

Helena: „Bude to stejné“.

Tazatel: „Zmínila jste i strach. Strach z budoucnosti. Dá se to tak nazvat? Nebo je to strach z nemoci“?

Helena: „Těžko říct. Nepocítuju to. Jenom některé situace, štve mě korona virus a válka“.

Tazatel: „Ano, ty současné věci, které se týkají celé společnosti, takže z toho máte strach?“

Helena: [pokyvuje hlavou].

Tazatel: „A z něčeho jiného máte strach?“

Helena: „Ne, když jsem přežila tu operaci... Ale já mám strach, že se ta rakovina může vrátit, ale jestli se něco vrátí, tak už se nebudu léčit. V mém případě se to nebude léčit.“

Tazatel: „A jak to víte?“

Helena: „Já se rozhodnu, že to nechci už dál řešit.“

Tazatel: „Proč si to myslíte?“

Helena: „Bude to ještě horší než teď.“

Tazatel: „Teď jak to vnímáte, jaké číslo byste tam dala? Strach z recidivy onemocnění, jak byste ohodnotila?“

Helena: „Odmítnu jít do nemocnice, chtěla bych zůstat doma, nejlepší by byl infarkt. Teď znám čtyři lidi, co jsou mladší než já a všichni zemřeli na infarkt. (...)“

Tazatel: „Tak to nikdo nevíme takové věci. Ale pokuste se prosím ohodnotit ten strach. Máte ho? Nemáte ho? Jak byste to ohodnotila číslem?“

Helena: „Nejvyšší je desítka“?

Tazatel: „Ano“.

Helena: [Neví, jaké číslo má zvolit].

Tazatel: „Desítka znamená největší strach, jednička nejmenší strach“.

Helena: „Dám trojku“.

Tazatel: „A za pět let“?

Helena: „To budu mrtvá“ (smích).

Tazatel: „Kdyby ne“?

Helena: „To nevím“.

Tazatel: „Zkuste to odhadnout“.

Helena: „Dám trojku“.

Tazatel: „Dobře, takže to máme další věc. Jak se vaše onemocnění odrazilo na manželství, na partnerském vztahu“?

Helena: „To víte že jo“.

Tazatel: „A byla byste prosím schopna k tomu říct ještě něco bližšího“?

Helena: „Nikdy to už nebude, jak to bylo. Předtím jsme chodili na obědy s manželem, možná bychom chodili do restaurací dál, kdybych nebyla nemocná. Ale byl ten korona virus. Ted už nepůjdeme do hospody, říkal manžel. Ne kvůli mně, ale kvůli těm vyděračům“.

Tazatel: „Jako že je teď draho“?

Helena: „O to nic, ale (...) je to hnus, a chtějí za to 150 Kč. (...)“.

Tazatel: „Myslíte si, že Váš společenský život by byl jiný, kdybyste neonemocněla? Vy jste před operací žila hodně společensky“?

Helena: „Pořád. S manželem. Chodili jsme na hory, na diskotéky, pařili jsme“.

Tazatel: „Jo? Byli jste pařmeni“?

Helena: „Kolem čtyřiceti pěti let jsme hodně tančili, chodili jsme i se sousedkou a pak ještě domů“.

Tazatel: „Dobře. To onemocnění narušilo nějak vztahy s Vaším okolím? S kamarádkami, změnilo se něco“?

Helena: „Ne, to zůstalo stejné. Moc kamarádek jsem ale neměla, ale ty stejné mi zůstaly“.

Tazatel: „A jak byste to ohodnotila teď“?

Helena: „Těžko říct, často jsme se neviděly“.

Tazatel: „To ano, ale víte, jak to je, nemusíme se vidět často, ale“.

Helena: [Skáče do řeči] „Ano, je to pořád stejné“.

Tazatel: „Jakým číslem byste to teď ...“

Helena: [Skáče do řeči] „Nejlepší je desítka? Tak devítku“.

Tazatel: „Jaké to bude za pět let“?

Helena: „To budu mrtvá“. [A dopisuje u toho číslo do žebříku].

Tazatel: „Další zmiňovanou věcí byla radioterapie – ozařování. Máte teď nějaké problémy po ozařování, které by u Vás přetrvávaly“?

Helena: „Hlavně tam nechci být zavřená“.

Tazatel: „No, to je jasné, ale zda po ozařování máte nějaké potíže ve smyslu spáleného krku, znecitlivění a podobně“?

Helena: „Po operaci mám znecitlivěný krk, ale to je zůstatek po operaci, ozářky na to neměly vliv“.

Tazatel: „Jak to chcete nazvat? A jaké by to bylo číslo“?

Helena: „Třeba znecitlivění krku. Je to jako byste měla celý krk v trubce“.

Tazatel: „Jste schopna tomu dát nějaké číslo“?

Helena: „Teď“?

Tazatel: „Ano, teď“.

Helena: „Čtyřku“.

Tazatel: „Za pět let tam bude rozdíl“?

Helena: „Jo, po operaci by to byla jednička, to bylo nejhorší. Teď je to čtyřka, pravá strana už je celkem dobrá, ale ještě ta levá strana“.

Tazatel: „A za pět let“?

Helena: „By to byla osmička“.

Tazatel: „Vy jste ještě hodně mluvila o té operaci, hospitalizaci, to už je přeci jenom nějakou dobu, takže člověk hodně věcí třeba zapomene, nebo chce zapomenout, ale když se k tomu vrátíte, tak jak se zpětně díváte na tu operaci a hospitalizaci v nemocnici“?

Helena: „Byla jsem všude sama“.

Tazatel: „Takže to bylo pro vás...“?

Helena: „Lepší“.

Tazatel: „Je pro Vás lepší, když jste v těžké situaci sama“?

Helena: „Možná že jo“.

Tazatel: „Dobře a číslem byste to ohodnotila jak“?

Helena: „Všichni se chovali hezky, dala bych osmičku“.

Tazatel: „A jak si myslíte, že na to budete vzpomínat za pět let? Je to Váš subjektivní pocit, můžete napsat cokoliv“.

Helena: „Zase osmičku“.

Tazatel: „Je ještě nějaká oblast Vašeho onemocnění, kterou jsme nezmínili a chtěla byste se k ní vyjádřit“?

Helena: [krčí rameny].

Tazatel: „A když bychom se vrátili k tomu manželství, k partnerskému vztahu? Protože on je přeci jen rozdílný vztah partnerský oproti rodičovskému, přátelskému. Pořád to vztahujeme k období odstranění hrtanu. Jakým číslem byste to vyjádřila“?

Helena: „Po třiceti pěti letech to je těžké ...“.

Tazatel: „Určitě, to je jasné. A jste schopna to ve vztahu k Vašemu onemocnění nějak očíslovat“?

Helena: „Kolem šestky“.

Tazatel: „Takže píšete zelenou šestku. A bude to lepší, nebo horší“?

Helena: „Bude to horší. Manželovi začíná hrbat. Dostal skvělý nápad, je to katastrofa. Řekla jsem mu, že už s ním nebudu (...). Pětku, nebo ne, bude to stejné“.

Helena: „A k čemu to vlastně bude dobré“?

Tazatel: „Všechno Vám ještě pochopitelně vysvětlím. Ted' Vám ale chci moc poděkovat, za Vaši ochotu odpovídat a taky Váš čas“.

PŘÍLOHA 17

Vstupní logopedické vyšetření – Bořivoj



Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111

Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899

IČ: 00844896

DIČ: CZ00844896

Akreditovaná nemocnice

NEMOCNICE
HAVÍŘOV

Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov

Klinická logopedie

Tisk:

Příjmení, jméno:

ČP:

RČ: - - -

Adresa:

Zdravotní pojišťovna:

Tel. objednávání a konzultace od 13:00 do 14:00 hod.

Po skončení léčby, prosím, odevzdejte zprávu svému praktickému lékaři.

22.12.2021 08:03

NO: pacient sw spinocelulárním karcinomem hrtanu pT4apN2c M0, G4, lymfangioinvasze, stádium IVA - st.p. rozšířené totální laryngektomii, oboustranné blokované krční disekci ND R,L (II-V), totální tyreoidektomii a tracheotomii 14.6.2021 (R0 resekce). St.p. adjuvantní radiochemoterapii do 9/2021.

Poslední ORL vyšetření dne 7.12.2021 - lokoregionálně bez známek perzistence tumoru, minimální nález na omezeně přehledném UZ časné zkontrolují.

Pacient živen PEG, ale nyní již plný per os příjem, PEG jen proplachuje, v plánu v 1/2022 PEG ex. Nyní již bez dysfagických obtíží, bez odynofagie, váhu si drží, nehubne, sní běžnou denní porci, vypije asi 1,5 litru tekutin. Mírná xerostomie. Nosí plastovou kanylu s filtrem, toleruje ji. PA: SD, dříve horník. SA: Žije sám, ale dochází k němu přítelkyně.

Logopedické vyšetření: mimika symetrická, jazyk plazí středem, rozsah neomezen, tonus neoslaben. Cenění symetrické, tváře nafoukne, bez průrazů nosem, bilabiální uzávěr pevný. Velum při fonaci hybné. Polykání již bez obtíží, stravu toleruje. Komunikuje pomocí psaní, nebo bukálním šepotem.

Schopen vyvození ruku po napití, doma bude zkoušet s bublinkovým nápojem, po jídle, ve stoje. Předány edukační logopedické materiály (prozatím zkoušet pouze vokály).

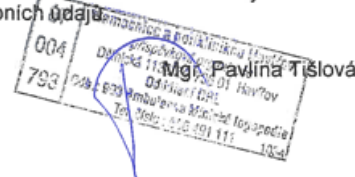
Pacientovi ukázány všechny možnosti náhradních hlasových mechanismů, vč. videoukázek. Je rozhodnut pro nácvik jícnového hlasu, elektrolarynx doma nemá.

Terapie: průpravná cvičení pro nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, artikulační cvičení, důrazná artikulace, nácvik jícnového hlasu - vyvození ruku, vokály se zatím nedaří. Předány edukační logopedické materiály. Stránky pro pacienty po totální laryngektomii: spolek laryngektomovaných - www.s-let.cz.

Res. R49.1 afonie, nácvik jícnového hlasu.

Další terapie dne 10.1.2022 v 9.00 hod. Vzít si s sebou perlivý nápoj a zadané materiály. Vše ostatní plně v péči KORLCHHK.

Pacient byl podrobně informován o způsobu poskytování zdravotní péče, měl možnost klást otázky a s navrženou péčí souhlasí. Souhlasí, aby vyšetřující lékař mohl nahlížet kromě zdravotnické dokumentace vedené v rámci Nemocnice Havířov, p.o., rovněž i do zdravotnické dokumentace vedené v ostatních nemocnicích zřizovaných Moravskoslezským krajem. Pacient byl seznámen s informací o zpracování osobních údajů



PŘÍLOHA 18

Kontrolní logopedické vyšetření – Bořivoj



Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111

Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899

IČ: 00844896

DIČ: CZ00844896

Akreditovaná nemocnice

NEMOCNICE
HAVÍŘOV

Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov

Klinická logopedie

Tisk:

Příjmení, jméno:

ČP:

RČ:

Adresa:

I, te

Zdravotní pojišťovna:

Tel. objednávání a konzultace od 13:00 do 14:00 hod.

Po skončení léčby, prosím, odevzdejte zprávu svému praktickému lékaři.

19.05.2022 08:47

NO: pacient se spinocelulárním karcinomem hrtanu pT4apN2c M0, G4, lymfangoinvaze, stádium IVA - st.p. rozšířeně totální laryngektomií, oboustranné blokované krční disekci ND R,L (II-V), totální tyreoidektomií a tracheotomií 14.6.2021 (R0 resekce). St.p. adjuvantní radiochemoterapii do 9/2021.

Poslední ORL vyšetření dne 18.1.2022 - lokoregionálně bez známek perzistence tumoru, minimální nález na omezeně přehledném UZ časné zkontrolují.

Obj. Pacient má plný per os příjem, PEG ex v 1/2022. Aktuálně bez dysfagie, váhu si drží, nehubne, sní běžnou denní porci, vypije asi 2 litry tekutin. Mírná xerostomie. Nosí plastovou kanylu s filtrem, toleruje ji. PA: SD, dřívě horník. SA: žije sám, ale dochází k němu přítelkyně.

Dochází na nácvik jícnového hlasu od 12/2021 individuálně 2x měsíčně a na skupinovou logopedickou terapii 1x měsíčně. Komunikuje pomocí bukalního šepotu a skrze psaní. Pacient je motivován pro jícnový hlas, denně doma zkouší, ale bez výraznějšího efektu. Ruktus ve vokálech nelze vyvodit, ani ve slabikách, vše tvoří bukalním šepotem a důraznou artikulací. Jícnový hlas pro běžnou komunikaci neefektivní.

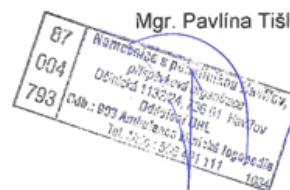
Res. R49.1 afonie, nácvik jícnového hlasu.

Vzhledem k malému efektu nácviku jícnového hlasu vhodné zvážit hlasovou protézku, vše v režii KORLCHHK.

Logopedická terapie i nadále zde.

Pacient byl podrobně informován o způsobu poskytování zdravotní péče, měl možnost klást otázky a s navrženou péčí souhlasí. Souhlasí, aby vyšetřující lékař mohl nahlížet kromě zdravotnické dokumentace vedené v rámci Nemocnice Havířov, p.o., rovněž i do zdravotnické dokumentace vedené v ostatních nemocnicích zřizovaných Moravskoslezským krajem. Pacient byl seznámen s informací o zpracování osobních údajů.

Mgr. Pavlína Tišlová



PŘÍLOHA 19

Denní logopedický záznam – Bořivoj



Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111
Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899

IČ: 00844896

DIČ: CZ00844896

Akreditovaná nemocnice

Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov

Denní logopedický záznam

Tisk:

Příjmení, jméno:

r

Rodné číslo:

Adresa:

Zdravotní pojišťovna:

20.07.2022

10.1.2022

pacientvi byl odstraněn PEG. V příštím týdnu v plánu SONO krku, poté ORL kontrola.

Pacient přichází s tím, že se jícnový hlas nemůže naučit a že chce zavedení hlasové protézy.

Opětovně vysvětlen princip nácviku JH, nutnost dlouhodobého nácviku, každodenní cvičení. Pacient doma netrénoval, vokály pomocí JH nezvládá. Znovu ukázána videa s JH a protézou.

Dechová cvičení - foukání, manipulace s výdechovým proudem.

Důrazná artikulace.

Pacient poučen, že pokud doma nebude několikrát denně trénovat, JH se nenaučí. Pokud bude chtít zavedení protézy, nutná domluva s ORL pracovištěm ve FNO.

Tišlová

72213

25.1.2022

Proběhlo vyšetření ve FNO, právu pacient nepřinesl.

Dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Ruktus lepší po jídle, ve stoje, snaží se pít hodně bublinové nápoje, zde ale ruktus nevýbavný.

Doporučuji zkoušet 1 lok a 1x snaha o ruktus. Zadány slabiky BA a DA.

Polykací manévry a důrazná artikulace.

Lépe kooperující, zkouší doma denně, více motivovaný.

Tišlová

72213

26.1.2022

Ze zprávy z FNO: lokoregionálně bez známek perzistence tumoru, drobné uzlinky stacionární. Dop. pokračovat v nácviku JH, další ORL vyšetření v 5/2022.

Nácvik jícnového hlasu po TLE. Dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Artikulace slov, kategorizace slovní.

Tišlová

72213

8.2.2022

Nácvik jícnového hlasu po TLE.

Dechová a artikulační cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Důrazná artikulace a bukální šepot.

Artikulace slabik - nejlepší slabika s K a G, zkoušíme zdvojování, ztrojování slabik.

Automatické řady.

Tišlová

72213

16.2.2022

Nácvik jícnového hlasu po TLE.

Dechová a artikulační cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Důrazná artikulace a bukální šepot.

Artikulace slabik - nejlepší slabika s K, G, P, B, T, D, zkoušíme zdvojování, ztrojování slabik. Důraz na finální slabiku.

Lepší ruktus.

Automatické řady.

Tišlová

72213

23.2.2022

Funkcionální komunikace a konverzace.

Nácvik jícnového hlasu po TLE. Dechová cvičení, manipulace s výdechovým proudem.

Artikulace slov, kategorizace slovní.

Tišlová

72213

16.3.2022

Nácvik jícnového hlasu po TLE.

Dechová a artikulační cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Důrazná artikulace a bukální šepot.

Artikulace slabik - nejlepší slabika s K, G, P, B, T, D, zkoušíme zdvojování, ztrojování slabik. Důraz na finální slabiku.

Příjmení, jméno:

Rodné číslo:

Adresa:

Zdravotní pojišťovna:

Lepší ruktus u vokálu A.
Automatické řady.
Čtení slov.
Tišlová
72213

23.3.2022

Nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, ruktus ve slabikách, slovech a krátkých větách.
Konverzační cvičení - jídelní listek, slova na danou iniciální slabiku, sporty na iniciální hlásku - nominace.
Stimulace mluvní pohotovosti.

Tišlová
72213

30.3.2022

Nácvik jícnového hlasu po TLE.
Dechová a artikulační cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Důrazná artikulace a bukální šepot.
Artikulace slabik - nejlepší slabika s K, G, P, B, T, D + vokál O, U, zkoušíme zdvojování, ztrojování slabik. Důraz na finální slabiku. Lepší ruktus.
Automatické řady. Zapojovat do slov, doma zkoušet denně, intenzivně.

Tišlová
72213

14.4.2022

V posledním týdnu nachlazený, ráno lehce vykašlává krev, byl u ORL, tam bez nálezu.
Nácvik jícnového hlasu po TLE.
Dechová a artikulační cvičení, manipulace s výdechovým proudem. Důrazná artikulace a bukální šepot.
Artikulace slabik - nejlepší slabika s K, G, P, B, T, D + vokál O, U, zkoušíme zdvojování, ztrojování slabik, nové sola s K a G. Důraz na finální slabiku. Lepší ruktus.
Automatické řady - opakovat.

Tišlová
72213

20.4.2022

Nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, ruktus ve slabikách, slovech a krátkých větách.
Konverzační cvičení - slova na danou inic.hlásku.
Stimulace mluvní pohotovosti.

Pantomima.
Tišlová
72213

19.5.2022

Kontrolní logoped.vyš - viz zpráva.
Tišlová
72017, 72213

25.5.2022

Proběhlo kontrolní ORL vyšetření ve FNO(MUDr. Vantuch): res.lokoregionálně bez známek perzistence tumoru, drobné uzlinky stacionární. Provedena edukace stran hlasové protézy, do příští kontroly se rozmyslí. ORL kontrola 30.8.2022 v 9.15hod. (viz zpráva)
Terapie: práce ve skupině, konverzační cvičení, pantomima. Funkcionální komunikace.

Tišlová
72213

9.6.2022

nácvik JH.
dechová cvičení, brániční opora.
Doma se ruktus daří po vydatném jídle a napití, zvišťává i vokály s ruktem.
Zadány nové textové materiály - slova s D.
Zkoušet převážně po obědě.

Tišlová

Příjmení, jméno:

Adresa:

72213

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

13.7.2022

Nedáří se vokály ani po napití perlivého nápoje, až po 25. ti pěti minutách schopen ructu.

Znovu konzultujeme možnosti po TLE, pouštím nahrávky s hlasovou protézou i elektrolarynx, pacient ještě není rozhodnut.

Zkoušet doma i nadále dechová cvičení a jícnový hlas.

Tišlová

72213

20.7.2022

Skupinová logopedie, konverzační cvičení.

Slova na dané písmeno, nominace - jména. Dokončování vět. Stimulace mluvní pohotovosti.

Tišlová

72213



PŘÍLOHA 20

Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Bořivojem

Tazatel: „Prosím, pokuste se zachytit do záznamového schématu dosavadní život v podobě křivky. Bod označený písmenem „N“ je Vaše narození, vodorovná osa vyjadřuje posun v čase, svislá čára sílu vyskytujících událostí a prožitků“.

Bořivoj: „Nerozumím“.

Tazatel: „Tady je Vaše narození, tady jste se narodil a ten Váš život nějak plyne a vy ten Váš život máte vyznačil křivkou, nějaká čára, jak Vy to cítíte“.

Bořivoj: [tápání] ... „A jak to mám napsat?“

Tazatel: „Takže od narození až doteď, to zkusíte vyjádřit nějakou“ [skáče do řeči].

Bořivoj: „Čarou“.

Tazatel: „Ano, přesně tak, nějakou křivkou, čarou“.

Bořivoj: „Nahoru to znamená, že to je špatně?“

Tazatel: „To záleží na Vás, jak to berete, jak to cítíte, píšete to podle sebe. Nechám to na Vás“.

Bořivoj: [neví, jak začít, dívá se nechápavě].

Tazatel: „Když bychom začali tedy Vaším narozením a dětstvím, jak byste to vyznačil?“

Bořivoj: „Rovně“.

Tazatel: „Klidně rovně, výborně. Co budeme mít dál“?

Bořivoj: „Učení“.

Tazatel: „Tak nějak udělejte tu křivku Učení“.

Bořivoj: „Nic moc“.

Tazatel: „Co potom“?

Bořivoj: „Po učňáku byla svatba. Oženil jsem se, to bylo dobré“.

Tazatel: „Ano, a potom?“

Bořivoj: „Potom byl rozvod“ [značí křivku směrem dolů].

Tazatel: „Takže to jde dolů, ano?“

Bořivoj: [pokyvuje hlavou a pokračuje v křivce kterou komentuje] „Pak jsem šel na šachtu“ [a vyznačuje rovnou čáru].

Tazatel: „Vidím, že to vnímáte pořád stejně“.

Bořivoj: [pokyvuje hlavou a pokračuje] „A pak ta nemoc“.

Tazatel: „A jak to vyznačíte?“

Bořivoj: „Špatně“ [posmutní].

Tazatel: „A jak byste to vyznačil?“

Bořivoj: [vpisuje křivku, směřuje směrem dolů a vysvětluje]: “Jsem se ptal, jestli mám rakovinu a oni mi říkali, že i to je možné.“

Tazatel: „A to bylo, když jste byl na těch prvních vyšetřeních?“

Bořivoj: [souhlasně pokyvuje a vpisuje označení] „Napíšu tam nemoc“.

Tazatel: „A to tedy bylo, když Vám to onemocnění zjistili [pokyvuje hlavou] a jak byste pokračoval v té křivce dál?“

Bořivoj: „Bylo to špatné“.

Tazatel: „A jak byste to udělal křivkou?“

Bořivoj: „Šlo to ještě níž. Myslel jsem, že umřu, že je konec“.

Tazatel: „Když Vám onemocnění zjistili, tak to byl jen začátek a pak to bylo ještě horší?“

Bořivoj: „Jo, před operací“.

Tazatel: „Tu křivku děláte podle sebe, jak jste to vnímal vy“.

Bořivoj: [křivka směřuje pod horizontální čáru]

Tazatel: „Teď jste teda opravdu nízko“.

Bořivoj: „Bylo mi hrozně, ale dcerka mi říkala, že to bude dobrý“.

Tazatel: „A to Vám dcerka říkala kdy?“

Bořivoj: „Před operací, že to bude dobré. Ona pracuje v Norsku. Volali jsme si, ona tady nebyla a uklidnila mě, že to bude dobré. Potom přijela, na týden tady byla“.

Tazatel: „A ta operace tedy bylo to nejtěžší? Z toho všeho, když si na to máte zpětně vzpomenout?“

Bořivoj: [pokyvuje hlavou] „Nemohl jsem mluvit“.

Tazatel: „Vy jste měl vlastně i po operaci krčních uzlin?“

Bořivoj: „Všechno mi dali pryč, měl jsem pošitý celý krk, vypadal jsem jak podřezaný, od uší jsem to měl pořezané až ke krku“ [ukazuje na oblast uší a krku].

Tazatel: „To muselo být hodně náročné. A po té operaci, když jste se probudil, jak byste to vyjádřil křivkou?“

Bořivoj: „Bylo to stejné“.

Tazatel: „Vyznačte tedy stejnou křivku a jako co to označíte?“

Bořivoj: „Špatný pocit jsem měl, jak to bude, jak to dopadne“.

Tazatel: „A co bylo dál?“

Bořivoj: „Ležel jsem tam dlouho“ [kreslí rovnou čáru].

Tazatel: „Jsme na konci listu, dám Vám nový arch... A v rámci té hospitalizace – změnilo se to nějak?“

Bořivoj: „Trošku to bylo lepší“.

Tazatel: „Pokračujte tou křivkou, podívejte se, kde jste skončil u předchozího listu a můžete pokračovat“.

Bořivoj: [značí křivku a vepisuje Uklidnění].

Tazatel: „Chcete to nazvat jako Uklidnění? Dobře. Vy jste se uklidnil v té nemocnici?“

Bořivoj: „Jo, pak to bylo normálně, oni mě po měsíci pustili domů, ještě mi i vytáhli stehy z toho krku“.

Tazatel: „A jak to probíhalo v té nemocnici?“

Bořivoj: „Potom mi řekli, kdy budu mít ozařování a chemoterapii“.

Tazatel: „Ale to nebylo v rámci hospitalizace, když jste ležel na ORL, ale to bylo až po propuštění?“

Bořivoj: [pokyvuje hlavou a doplňuje]: „Sanitkou mě tam vozili do (...), 32 ozárek a 5 chemoterapií a to bylo všechno v (...)“.

Tazatel: „Tady vidím křivku, podle které se to ale trochu zlepšilo, to jste ještě v nemocnici?“

Bořivoj: „Pustili mě domů“.

Tazatel: „A jak byste to vyznačil?“

Bořivoj: „Lepší“.

Tazatel: „A jak to chcete nazvat“.

Bořivoj: „Propustění“.

Tazatel: „Takže to vás tedy propustili, a to jste se cítil trochu lépe? Jak dlouho jste byl doma?“

Bořivoj: „Měsíc ... ne ..., šest týdnů jsem byl doma a čekal jsem na ozářky a chemu“.

Tazatel: „Po dobu těch šesti týdnů doma to bylo jaké?“

Bořivoj: „Bylo to lepší“ [čára směřuje nahoru].

Tazatel: „A potom teda nastává chemoterapie a ozářky?“

Bořivoj: [kreslí křivku dolů a píše Ozářky].

Tazatel: „A potom?“

Bořivoj: „Ukončení. A potom už jsem šel tady“.

Tazatel: „Jak jste se cítil po tom ozařování?“

Bořivoj: „Měl jsem spálený krk, ale jinak se to dalo vydržet“.

Tazatel: „Dobře. Jak byste to ukázal čarou, po těch ozáčkách?“

Bořivoj: „Bylo to stejné“.

Tazatel: „To teda máme ozářky“.

Bořivoj: [křivka se trochu zvedá nahoru a doplňuje]: „To už je teď, a to už začala logopedie tady“.

Tazatel: „A jak byste to označil?“

Bořivoj: „Jde to nahoru“.

Tazatel: „A jak to nazvete?“

Bořivoj: [přemýšlí]: „Zatím stabilní, tady“.

Tazatel: „A co tím myslíte: Tady?“

Bořivoj: „Tady na logopedii. A taky zahojení krku. Říkali mi, že to je zatím dobré, tak nevím“
[nazývá to Hojení].

Tazatel: „A tak to necháte? To je teď?“

Bořivoj: „Nevím, co mi řeknou při té další kontrole“.

Tazatel: „Dobře. Vrátime se k té křivce. Když se vrátíme k tomu Vašemu onemocnění, co ovlivňuje Váš život, co souvisí s Vaším onemocněním, chtěl byste do té křivky ještě něco dopsat?“

Bořivoj: [tápe, neví, co napsat].

Tazatel: „Co pro vás bylo nejhorší?“

Bořivoj: „Já jsem si myslel že mám rakovinu a oni mi říkali na tom vyšetření, že i to je možný“.

Tazatel: „A jaké jste měl vlastně první příznaky onemocnění, že jste začal tušit, že něco není v pořádku?“

Bořivoj: „Začalo mě bolet v krku, jsem chodil do (...) na ORL, prášky nezabraly, doktorka mě poslala do (...)“.

Tazatel: „První tedy byla bolest v krku?“

Bořivoj: „No, to ale nebolelo moc, ale škrábalo“.

Tazatel: „A jak dlouho to asi trvalo?“

Bořivoj: „Asi měsíc, no...asi 5 měsíců to tak bylo“.

Tazatel: „A ve chvíli, kdy Vás vyšetřili, tak co se dělo potom?“

Bořivoj: „Řekli mi, že půjdu na operaci“.

Tazatel: „Jak dlouho po vyšetření byla ta operace?“

Bořivoj: „Čtyři týdny to asi bylo“.

Tazatel: „A vy jste věděl, na jakou operaci půjdete?“

Bořivoj: „To mi řekli rovnou, ukázali mi to na obrazovce a že mi udělají díru, že to všechno musí vyřezat“.

Tazatel: „A vy jste věděl, co Vás čeká? Že přijdete o hlas?“

Bořivoj: „To jsem všechno věděl, ale oni mi to neřekli. Mám jednoho známého a on to má a on mi říkal, to je konec. Taky mi říkali, že s tím nemusím souhlasit“.

Tazatel: „A jakou jinou možnost jste měl?“

Bořivoj: [nerozumí otázce].

Tazatel: „Oni Vám řekli, zda máte na výběr, kdybyste to odmítnul? Co jiného by bylo?“

Bořivoj: „Ne“.

Tazatel: „To Vám neřekli?“

Bořivoj: „Já jsem to říkal. Tak mi to vezte! A hotovo!“

Tazatel: „Co se odehrávalo ty čtyři týdny před operací? Jak jste se cítil?“

Bořivoj: [posmutní] „Hrůza, nevěděl jsem, jak to dopadne“.

Tazatel: „Hm..., tak a potom tedy byla ta samotná operace. Když jste se probudil, tak co Vás napadlo, nebo co Vás překvapilo?“

Bořivoj: „No ježiš maria! Podíval jsem se do zrcadla, pane bože, díra v krku! Stehy na krku, odsad' poad“ [ukazuje na oblast jizev na krku].

Tazatel: „Co bylo nejhorší?“

Bořivoj: „Chtěl jsem promluvit a nic. Ticho... nic...“.

Tazatel: „Aha, a co ještě bylo pro Vás těžké?“

Bořivoj: „Jenom ten týden to bylo nejhorší, než jsem si zvyknul a pak už jsem nad tím mávnul rukou, už neudělám nic“.

Tazatel: „Když bylo hned po té operaci a Vy jste zjistil, že mluvení nejde, měl jste nějaké bolesti po té operaci?“

Bořivoj: „Bolest u polykání, dávali mi prášky na tu bolest, ale nebylo to moc“.

Tazatel: „Jak se Vám dýchalo?“

Bořivoj: „Dobře, já jsem měl tu kovovou kanylu, mi dali“.

Tazatel: „Takže dýchání bylo bez problémů? A jak to bylo se zahleněním?“

Bořivoj: „Vždycky ráno, oni mi to na vizitě vytáhli, vyčistili a dali zpátky. A pak už jsem byl schopný si to vyměnit sám. Pak už říkali, to musíte sám. Tak jsem to ráno vytáhl, vyčistil, a sestřička mi to zavázala. Pak jsem se to naučil zavázat sám a úplně v pohodě“.

Tazatel: „Jak jste jedl po operaci?“

Bořivoj: „Měl jsem PEG“.

Tazatel: „A ten PEG Vám zavedli kdy?“

Bořivoj: „Ještě před operací mi zavedli PEG“.

Tazatel: „A jak dlouho jste byl živený do PEGu?“

Bořivoj: „Dlouho..., 14.6. mě operovali a 3.1.vytáhli PEG“.

Tazatel: „To jo, ale po té operaci ... vy jste nejedl?“

Bořivoj: „Jo“.

Tazatel: „A jak dlouho jste nic nejedl ústy?“

Bořivoj: [přemýšlí].

Tazatel: „Bylo to týden, dva týdny, měsíc?“

Bořivoj: „Víc to bylo ... asi měsíc“.

Tazatel: „Když Vás pouštěli domů, tak jste ještě nic nejedl?“

Bořivoj: [pokyvuje hlavou] „Všechno šlo do PEGu“.

Tazatel: „A proč jste nemohl jíst?“

Bořivoj: „Ještě to nebylo zahojené a doktoři mi nedovolili, abych něco jedl“.

Tazatel: „Ani jste nic nepil? Žádné tekutiny?“

Bořivoj: „Všecko do PEGu“.

Tazatel: „A když jste přišel domů, tak taky vše do PEGu?

Bořivoj: [pokyvuje hlavou].

Tazatel: „A když jste byl ozařovaný?“

Bořivoj: „Taky do PEGu. A až skončily ozárky, tak jsem už jedl, to už jsem normálně dokázal všechno sníst a byl jsem zahojený“.

Tazatel: „Dobře, po té operaci teda bylo to zahlenění, bolestivost, nemohl jste mluvit, A ještě něco vás zaskočilo? Překvapilo? S čím jste nepočítal?“

Bořivoj: „Čich. Čichal jsem a nic jsem necítil“.

Tazatel: „A co chuť?“

Bořivoj: „Chuť jsem měl hned po operaci. Ale čich nemám dodnes, jenom trošku“.

Tazatel: „Dobře. Bylo něco, na co u té hospitalizace, na co třeba nerad vzpomínáte?“

Bořivoj: „V nemocnici?“

Tazatel: „Ano“.

Bořivoj: „Nebylo nic, v (...) na mě byli hodní, sestřičky byly na mě hodné, vše bylo super, i doktoři“.

Tazatel: „Jak jste se v té době dorozumíval s okolím?“

Bořivoj: „Já jsem nemluvil“.

Tazatel: „A jak jste se domlouval?“

Bořivoj: „Psal jsem“.

Tazatel: „A na co jste psal?“

Bořivoj: „Tam mi dali takovou tabulku a fixem jsem jim psal, co jsem potřeboval“.

Tazatel: „Jak jste se dorozumíval s návštěvami? Byly vůbec v té době návštěvy v nemocnicích?“

Bořivoj: „Byly“.

Tazatel: „Takže když Vámi přišla nějaká návštěva, tak jak jste to dělal?“

Bořivoj: „Taky jsem to psal“.

Tazatel: „Dobře. Když máte tady ten bod to Uklidnění, jak to máte nyní?“

Bořivoj: „Je to lepší, namažu to a masíruju to. Bylo to oteklé, a to už je teď lepší“.

Tazatel: „Když jste měl ty ozářky, říkal jste, že jste to měl celé spálené?“

Bořivoj: „Po ozáčkách to bylo spálené, červené, pak se to zahojilo, čtrnáct dní a zahojilo se to“.

Tazatel: „Jaké vůbec bylo to ozařování a chemoterapie pro Vás? Jak jste to tam snášel?“

Bořivoj: „Normálně. Říkali mi, že když mi bude špatně, že mi dají prášky, ale já jsem to nechtěl, zvládnul jsem to celé i bez těch prášků“.

Tazatel: „Špatně vám nebylo?“

Bořivoj: „Ani chemo. Všechno bez problému“.

Tazatel: „Tady u toho hojení, to jste říkal, za prvé že se to začalo hojit a že jste začal i více komunikovat tím mluvením, že?“

Bořivoj: „Jo“.

Tazatel: „My se k tomu ještě za chvíli vrátíme, protože budeme vyplňovat takové žebříky. Je v té křivce ještě něco, co byste chtěl doplnit? Na co jste si teď vzpomněl? Co bychom tam ještě dali jinak?“

Bořivoj: „Aby se to zahojilo“.

Tazatel: „A jak to myslíte?“

Bořivoj: „Abych mluvil. To už asi ne. A aby se to nevrátilo“.

Tazatel: „Aha. A ještě něco?“

Bořivoj: „Aby to všechno v rodině a s přítelkyní fungovalo“.

Tazatel: „Dobře. A my to teď uděláme obráceně. Dám před Vás obrázky žebříků a dostanete dva fixy. Zeleným fixem se pokusíte vyznačit, jak daná událost na Vás působí teď a červeným fixem, jak na Vás bude událost působit za pět let [mezitím řadím jednotlivé archy s žebříky podle čísel]. Události označíme číslem. Nula znamená nejméně, deset znamená nejvíce. Takže vezměte si zelený fix a napíšete číslo do žebříku“.

Bořivoj: „Jestli se dožiju“.

Tazatel: „Já vím, to nemůžeme vědět, ale my jsme tady v té křivce měli, že jste měl strach, nevěděl jste, jak to bude s tou nemocí. Žebřík má příčky od jedničky do desítky. Nižší příčka znamená nižší intenzitu, jedna je nejméně, deset nejvíce. Vezměme tedy událost Strach z nemoci“.

Bořivoj: „Já mám velký strach, že by se to mohlo vrátit“.

Tazatel: „Aha, vezměte si tedy zelenou barvu a označte to číslem“.

Bořivoj: [píše číslovku deset].

Tazatel: „Tak a teď červeným fixem, jak to odhadujete za pět let? Pokuste se to odhadnout“.

Bořivoj: „Nevím, no asi to bude lepší“.

Tazatel: „A teď to označte číslem“.

Bořivoj: [píše číslovku dvě].

Tazatel: „Dobře, další bod máme Bolesti. Pokuste se označit, jak tu bolest vnímáte teď, jakým číslem?“

Bořivoj: „Teď mě nic nebolí [píše zelenou barvou jedničku a komentuje], nebo vlastně trošku bolí...“

Tazatel: „Tak a bude to tedy jednička?“

Bořivoj: „Asi ne, dám dvojku“.

Tazatel: „A jak to odhadujete za pět let?“

Bořivoj: „To už by nemuselo bolet“ [píše číslovku jedna].

Tazatel: „Skvěle, dobře. Ta nemožnost mluvit, jakou příčku byste tomu teď dal?“

Bořivoj: [neví].

Tazatel: „Jde Vám teď to mluvení?“

Bořivoj: „Moc ne“.

Tazatel: „Jaké číslo tomu dáte?“

Bořivoj: „Devítku dám“.

Tazatel: „Dobře, ano, a jak odhadujete, že na tom budete za pět let?“

Bořivoj: „Dám tomu sedmičku“.

Tazatel: „Dobře, měl jste tam další problém, to jste říkal o tom otoku krku. Jak je to teď“ [skáče do řeči].

Bořivoj: „Osmička“.

Tazatel: „Dobře a za pět let, co myslíte?“

Bořivoj: „Bude to lepší [píše červeně čtyři].

Tazatel: „Polykání, jídlo, jak je to teď?“

Bořivoj: „Polykám dobře, takže jednička“

Tazatel: „A za pět let?“

Bořivoj: „Taky jednička“.

Tazatel: „Další máme čich. Jak jste na tom teď s čichem?“

Bořivoj: „Špatně“ [píše zelenou číslovku devět].

Tazatel: „Myslíte si, že se to za pět let zlepší?“

Bořivoj: „Doktorka mi říkala, že to necítím, že dýchám krkem“.

Tazatel: „Ano, ale i ten čich se má trénovat, pak si třeba řekneme jak, ale jak byste to ohodnotil?“

Bořivoj: „Bude to osmička ... ne, šestka bude lepší“.

Tazatel: „Dobře, tak a co chuť?“

Bořivoj: [píše číslovku dvě].

Tazatel: „A za pět let, bude ještě lepší?“

Bořivoj: „Bude to stejné“.

Tazatel: „A co hojení? Hojení po té operaci? To teď máte vlastně půl roku? Třičtvrtě roku po operaci?“

Bořivoj: „Napíšu dvojku ... nebo ne, trojku“.

Tazatel: „Ano a za pět let?“

Bořivoj: „Bude to lepší“ [píše číslovku dvě].

Tazatel: „Tak vztahy, když bychom to vzali na úroveň kamarádství, partnerské vztahy, jak byste to ohodnotil?“

Bořivoj: „Jedničkou“.

Tazatel: „A za pět let?“

Bořivoj: „Mám přítelkyni, bude to asi stejné“.

Tazatel: „Volnočasové aktivity, jaké jsou teď?“

Bořivoj: „Až budu jezdit na kole, tak se to zlepší, až bude počasí, budu jezdit na hory“.

Tazatel: „A teď je to jak?“

Bořivoj: „Je to na desítku“ [píše číslovku deset].

Tazatel: „A když bychom to dali za nějakou dobu, třeba za těch pět let. Budete moct dělat všechno co jste dělat před operací?“

Bořivoj: „Jo, budu jezdit na kole, bude to tak dvojka [píše do žebříku číslovku dvě].

Tazatel: „Máte po operaci nějaká omezení? Aktivity, které nemůžete dělat?“

Bořivoj: „Můžu všechno. Všude chodím, všechno dělám, akorát nemluvím“.

Tazatel: „Takže to je jediné vaše omezení?“

Bořivoj: „Jinak všechno zvládnou“.

Tazatel: „Jo? A co třeba plavání, to vám nechybí?“

Bořivoj: „Nemůžu plavat“.

Tazatel: „A já se ptám, nechybí vám to?“

Bořivoj: „Ne, doktorka mi říkala že můžu stát ve vodě pocud“ [ukazuje rukou na oblast hrudníku].

Tazatel: „Výborně, dobře. Chcete ještě něco doplnit, nebo se na něco zeptat?“

Bořivoj: „Ne“.

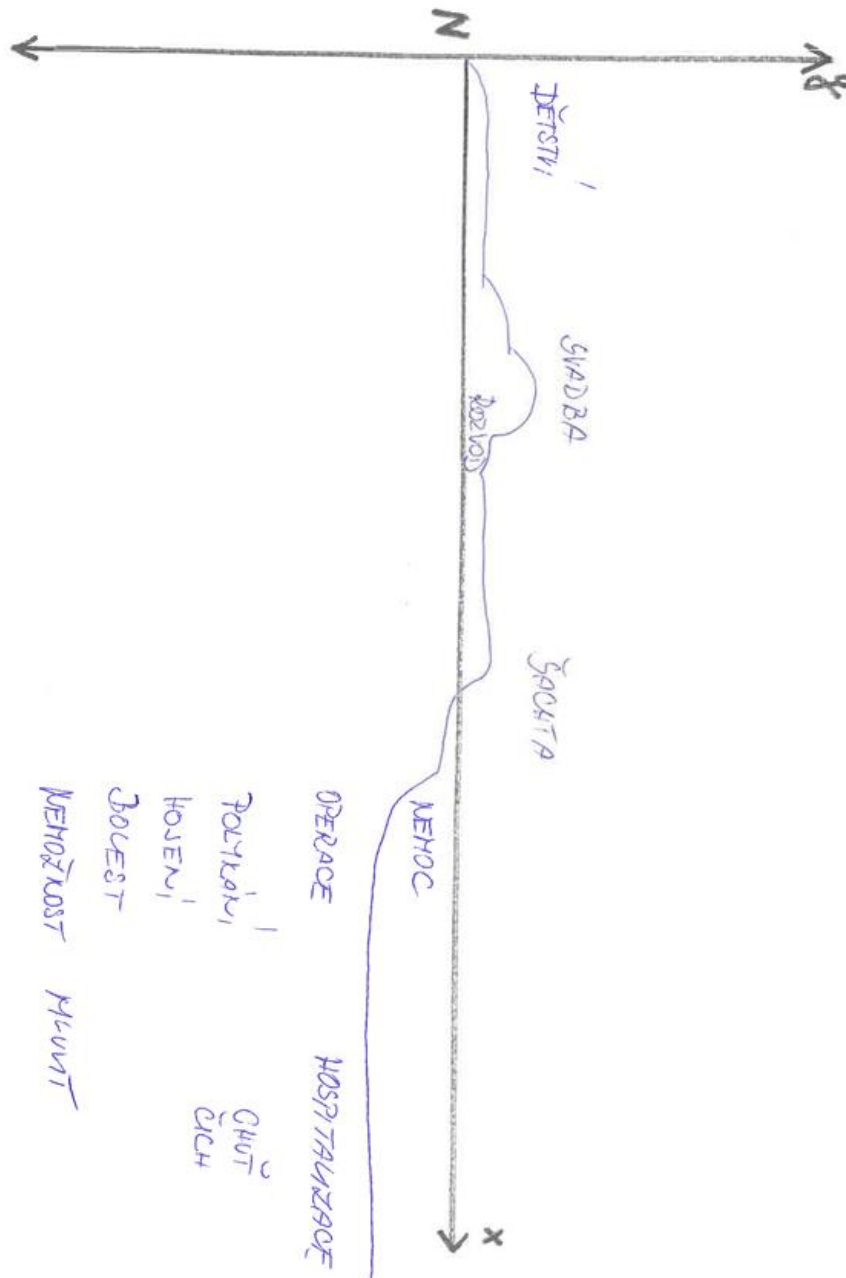
Tazatel: „Dobře, takže Vám chci hrozně moc poděkovat, že jste přišel a byl ochotný mi o tom vyprávět. Moc si toho vážím“.

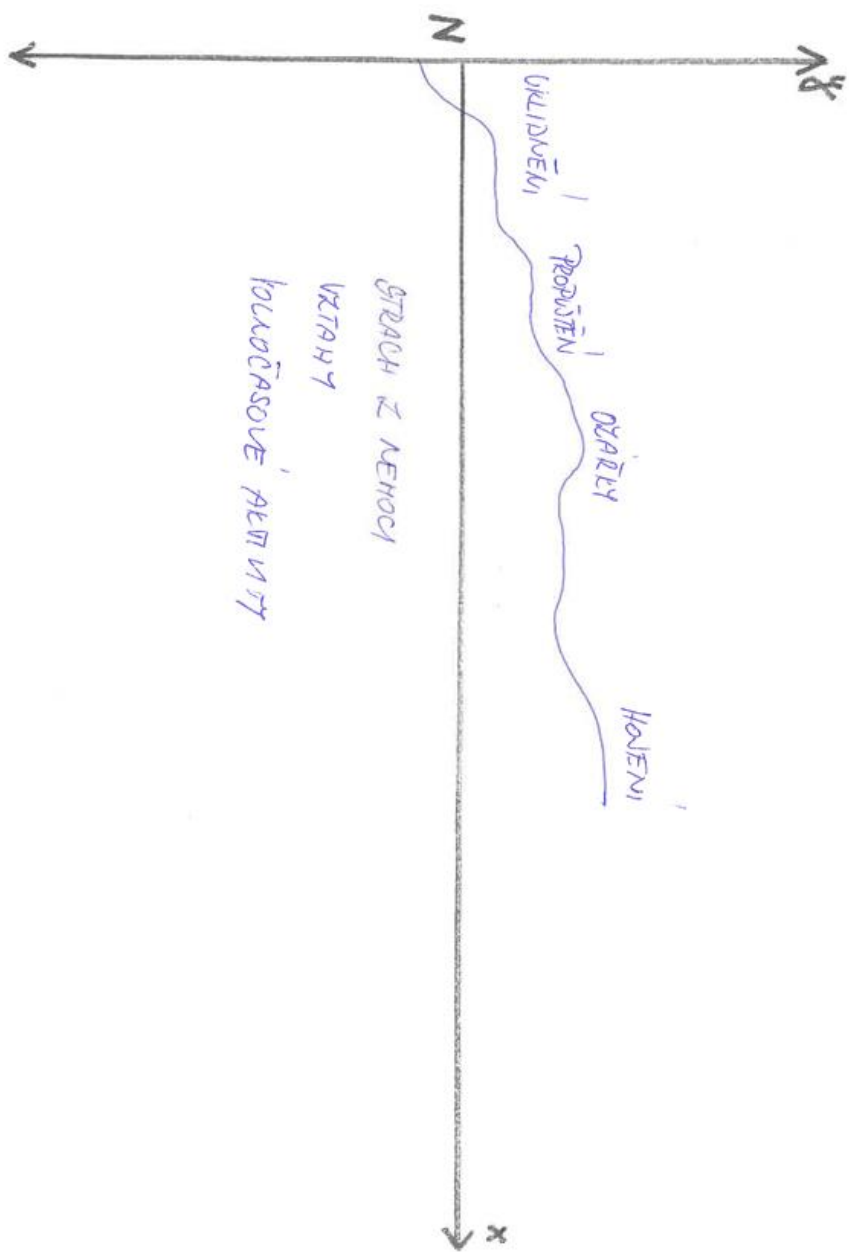
Bořivoj: „Není zač“.

PŘÍLOHA 21

Životní křivka – Bořivoj

1.





PŘÍLOHA 22

Příjmový list – Jan

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
NsP Havířov, ORL, ORL lůžka, Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491882 107201

Příjmový list

Chor.: 10396-1-2021

Diagnóza: J383 - Ztluštění levé hlasivky Přijetí: 19.09.2021 14:19

IČP: 87004971 Odbornost: 7H1

Anamnéza:

OA: s ničím se neléčí, bez dispenzarizace, operace: APPE v dětství, úrazy: neg
FA: sine
AA: neg
RF: neg
RA: bezvýznamná
EA: CoV-19 neočkovan, jiné neguje
SA: žije sám
PA: sportovní trenér, OSVČ, PN nepotřebuje

Nynější onemocnění:

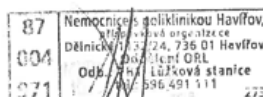
Přijat k direkto / esofagoskopii pro infiltrát levé hlasivky. Půl roku postupně progredující zastření hlasu. Bez dyspnoických či dysfagických potíží. Bez výhového úbytku. CoV-19 PCR negativní. Na CT krku z 15.9. popisována defigurace glotického prostoru se ztluštěním levé hlasivky, bez jiné patologie.

Přítomný stav:

Status praesens generalis: pacient při vědomí, orientovaný časem, místem a osobou, spolupracuje

Status praesens localis: uši: otomikroskopicky bilat zvukovody volné, klidné, bubínky šedé, kontur. s reflexy
nos: rhinoendoskopicky septum přímé, sliznice klidné, bledé, průduchy volné, nosohltan klidný, volný
hltan: sliznice klidné, slina čistá, jazyk středem, tonsily v niveau, bez zarudnutí, bez povláček, patrové oblouky symetrické, zadní stěna hltanu bez zarudnutí, ling. tonsila klidná
hrtan: endolaryngoskopicky epiglottis štíhlá, bledá, konturovaná, valemuly volné, pirif.recesy se rozvíjejí, ventrikulární řasy volné, hlasivky klidné, bledé, levá ztluštělá, omezeně hybná, dýchací štěrbina dostatečná, eupnoe
zevně: zevně na krku bez hmatné rezistence

Dg.: J38.3 Ztluštění levé hlasivky



Lůžková stanice - ORL
přijímající lékař

PŘÍLOHA 23

Operační protokol – Jan

Pacient: _____ RČ: _____ ORL 4 ZP: Hosp. od: - Č. chor: - / -

Operační protokol

zahájení operace: 20.09.2021 v 0:00 Ukončení operace: 20.09.2021 v 0:00

Operační sál: _____

Anesteziolog: MUDr. _____

Typ anestézie: krátkodobá celková

Operatér: MUDr. _____

Asistent: _____

Instrumentářka: _____

Operační diagnózy: J383 - Ztluštění levé hlasivky

Operační výkony: 71311 LARYNGOSKOPIE PŘÍMÁ

Výkony pro ZP: 71319 1 ESOFAGOSKOPIE RIGIDNÍ
71823 2 POUŽITÍ MIKROSKOPU PŘI OPERAČNÍM VÝKONU Á 10 MINUT
71311 1 LARYNGOSKOPIE PŘÍMÁ
76801 2 POUŽITÍ TELEVIZNÍHO ŘETĚZCE PŘI ENDOSKOPICKÉM VÝKONU Á 10 MINUT

Léky a ZUM pro ZP: 0042481 1 POVLAK NA ENDOKAMERU, 705820
0042483 1 KRYTÍ OPERAČNÍHO MIKROSKOPU UNIVERSÁLNÍ, 705920

Popis operace:

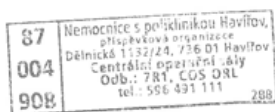
Přímá laryngoskopie, rigidní oesofagoskopie. NBI endoskopie.

Identifikace pacienta strany a výkonu. V celkové anestezii při orotracheální intubaci kanylou č 6 u bezzubého pacienta laryngoskop zaveden do vchodu hrtanu a fixován na hrudní vřpě. Sledujeme hladkou bledou hlasivku vpravo, nerovnou ulcerovanou tkán v oblasti levé hlasivky a ventrikulus Morgagni vlevo infiltrující celou délku glotis od přední komissury až k navolitým volně pendulujícím okrajům na arytenoidu vlevo. Tumorosní infiltrát pokračuje hladkým exophytem směrem subgloticky a přesahuje rovinu 5mm pod rovinu glotis, co verifikujeme i optikou 30 st připojenou na videořetězec s použitím WBI a NBI. Při NBI osvětlení oblast ulkusu vlevo zásobena hlubokými tečkovitě z hloubky vystupujícími cévami. V oblasti přechodu do subglotického exophytu cévy podélně probíhající s vysokým stupněm neuspořádanosti probíhají přes sebe mnoha směry a bez vlásenkových cév. Fotodokumentace s WBI i NBI. V mikroskopickém zastavení provedeny probatorní excize z tumorosního ulkusu glotis u přední komissury, kterou tumor jasně dosahuje. Další biopsie z exophytu směrem do subglotis vlevo. Poslední biopsie z oblasti levého arytenoidu. Krvácení lehké, ustává po anemisaci smotkem vaty se Sanorinem.

Pokračováno zavedením oesophagoskopu Wolf 250x12,5x8 hladce Killiánovým svěračem do jícnu 25cm od roviny řezáků. Sledujeme zarudlé sliznice střední třetiny jícnu bez oinfiltrace nebo dalších barevných změn. Počet nástrojů a krytí souhlasí.

R: Nález má charakter transglotického tumoru glotis a subglotis vlevo dosahujícího ventrálně přední komissuru, dorsálně infiltrující arytenoid vlevo a kaudálně přesahující pod 5mm od roviny hlasivek. Na provedeném CT rovněž sledujeme podlizničně laryngokele kraniálně dosahující pod velký roh jazyčky hlavně vlevo. v malém rozsahu vdech i podslizničně ve vchodu hrtanu vpravo. Z hlediska ORL je indikovaná totální laryngektomie v celkové anestezii s revizí obou jugulárních krajin.

Krevní ztráty (množství v ml): bez krevních ztrát



PŘÍLOHA 24

Propouštěcí zpráva – Jan



Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111

Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899

IČ: 00844896

DIČ: CZ00844896

Akreditovaná nemocnice

Propouštěcí zpráva

Pacient:
Bydliště:
Hospitalizace od

Anamnéza:

OA: s ničím se neléčí, bez dispenzarizace, operace: APPE v dětství, úrazy: neg
FA: sine
AA: neg
RF: neg
RA: bezvýznamná
EA: CoV-19 neočkovan, jiné neguje
SA: žije sám
PA: sportovní trenér, OSVČ, PN nepotřebuje

Nynější onemocnění:

Přijat k direkoskopii-esofagogoskopii pro infiltrát levé hlasivky. Půl roku postupně progredující zastření hlasu. Bez dyspnoických či dysfagických potíží. Bez výhového úbytku. CoV-19 PCR negativní. Na CT krku z 15.9. popisována defigurace glotického prostoru se ztluštěním levé hlasivky, bez jiné patologie.

Status praesens generalis: pacient při vědomí, orientovaný časem, místem a osobou, spolupracuje

Status praesens localis: uši: otomikroskopicky bilat zvukovody volné, klidné, bubínky šedé, kontur. s reflexy
nos: rhinoendoskopicky septum přímé, sliznice klidné, bledé, průduchy volné, nosohltan klidný, volný
hltan: sliznice klidné, slina čistá, jazyk středem, tonsily v niveau, bez zarudnutí, bez povláčků, patrové oblouky symetrické, zadní stěna hltanu bez zarudnutí, ling. tonsila klidná
hrtan: endolaryngoskopicky epiglottis štíhlá, bledá, konturovaná, valemuly volné, pirif.recesy se rozvíjejí, ventrikulární řasy volné, hlasivky vpravo klidná bledá, levá ztluštělá, omezeně hybná, dýchací štěrbin dostatečná, eupnoe
zevně: zevně na krku bez hmatné rezistence

Laboratoř: Biochemie celkově: Pt_VAHA: 83.5 kg Pt_POVR: 2.0 m2 Pt_VYSK: 180 cm

Terapie: Novalgin 500mg tbl 1-1-1, Novalgin 5ml iv. 1-0-1, Fraxiparin 0,4ml sc., G10% 500ml iv, Atosil

Dg: J383 - Ztluštění levé hlasivky - histologie zatím není k dispozici

Hospitalizace: Přijat pro infiltrát levé hlasivky. Dne 20.9.2021 provedena direkto- esofagogoskopie v CA anestézii. Výkon bez komplikací, peroperačně nález má charakter transglotického tumoru glotis a subglotis vlevo, zatím bez obstrukčních vlastností. Pooperačně bez komplikací. Pooperačně bez komplikací. Pacient poučen o možných postupech léčby v závislosti od charakteru histologie, (která zatím není k dispozici) i rizicích jednotlivých variant. V den propuštění je pacient afebrilní, bez bolesti, enorálně i indirektně nález beze změny, bez dušnosti. Kardiopulmonálně kompenzovaný, propuštěn do domácí péče, na žádost pacienta k zařízení osobních záležitostí.

Doporučení: Klidový režim a hlasový klid (nekričet, nešeptat, nemodulovat hlas). Indikována je výkon k zajištění dýchacích cest / dle výsledku histologie a rozhodnutí pacienta i léčbě/ v celkové anestézii. Znovupřijetí dne 23.9.2021 do 10:00 hod.

Pacient byl podrobně informován o způsobu poskytování zdravotní péče, měl možnost klást otázky a s navrženou péčí souhlasí.

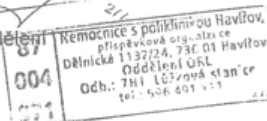
Dne 21.09.2021

Zprávu zaslat:

Praktický lékař:

aský Těšín,

primář oddělení


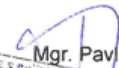
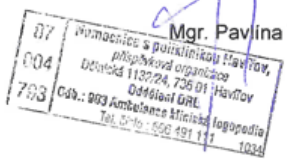


MUDr.

ošetřující lékař


PŘÍLOHA 25

Vstupní logopedické vyšetření – Jan

	Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111 Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr., vložka 899 IČ: 00844896 DIČ: CZ00844896 Akreditovaná nemocnice		
Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov			
Klinická logopedie			
Příjmení, jméno:	ČP:	RČ:	Tisk:
Adresa:	Zdravotní pojišťovna:		
Tel. objednávání a konzultace od 13:00 do 14:00 hod.		Po skončení léčby, prosím, odevzdejte zprávu svému praktickému lékaři.	
18.11.2021 09:41			
OA: Transglotický spinokarcinom vlevo pT3pN0Mx, stp. TLE s extirpací pretracheálních a revizi krčích LU oboustranně. S: Bez potíží, stravu toleruje, dýcha i polyká volně. O: výměna kovové kanyly č.12, stoma klidné, dezinfekce. R: stp. TLE - stoma klidné, kontroly po měsíci. PA: trenér ve fitness, VŠ. SA: žije sám v bytě.			
Logopedické vyšetření: mimika symetrická, jazyk plazí středem, rozsah neomezen, tonus neoslaben. Cenění symetrické, tváře nařoukne, bez průrazů nosem, bilabiální uzavěr pevný. Velum při fonaci hybné. Polykání bez obtíží, stravu i tekutiny toleruje, váhu si drží (80kg). Komunikuje pomocí psaní, nebo bukálním šepotem. Schopen vyvození raktu ve vokálech, ruktus ves labikách se zatím nedaří. Pacientovi ukázány všechny možnosti náhradních hlasových mechanismů, vč. videoukázek. Je rozhodnut pro nácvik jícnového hlasu, elektrolarynx doma nemá. Terapie: průpravná cvičení pro nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení (foukání), artikulační cvičení, nácvik jícnového hlasu - vyvození ve vokálech a slabikách, dvojhláskách. Předány edukační logopedické materiály. Stránky pro pacienty po totální laryngektomii: Spolek laryngektomovaných www.s-let.cz . Res. R49.1 afonie, nácvik jícnového hlasu. Termín další terapie je 1.12.2021 v 8.00 hod.			
Pacient byl podrobně informován o způsobu poskytování zdravotní péče, měl možnost klást otázky a s navrženou péčí souhlasí. Souhlasí, aby vyšetřující lékař mohl nahlížet kromě zdravotnické dokumentace vedené v rámci Nemocnice Havířov, p.o., rovněž i do zdravotnické dokumentace vedené v ostatních nemocnicích zřizovaných Moravskoslezským krajem. Pacient byl seznámen s informací o zpracování osobních údajů.			
			 Mgr. Pavlína Tišlová
			

PŘÍLOHA 26

Denní logopedický záznam – Jan

	Nemocnice Havířov, p. o., Dělnická 1132/24, 73601, Havířov, TEL: 596491111 Registrována v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl Pr. , vložka 899 IČ: 00844896 DIČ: CZ00844896 Akreditovaná nemocnice
Nemocnice Havířov, Ambulance klinické logopedie, 73601, Havířov	
Denní logopedický záznam	
Příjmení, jméno:	Tisk:
Adresa:	Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna
22.06.2022	
1.12.2021 Dechová cvičení, koordinace výdechu, ruktus ve vokálech, dvojhláskách, slabikách. Zdvojování, ztrojování slabik, zdůraznění finální slabiky. Zadány textové logopedické materiály, tříslabičná slova, automatické řady. Předány odkazy na americké weby laryngektomovaných. Tišlová 72213	
13.12.2021 Dechová cvičení, koordinace výdechu, ruktus ve vokálech, dvojhláskách, slabikách. Zdvojování, ztrojování slabik, zdůraznění finální slabiky. Zadány textové logopedické materiály - slova s PMB, tříslabičná slova opakovat, možno přidat i 4 slabiky. Zapojovat jícnový hlas do spontánní řeči, mluvit s rodinou, snažit se už nic nepsat. Tišlová 72213	
23.12.2021 Nácvik jícnového hlasu Manipulace s výdechovým proudem, respirační koordinace. Zapojování jícnového hlasu do vět, konverzace. Nutné zpomalit řečové tempo, zkoordinovat výdechový proud s artikulací. Zkoušet číst "nahlas", používat jícnový hlas v běžných konverzačních situacích. Tišlová 72213	
5.1.2022 Nácvik jícnového hlasu po TLE. Cítí se lépe, stále respirační potíže, přeléčen atb. Zvládá větší hlasovou zátěž, snaží se konverzovat ve volném čase pomocí jícnového hlasu. Manipulace s výdechovým proudem, respirační koordinace. Zapojování jícnového hlasu do vět, konverzace. Nutné zpomalit řečové tempo, zkoordinovat výdechový proud s artikulací. Zkoušet číst, používat jícnový hlas v běžných konverzačních situacích, zkoordinovat se. Tišlová 72213	
18.1.2022 Nácvik jícnového hlasu po TLE. Schpen tvorby JH ve slovech (4 slabičných). Manipulace s výdechovým proudem, brániční dýchání, respirační koordinace. Zapojování jícnového hlasu do vět, jazykolamů, víceslabičných slov, konverzace. Nutné zpomalit řečové tempo, zkoordinovat výdechový proud s artikulací, důraz na poslední slabiku. Čtení nahlas. Tišlová 72213	
15.2.2022 Kontrolní logopedické vyšetření Pacient po TLE v 9/2021 pro transglotický spinoca vlevo pT3pN0Mx. Hodnocení kvality jícnového hlasu dle stupnice Robeové - stupeň 5-6 (užívá jednoduché krátké věty - mluví běžně ve větách). Dechová a artikulační cvičení, respirační koordinace. Tvorba vět - zaměření na hlásku H ve slovech a mluvních celcích, předány textové logopedické materiály. Tišlová 72213	
23.2.2022 KONverzační cvičení a funkcionální komunikace. Kategorizace slovní - zpěváci, česká města - diskriminace, artikulace. Tišlová 72213	

Příjmení, jméno:

Adresa:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

15.3.2022

Jícnový hlas v šumu - při instrumentální hudbě, hrajícím rádiu, v hluku.

Hlas je kvalitativně lepší, pacient schopen zesílit hlas. Zvládá pomocí hlasu většinu slov, vše zapojuje do vět.

Tempo řeči přiměřené.

Tišlová

72213

23.3.2022

Nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, ruktus ve slabikách, slovech a krátkých větách.

Konverzační cvičení - jídelní listek, slova na danou iniciální slabiku, sporty na iniciální hlásku - nominace.

Stimulace mluvní pohotovosti.

Tišlová

72213

5.4.2022

JH - slova, věty, mluvní celky, mluvní pohotovost.

Nově používá filtr.

Tišlová

72213

20.4.2022

Nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, ruktus ve slabikách, slovech a krátkých větách.

Konverzační cvičení - slova na dané iniciální hlásky.

Pantomima.

Stimulace mluvní pohotovosti.

Tišlová

72213

25.5.2022

Nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, ruktus ve slabikách, slovech a krátkých větách.

Konverzační cvičení - slova na dané iniciální hlásky.

Pantomima.

Stimulace mluvní pohotovosti. Mluvní pohotovost - téma Zdravý životní styl.

Tišlová

72213

22.6.2022

Nácvik jícnového hlasu, dechová cvičení, ruktus ve slovech a krátkých větách. Jazykolamy - 2 str. Důraz na poslední slabiku.

Konverzační cvičení - verbální flúence, kategorizace.

Stimulace mluvní pohotovosti.

Tišlová

72213

PŘÍLOHA 27

Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Janem

Tazatel: „Prosím, pokuste se zachytit do záznamového schématu dosavadní život v podobě křivky. Bod označený písmenem „N“ je Vaše narození, vodorovná osa vyjadřuje posun v čase, svislá čára sílu vyskytujících událostí a prožitků.“

Jan: „Nerozumím.“

Tazatel: „Tady je Vaše narození, tady jste se narodil a ten Váš život nějak plyne a vy máte za úkol ten Váš život převést do nějaké křivky.“

Jan: „A tady ty čárky tady, to je co? To jsou nějaké úseky?“

Tazatel: „Ano.“

Jan: „A kolik to je?“

Tazatel: „Schválně tam není napsáno, kolik to je. To je na Vás, jak Vy to berete. Pokud budete potřebovat, křivka nemusí být jen na jednu stranu.“

Jan: „A jak to mám jako napsat?“

Tazatel: „Berte to tak, že jsme v životě prožili něco dobrého, kdy jsme se cítili fakt dobře.“

Jan: „Aha, tak to bych to namaloval nahoru...“ [značí křivku nahoru]

Tazatel: „Ano.“

Jan: „A když se to ustálilo, tak by to bylo rovně.“ [píše křivku rovně]

Tazatel: „Aha.“

Jan: [značí křivku zvedající se nahoru]

Tazatel: „Tak, a to je ještě před nemocí?“

Jan: „Před.“

Tazatel: „Aha.“

Jan: „No a potom přišla ta nemoc.“

Tazatel: „No, a to by šlo kam?“

Jan: [Kreslí křivku dolů]

Tazatel: „Aha, takhle dolů. A u té nemoci chcete jen dát, že to šlo dolů?“

Jan: „A je to jakoby takhle [značí čáru dolů a tam i zůstává] ... a teď je to stejné.“

Tazatel: „Teď se to nějak nemění?“

Jan: „Ne.“

Tazatel: „Bylo ve Vaší nemoci období horší a lepší?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „Nebo ta křivka jde dolů a zůstává už jen dole? Od té diagnostiky, operace, zvykání si?“

Jan: „Tak po té operaci ... [bouchá do stolu] to bylo v prdeli.“

Tazatel: „A když jste se dozvěděl o té operaci, šlo by to nějak vyznačit?“

Jan: „Těžko říct. Já jsem celkem hůř mluvil, ale normálně jsem se domluvil. Ale měl jsem nějaké obtíže, tak jsem šel do XX na ORL. Nelíbilo se jí to, tak jsem si měl vybrat, jestli půjdu na vyšetření do XX nebo do XX. Šel jsem do XX. Přijel jsem na ORL, tam se mi asistent díval a říkal, že to chce na vyšetření, na celkovou anestezii. Tak jsem se domluvili, myslím na druhý den, tak jsem přijel na vyšetření, to bylo v úterý. To jsem měl už po vyšetření. A on mi říkal, že to bude třeba nějak operačně řešit. Domluvili jsme se, že přijdu ve čtvrtek. No tak jsem ve čtvrtek přijel a v pátek jsem šel na tu operaci.“

Tazatel: „Hm, než jste šel k té ORL lékařce v XX, jak dlouho jsem měl bolesti v krku?“

Jan: „Mě nic nebolelo.“

Tazatel: „Aha, a tak proč jste šel na ORL?“

Jan: „Protože se mi zhoršil ten hlas.“

Tazatel: „Takže jste měl nějaký chrapot?“

Jan: „Tak.“

Tazatel: „Chraptěl jste ... a jak dlouho jste chraptěl?“

Jan: „Tak poslední dva měsíce a pak už mi dělalo problém něco říct.“

Tazatel: „S tím chrapotem? Ta ORL lékařka vám napsala i nějaké léky?“

Jan: „Ne, rovnou mě poslala.“

Tazatel: „Vy jste říkal, že jste přišel nejdříve tady, potom jste měl anesteziologické vyšetření, takže oni Vám nejprve z toho hrtanu vzali vzorek?“

Jan: „To nevím, ale asi jo. Říkali o tom vyšetření, onkologickém nebo co, ... asi.“

Tazatel: „Dobře, takže pojďme teď udělat křivku tady tohoto, o čem jste teď mluvil – chrapot, vyšetření u ORL, vyšetření v nemocnici, operaci.“

Jan: [ukazuje prstem rovnou čáru]

Tazatel: „takže to vnímáte v jedné rovině?“

Jan: „Já nevím, ještě jsem byl za anesteziologem a ten mi říkal, to je nějaká infiltrace na hlasivkách. Dobře, vyčistíme to a bude to dobré. A pak jsem se vzbudil po narkóze a zjistil jsem, že nejsem schopný mluvit ... [ukazuje na krk a bouchá se do nohy] v prdeli.“

Tazatel: „A to bylo po tom prvním vyšetření? Po té anestezii jste se vzbudil a měl jste díru v krku?“

Jan: „Ne, po operaci.“

Tazatel: „A vy jste věděl, na jaký typ operace jdete?“

Jan: „Ne.“

Tazatel: „Ale Vy jste přece musel podepisovat takové ty informované souhlasy, takové ty papíry, na jaký zákrok jdete, ne?“

Jan: „Nepamatuju si to. Jenom asistent řekl, máte tam nález, není to moc dobré. To je všechno co mi řekli.“

Tazatel: „Takže vy jste nevěděl, že přijdete o hlas?“

Jan: „Řekl jsem jim, udělejte to tak, abych byl schopný ještě nějak normálně mluvit. Řekli mi, nestarejte se.“

Tazatel: „Takže Vy jste nevěděl, že Vám odstraní hrtan, s hlasivkami, se vším? To jste vůbec netušil?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „Takže to jste zjistil až po té operaci?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „A věděl jste, jak potom budete moci mluvit? Jaké budete mít možnosti.“

Jan: „Ne, to jsem nevěděl.“

Tazatel: „A šlo by to prosím vyjádřit nějakou křivkou?“

Jan: „Rovně?“

Tazatel: „Jestli si myslíte, že to bylo rovně, tak to uděláte rovně.“

Jan: „Já jsem zpočátku věřil, že mi pomůžou ... nějak, jo [křivka směřuje nahoru] ... ale to že mi to vyberou celé jsem nevěděl.“

Tazatel: „A tady ten konec co jste vyznačil, to jste teď?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „A když byste to měl popsat, udělat k tomu poznámky, očíslovat to, tzn. jednička bude třeba ... nevím co jste tím myslel.“

Jan: „Škola.“

Tazatel: „Takže dejte k tomu prosím nějaká čísla.“

Jan: [neví kam]

Tazatel: „Tady k těm bodům, abych věděla, proč to šlo nahoru, nebo proč to tam šlo dolů.“

Jan: „Mám to napsat nahoru?“

Tazatel: „Můžete i nahoru a jak to chcete nazvat?“

Jan: „Dětství.“

Tazatel: „Tak k tomu napište: Dětství.“

Jan: [píše Dětství]

Tazatel: „Dvojka?“

Jan: „Když jsem dodělal školy.“

Tazatel: „Trojka?“

Jan: „Trojka... .“

Tazatel: „To Vám šla křivka více nahoru, takže to považujete za nejlepší období?“

Jan: „Ano, to jsem podnikal.“ [píše Podnikání]

Tazatel: „Tak a teď nám to jde dolů?“

Jan: „Jo, to bude čtyřka, Operace.“ [píše Operace]

Tazatel: „Hm.“

Jan: „V prdeli to bylo.“

Tazatel: „A Vy jste říkal, že jste věřil, že se to nějak zlepší?“

Jan: „Jo, myslel jsem si, že to nebude nic tak vážného.“

Tazatel: „Můžeme k tomu dát další číslo?“

Jan: [píše číslovku pět]

Tazatel: „A Vy jste tedy doufal, že se to tou operací zlepší?“

Jan: „Jo, říkali mi, že tam mám nějakou infiltraci. Tak jsem si myslel, že tam mám nějaký zánět, nebo co, já nevím. Já jsem měl jednu klientku ve fitku, a tam měla problémy, měsíc jsem jí neviděl, a potom přišla a říkala, že něco cítila v krku, šla do fakultky, asi za měsíc jí volal ten docent XX, ihned přijďte, máte rakovinu jak bič. Takže ona šla na operaci, vybrali jí mandli, měla nádor, vybrali jí to, ale mluví teď výborně. Ale měla třicet pět ozárků. Tak jsem si myslel, že to budu mít stejně.“

Tazatel: „Dobře, a jak byste tu pětku nazval?“

Jan: „To byl ten moment mojího rozhodnutí.“

Tazatel: „Jakého rozhodnutí?“

Jan: „Když jsem šel na ORL. Tak jsem věřil, že se to zlepší.“

Tazatel: „Tak, ale potom Vám to jde dolů?“

Jan: „V práci jsem zjistil, jaké mám problémy s mluvením, no a všechno. Ještě že jsem na ty ozárky nemusel, to mě tak trošičku zklidnilo. Nedávno jsem o tom četl na internetu, že 50 % těch diagnóz je smrtelných. To jsem mluvil se svým primářem, zubařem v XX, já jsem šel za ním kvůli zubům, co ještě mám, tak jsem mu to říkal, a on se na mě díval a říkal: Co si

stěžujete? Žijete normálně, normálně aktivně, už jste tu vůbec nemusel být. Já jsem si myslel, že on je zdravý, ale byl na vyšetření a taky mu něco našli.“

Tazatel: „Jako tomu doktorovi?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „Jo.“

Jan: „A že když něco budu potřebovat, mám napsat smsku. Ale asi měl pravdu, protože jsem četl, že to je v prdeli. Ještě jak to říkal, říkal ten náš básník...Žák?“

Tazatel: „Žáček?“

Jan: „No, právě, že říkal, že byl po šesti letech na tom vyšetření, no ale že dobré.“

Tazatel: „Když bychom se vrátili tady k té křivce, tak my tady máme tu operaci a tady vám to jde nahoru?“

Jan: „Po operaci to jde dolů, tady je to trochu lepší, poněvadž jsem si, na druhé straně, zpětně ... co se zpětně, co jsem si zažil, jsem si udělal jasno, celkem ještě mám chuť, cítím, že mám i čich, že trošku se aspoň domluvím, že kdybych ze sebe nebyl schopný ze sebe vydat nic, tak sedím doma a jsem odepsaný. Aspoň něco.“

Tazatel: „Takže.“ [skáče do řeči]

Jan: „Aspoň trochu se můžu realizovat.“

Tazatel: „A jak byste to nazval?“

Jan: „Napíšu Naděje.“

Tazatel: „Tak, a co tady tohle?“

Jan: (smích) „No tady to asi škrtnu, to je blbé.“

Tazatel: „Takže tak byste to nechal?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „A když bychom se vrátili k bodům, které se týkají tady toho úseku, po tady ten úsek [ukazují v křivce časové vymezení], já bych Vás chtěla poprosit, pokud byste mohl v nějakých bodech napsat, co všechno se v životě změnilo, co se změnilo tou nemocí, tou operací ve vašem životě? Vy jste něco už řekl dříve, ale jestli byste to k tomu mohl i napsat?“

Jan: „Mluvení, to je jasné.“

Tazatel: „Tak to tam prosím vepište.“

Jan: „Kam?“

Tazatel: „Klidně tady.“ [ukazují na místo pod křivkou]

Jan: „Ta chuť a čich po té operaci.“

Tazatel: „Hm, a jak byste to zhodnotil?“

Jan: „Po té operaci se mi změnila, pamatuju si, jak mi co chutnalo, dneska to jím a cítím to jinak.“

Tazatel: „Dobře, tak pojďme to tam napsat.“

Jan: [píše Změna chuti] „A čich, to musím udělat takhle.“ [ukazuje, co přesně musí udělat v dutině ústní, aby cítil]

Tazatel: „Musíte to udělat trochu jinak, že?“

Jan: „Hm, ale když něco vařím, tak to cítím.“

Tazatel: „Tu vůni cítíte stejně?“

Jan: „Jo, ale ne tak intenzivně.“

Tazatel: „No, ale i toto je vlastně změna čichu?“

Jan: [píše Změna čichu, intenzita]

Tazatel: „Aha, dobře. Co vás ještě trápí?“

Jan: „To zahlenění, než jsem začal používat ten filtr. Asi tak měsíc, co jsem odešel odsad', tak to začalo.“

Tazatel: „Takže můžete to napsat?“

Jan: [píše Kašel, vykašlávání]

Tazatel: „Tak a co Vás dál omezuje, limituje? I po té operaci. Když jste se vzbudil ... zjistil jste.“ [skáče do řeči]

Jan: „Díra v krku.“ [posmutní, nechce více mluvit]

Tazatel: „Já vím, že to není něco, na co byste chtěl vzpomínat.“

Jan: „Ležel jsem.“ [bouchá do stolu a odmlčí se]

Tazatel: „Jak jste jedl? Vy jste měl PEG?“

Jan: „Měl jsem v nose hadičku.“

Tazatel: „Vy jste měl hadičku jen v nose, ne v žaludku?“

Jan: „To šlo přes nos až do žaludku.“

Tazatel: „Měl jste sondu?“

Jan: „Jo, sondu.“

Tazatel: „Ano, dobře, takže jste byl živěný tou sondou? Jak dlouho?“

Jan: „Tři ... čtyři ... pět dnů.“

Tazatel: „A potom?“

Jan: „Potom mě testovali, dali mi poprvé něco pít a zjišťovali, jestli je to dobře zahojené.“

Tazatel: „To jste zvládl vypít?“

Jan: „Jo, dobře. Normálně, potom tam asistent rozhodl že od druhého dne už budu mít stravu.“

Tazatel: „Nejprve to byla jaká strava?“

Jan: „Normální polévka, omáčka, knedlík.“

Tazatel: „Aha, takže od prvního dne jste měl klasické jídlo? Nebyly to nějaké kaše, nebo mixované jídlo?“

Jan: „No jo, první den asi byla nějaká ta kaše a druhý den už normálně.“

Tazatel: „Jo, hm. A můžeme to napsat jako problém po operaci?“

Jan: „jo [píše Polykání] když jsem jedl tu polévku, vyletělo mi to z nosu.“

Tazatel: „Jaké bylo Vaše dýchání?“

Jan: „Dýchal jsem normálně, pokud jsem neměl zvýšenou fyzickou aktivitu, a to se dá.“

Tazatel: „A takhle to bylo i na začátku?“

Jan: „Měl jsem kanylu.“

Tazatel: „Musel jste ji čistit?“

Jan: „To mi čistila sestra zpočátku, pak už jsem ji čistil sám.“

Tazatel: „Používal jste i zvlhčovač vzduchu na pokoji?“

Jan: „Jo, jsem si ho zapnul, když se mi špatně dýchalo.“

Tazatel: „Hm, a museli Vás i hodně odsávat?“

Jan: [nechápe otázku]

Tazatel: „Museli Vám něco odsávat z krku?“

Jan: „Jenom jednou, nebo dvakrát.“

Tazatel: „Dobře, a co se týče dalších fyzických věcí, ničeho jiného se to netýkalo? Všechno jste zvládal?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „A měl jste nějaké bolesti?“

Jan: „Ne.“

Tazatel: „Ani po operaci?“

Jan: „Ne, vůbec, nic.“

Tazatel: „Ani potom někdy, že by Vás něco bolelo při polknutí, nebo při nějakém pohybu?“

Jan: „Nic.“

Tazatel: „Vy jste byl na odstranění hrtanu a Vám operovali i krční uzliny?“

Jan: „Nevím nic.“

Tazatel: „Máte i jizvy na krku? Máte pošitý krk?“

Jan: „Nevím.“

Tazatel: „Jo, tak je ještě nějaká oblast, která se Vám úplně operací, nemocí, změnila?“

Jan: „Tak asi psychicky, ne?“

Tazatel: „Kdo Vám v té době nejvíce pomohl?“

Jan: „Pár známých.“

Tazatel: „Vy, když jste ležel v nemocnici, mohly být návštěvy?“

Jan: „Sestra tady byla.“

Tazatel: „Takže byla otevřená nemocnice pro návštěvy, nebyl lockdown?“

Jan: „Nebyl.“

Tazatel: „Ne.“

Jan: „Ale testovali ji, tečku a já nevím co všechno.“

Tazatel: „Jo... a ta psychická stránka byla natolik vážná, že byste zvažoval konzultaci s psychologem?“

Jan: „Člověk si musí sám pomoci, psycholog do mě bude hučet“

Tazatel: „Takže tomu nevěříte že by Vám mohl pomoci?“

Jan: „Ne.“

Tazatel: „Jak to dokážete zvládat ty emočně náročné situace? Potřebujete to někomu říct, nebo si to v sobě nějak řešíte?“

Jan: „Asi... .“

Tazatel: „Pomůže Vám, když o tom mluvíte?“

Jan: „Ani ne.“

Tazatel: „Řešíte si to sám v hlavě.“

Jan: „Určitě, co to budu vykládat a stěžovat si, radši o tom mlčím.“

Tazatel: „Hm.“

Jan: „Chtěl bych se ale do budoucna naučit mluvit, aby lidi vyloženě necítili ten můj hendikep, aspoň tak.“

Tazatel: „Hm.“

Jan: „Známá mi poslala esemesku.“ [dává mi ji přečíst]

Tazatel: „Hm, měla sen, že mluvíte?“

Jan: „Zdalo se jí o slonovi, slon je symbol štěstí a že jsem mluvil.“

Tazatel: „Dobře, Vy jste hodně aktivní sportovec, jak dlouho jste nemohl sportovat po té operaci?“

Jan: „Nejdřív jsem byl ve špitále, asistent mi říkal, že nebojte se, cvičte.“

Tazatel: „Takže Vy jste cvičil už na pokoji v nemocnici?“

Jan: „Ne, to ne. Ale on mi říkal, jenom se hýbejte. Tady jsem byl čtrnáct dnů, potom ještě doma, asi týden jsem byl doma a pak jsem jel přímo do fitka si zacvičit no.“

Tazatel: „Vy jste do té doby byl si hodně aktivní? Měl jste hodně zájmů?“

Jan: „Tak teďka když jsem v důchodu, už to neřeším, že bych se musel ve fitku tak hodně angažovat. Tak třikrát, čtyřikrát týdně, dvě až tři hodiny tam jsem ve fitku, cvičím, ale i trénuju ještě. To stačí.“

Tazatel: „A Vy máte ještě jiné koníčky kromě toho fitka?“

Jan: „Jezdím na střelnici.“

Tazatel: „Touto operací se tento koníček.“ [skáče do řeči]

Jan: „Nezměnil.“

Tazatel: „Tam Vás to nějak limituje?“

Jan: „S tím, že s těma klukama jsem tam zpočátku vůbec nemluvil, nebyl jsem schopný komunikovat, tak jsem tam něco napsal, teďka už se s nima snažím komunikovat víc.“

Tazatel: „A daří se Vám to?“

Jan: „Celkem mi rozumí, jo.“

Tazatel: „Co třeba Vaši kamarádi?“

Jan: „Tak kamarádi ... já s nima teď nepříjdu do styku.“

Tazatel: „A je to dáno tou operací? Nebo něčím jiným?“

Jan: „To máte těžké. Kdysi jsme byli kamarádi, dělali jsem akce spolu a všechno no a teď, tři kámoši už nežijou. No ... podnikatelé. Tak a celé se to nějak rozpadlo. Nějaké kámoše mám na střelnici, tam pokecáme, jinak nic víc. Potom mám jednoho kámoše, a on je v důchodu, měl firmu. Těž, co doma? Tak si vzal nějaký džob u zahraniční firmy a dělá jim dealera. Takže cestuje, Jenže když já mu nenapišu, tak on se sám neozve. A vždycky když mu teklo do

bot, tak se mi ozval. Takové lidi neuznávám. Když měl po operaci očí, tak potom mi volal a chtěl odvézt domů. Jsem mu říkal, nebudu na tebe čekat, než se ožereš, abych tě zavezl domů.“ [začíná kašlat, musí jít k umyvadlu a tam vykašlat hleny a poté si odlepuje vzduchový filtr]

Tazatel: „Už je to v pořádku?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „A je nějaká aktivita, kterou jste musel úplně vynechat? Kterou už nemůžete dělat?“

Jan: „To ne. Sportovat fyzicky můžu. Ale vlastně plavat nemůžu.“

Tazatel: „Hm, a plaval jste rád?“

Jan: „Jo, to mě hrozně bavilo.“

Tazatel: „Takže to teď nejde?“

Jan: [dopisuje do křivky plavání]

Tazatel: „Vy jste říkal, že máte pár známých, kterým jste to mohl říct, nebo Vaší sestře? Ta je Vám taková asi nejbližší?“

Jan: „Ale nikomu to neprezentuju, že jsem po operaci hlasivek a všechno.“

Tazatel: „Když pracujete ve fitku, máte tam svoje zákazníky. Co Vás v komunikaci s nimi limituje nejvíc?“

Jan: „Slyšíte, jak mluvím? Že nemluvím normálně jako ostatní?“

Tazatel: „Ještě něco?“

Jan: „Nic.“

Tazatel: „Dobře.“

Jan: „Slyšíte, jak ten filtr píská? Proto jsem si ho sundal.“

Tazatel: „Slyšela jsem, ale úplně stejně to píská i jiným pacientům.“

Jan: „Těž, aha. Jsem psal minulý týden té dealerce z XX. A ona mi říkala, že až budu potřebovat, ať jí dám vědět a ona mi vypíše nějakou poukázku.“

Tazatel: „Dobře. No a teď jsme u druhé části dnešního povídání. Máme tady žebřík a Vaším úkolem bude vyznačit dva body. Zelenou barvou vyznačíte aktuální hodnocení problému, jak daný problém hodnotíte nyní. Dále máte stejný problém ohodnotit s odstupem pěti let, tento bod ale označíte červenou barvou. Nízké příčky znamenají nižší intenzitu, vyšší příčky intenzitu vyšší.“

Jan: „Vyšší intenzita čeho?“

Tazatel: „Vašeho prožitku. První bodem máme tu operaci. Jak jste ji vnímal? Nula je nejméně, deset je nejvíce.“

Jan: [směje se a neví, jak to napsat]

Tazatel: „Pokuste se označit to číslem.“

Jan: „A to má být přesně v tom okamžiku po operaci, poněvadž po operaci mi ještě říkali, že zjišťují, vyhodnocují, jestli budu chodit na ty ozářky nebo ne. Asi po třech dnech přišla primárka a říkala mi: mám pro vás dobrou zprávu. Na ozářky nemusíte. Byl jsem šťastný.“

Tazatel: „Dobře, tak zkuste tedy vyznačit, jak jste to vnímal hned po operaci.“

Jan: „Jsem byl asi pod nějakýma oblbovákama. Já jsem byl úplně oblblý.“

Tazatel: „Asi kvůli bolesti?“

Jan: „Asi jo, nevím.“ [zvedá obočí a tápe, neví, co má napsat]

Tazatel: „Nula je nejméně, a desítka nejvíce.“

Jan: „Dám tam osmičku.“

Tazatel: „Dobře – takže tam vepište osmičku.“

Jan: [píše osmičku]

Tazatel: „Jak si myslíte, že na to budete vzpomínat za pět let?“

Jan: [tápání]

Tazatel: „Budete to vnímat stejně intenzivně?“

Jan: [píše číslo pět]

Tazatel: „Dobře, jdeme dál. Tak ... tady máme to vaše mluvení. Jak to hodnotíte teď? Jakým číslem byste to teď ohodnotil? To, jak mluvíte, jak používáte ten jícnový hlas.“

Jan: „No Vy jste mi řekla, ... vy jste mi řekla, že podle americké stupnice, která je od jedničky do sedmičky jsem na příčce mezi pětkou a šestkou.“

Tazatel: „A jak to vnímáte Vy? Ne žádná stupnice.“

Jan: „No, vždycky by to mohlo být lepší, ale přiznám se, že bych měl mluvit víc. Včera to bylo asi půl hodiny. Předevčírem taky. Mám pak výčitky svědomí. Včera po půl hodině jsem si vzal ... nejlepší jsou ty Vaše materiály, tam jsou ty dvě slova. To si přečtu, pak si dám chvíli pauzu a pak znovu. Zjistil jsem, že mi to jde dobře. V tom se snažím eliminovat, aby to tam nebylo slyšet, jak se sekám.“

Tazatel: „Dobře a zkusme tomu dát tu příčku. Teď.“

Jan: [neví]

Tazatel: „Jak Vám mluvení jde teď. Nula je nejméně, desítka nejvíce.“

Jan: „Dal bych si pětku.“

Tazatel: „Tak, za pět let?“

Jan: „Nevím.“

Tazatel: „Za pět let, jak budete mluvit, zkuste to odhadnout.“

Jan: „Já to nevím.“

Tazatel: „Já vím, že to nevíte, ale odhadněte to.“

Jan: „Chtěl bych se ještě dopracovat k lepšímu tomu hlasu. Třebas tomu dám osmičku.“

Tazatel: „Dobře, skvěle. Když jsme u chuti. Jak to vnímáte teď.“

Jan: „To je otázka. Jak co. Já jsem zvyklý si dát česnek do polívky, ten česnek jsem cítil hrozně intenzivně, víc než předtím. Možná to je nezvyk. Ještě to někdy vyzkouším.“

Tazatel: „Tak zkuste to nějak zobecnit.“

Jan: [neví.... poté vepisuje číslo šest]

Tazatel: „A za pět let, myslíte si, že se to zlepší?“

Jan: „Myslím že jo, mělo by.“

Tazatel: „Tak to napište červeně.“

Jan: „Budu skromný.“ [píše číslo 7] (smích)

Tazatel: [smích] „Ještě tady píšete změnu čichu.“

Jan: „Jo, cítím nějak jinak, málo“ [vepisuje číslo šest zelenou barvou].

Tazatel: „A jak asi na tom budete za pět let s čichem?“

Jan: „Myslím, že to bude trochu lepší“ [červenou barvou vepisuje číslo osm].

Tazatel: „Dále tady máte napsáno Kašel vykašlávání, teď je to jak?“

Jan: „S tím filtrem, to je lepší. Jsem to vyzkoušel jednou, když ona přijela z té firmy. Ona mi ten filtr nasadila a zlepšilo se to. Na noc jsem to nepoužil, přes den jo a pak jsem to zrušil ještě ten jeden den to bylo dobré, druhý den po fyzické námaze jsem nebyl schopný se nadechnout. Musím teď doma často vysávat.“

Tazatel: „Proč?“

Jan: „Ten prach.“

Tazatel: „Jo jo, kvůli toho.“

Jan: „Hm, jsem doma zrušil koberce a jak vysaju, tak cítím že ten prach byl nejhorší. Myslím, že ten XX je na prach úplně nejhorší.“

Tazatel: „Tak stěhovat se kvůli toho asi nebudete, že jo.“ [smích]

Jan: „No, to ne.“

Tazatel: „Ohodnoťte to číslem.“

Jan: „Teď. Asi s filtrem?“

Tazatel: „Teď, jak chcete.“

Jan: [píše zelenou barvou číslo šest]

Tazatel: „Dobře a za pět let, bude i toto lepší?“

Jan: „Nevím.“

Tazatel: „A tak když jste si o tom něco četl, od jiných lidí?“

Jan: „Nikdo o tom nepíše nic.“

Tazatel: „Nic?“

Jan: „Ne. Že by měli nějaké problémy.“

Tazatel: „No, a tak když to porovnáte od té doby, co jste byl operovaný, doteď, tak se to zlepšuje?“

Jan: „Co?“

Tazatel: „To vykašlávání.“

Jan: „Po tom filtru jo, jinač mi nepomohl nikdo. Byl jsem s tím na ORL, poslali mě na rentgen, byl jsem za svým praktickým lékařem, ten mi napsal jiný prášek, kortikoidy, začal jsem vykašlávat krev. Tak jsem to všechno zrušil a potom jsem měl sestra ta má v nemocnici v XX nějakou známou, ona je plicní lékařka, tak mě tam objednala, jednatřicátého jsem tam měl jít. Jenže mezitím jsem měl tu dealerku z XX. A ona ta doktorka sama sestře vysvětlovala, že to je dost individuální. Ona to těžko vyřeší. Antibiotika jsem už taky užíval, pak mi pan asistent říkal, že léky, které Vám předepsal praktik, na tu moji váhu, jako by mi nepředepsal nic. Bylo to slabé. Ty léky to asi podpoří, v průduškách, horních cestách dýchacích.“

Tazatel: „Ale tak to je dlouhodobý problém, který je třeba řešit komplexně, protože léky jsou na krátkou dobu.“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „Další bod, který jste měl v té křivce bylo to polykání. Ted' je Vám polyká jak?“

Jan: „Normálně.“

Tazatel: „Nula je nejméně, deset je nejvíce.“

Jan: „Zelenou?“

Tazatel: „Ano, ale držíte červenou.“

Jan: „Aha, tak nula.“

Tazatel: „A za pět let?“

Jan: „To taky bude nula.“

Tazatel: „Dobře, koníčky, které ted' nemůžete dělat. Ted' byste to udělal jak?“

Jan: „Zase zelenou?“

Tazatel: „Ano, to je teď.“

Jan: „Kromě toho plavání můžu všechno. Dám sedmičku.“

Tazatel: „Hm, a za pět let?“

Jan: „Bude to stejné, tam se nemá co zlepšit, jediné zhoršit s věkem.“ [smích]

Tazatel: [smích] „A my jsme se ještě nedostali k jedné věci, která by Vás mohla třeba omezovat.“ [skáče do řeči]

Jan: „Jo sprchování.“

Tazatel: „Aha, používáte třeba nějaké sprchovací límce? Nebo takové nějaké pomůcky?“

Jan: „Ne. Nic.“

Tazatel: „Takže se snažíte.“ [skáče do řeči]

Jan: „Sprchuju se jednou rukou, držím hadici, sprchou zvrchu to nejde.“

Tazatel: „A musíte to tak udělat, aby se voda nedostala do tracheostomie?“

Jan: „No, mytí hlavy je problém.“

Tazatel: „Mytí hlavy musí být těžké.“

Jan: „V předklonu jsem a pak hned ručníkem to utřu, aby to nesteklo.“

Tazatel: „Dobře, tak máme další položku, a to je dýchání.“

Jan: „Ono to je stejné jako to vykašlávání [píše zelenou barvou číslo šest a červenou barvou. číslo pět]

Tazatel: „Tak, pak jste mluvil o psychice. Jak byste to ohodnotil? Teď, v současnosti. Jak se cítíte psychicky?“

Jan: „Nevím. Zelenou?“

Tazatel: „No, to je teď.“

Jan: [píše číslo pět]

Tazatel: „A pokusíte se odhadnout, jak aby to mohlo být za pět let?“

Jan: „Nevím, bude to asi lepší [píše číslo tři], věřím tomu.“

Tazatel: „Je nějaká oblast, které jsme se ještě vůbec nedotkli, co se týkalo, té vaší diagnózy? Toho, co Vám zjistili, tou operací?“

Jan: [neví]

Tazatel: „Kdybyste třeba věděl, co Vás čeká, o jakou operaci se jedná, tak chtěl byste třeba něco jiného?“

Jan: „Já jsem už myslel na všechno, to je těžko, já jsem si třeba našel na internetu Jiřího Pomeje. No mu to taky zjistili a on odmítl operaci. Tak ho poslali na ozářky a měl dodržovat nějakou hladovku. Takže potom už musel jít na operaci, ale předtím se podrobil té léčbě tím ... já jsem už o tom párkrát četl ... léčba tím.“ [nerozumím slovu].

Tazatel: „Chladem?“

Jan: „Ne, hladem.“

Tazatel: „Aha, léčba hladem, hm.“

Jan: „No, já jsem viděl, ve Švýcarsku jsou kliniky, tam třicet dnů lidi nejí nic, mají zvýšený příjem vitamínu C. Poněvadž co jsem o tom četl mají normální fyzické aktivity, všechno, kupodivu ti lidi nemají hlad. A asi po týdnu se začíná tělo zbavovat veškerých buněk, tělo se nemusí zabývat trávením a tím vším, takže celá ta imunita se zaměří na tu nemoc, na ten nádor. Já jsem to v té době dost sledoval a vím že Pomejemu se ten nádor skutečně zmenšil. Doktoři říkali. Jenže potom on začal tu životosprávu ... asi ji porušil, takže potom šel nakonec na tu operaci, ale už se mu to rozšířilo, metastázy. A ještě popisoval ty ozářky, se mu to zlepšilo. Ale byla to otázka času. Takže těžko říct ... jestli kdyby třeba šel na ty ozářky zpočátku, možná bych nemusel na tu operaci, no ale nevím, co po letech. To člověk neví.“
[bouchá do stolu]

Tazatel: „A měl jste z něčeho strach?“

Jan: „Z toho, aby mě ta rakovina nezabila.“

Tazatel: „Hm a můžeme tedy ten další bod nějak očíslovat? Ten strach teď?“

Jan: „Nula je nejméně?“

Tazatel: „Ano.“

Jan: [píše zelenou číslovku sedm]

Tazatel: „A za pět let ten strach bude menší, nebo větší?“

Jan: „Jestli půjdu na vyšetření, tak uvidím, co mi poví. A co bude za pět let?“

Tazatel: „Já vím, to neví nikdo.“

Jan: „Jestli mě vůbec pozvou na to vyšetření, nebo se musím sám hlásit, nevím, jak to funguje.“

Tazatel: „A Vy v papírech nemáte při posledním vyšetření kontrola třeba jednou za půl roku, kontrola jednou za rok?“

Jan: „Jak jsem byl tady dole, tak mi říkali, přijďte za tři měsíce, to bylo v březnu, no, jsem to nestihl a nešel jsem.“

Tazatel: „Jo aha, ale tak to musíte jít.“

Jan: „Minule mi tam doktor říkal, že je tam nějaký sliz.“

Tazatel: „No to ano, ale je potřeba, aby to viděl lékař nějakou optikou, aby se tam podívali do toho krku, jak to tam vypadá. Jo? Takže objednat se určitě. Dejte tomu prosím ještě jedno číslo, za pět let.“

Jan: [píše číslo pět]

Tazatel: „A je to teda strach z čeho?“

Jan: „Ze všeho.“

Tazatel: „Strach ze všeho?“

Jan: „Člověk neví co. Kolega, co jsme spolu kdysi trénovali, ještě jako kluci na střední škole, to byl kluk, já jsem silnějšího kluka v životě nepotkal. Přišel z vojny a [hovoří o tématu nesouvisejícím s prací] ... dostal cukrovku, amputovali mu prsty a je tomu tři týdny co měl pohřeb v XX, sedmdesát jedna let. Takže tři nejlepší kámoši ti už dávno umřeli.“

Tazatel: „Co Vás nejvíc drží nad vodou?“

Jan: „Prostě člověk musí mít nějakou vnitřní vitalitu, tu sílu, tu vůli, tu kdybych neměl, tak se složím. Nebo já nevím. No tak si to nějak myslím. A fyzicky při tréninku cítím, že jsem na tom stejně jako před operací.“

Tazatel: „Opravdu?“

Jan: „Jo. Když jsem se měřil, tak problém je v tom, že v určitém věku se začnou huntovat klouby. Zním spoustu případů, kdy padesátník zvedá těžké váhy, cvičí a je z něj pak troska.“

Tazatel: „Dalo by se tedy říci, že ten sport vám pomáhá?“

Jan: „Jako určitě.“

Tazatel: „Od mládí máte nějakou vůli, vytrvalost ... nějakou disciplínu vnitřní.“

Jan: „Jo. Kdybych se toho vzdal, měl bych výčitky svědomí, že jsem v té fyzické aktivitě nepokračoval.“

Tazatel: „Vám to dělá dobře?“

Jan: „Jo, mám z toho tu vitalitu, tu sílu, fyzicky i psychicky. Než bych seděl doma a bachratil.“

Tazatel: „Bezva a chtěl byste k tomu ještě něco doplnit, nebo byste k tomu chtěl ještě něco říct? Nebo co by pro ostatní lidi mohlo být inspirující? Že vy jste to zvládnul. Co byste jim poradil sám za sebe?“

Jan: „To je těžko, to je individuální. Jo, někdo se třeba upne na rodinu, někdo má doma psy, prostě se musí nějak seberealizovat. Někdo má koníčky, nebo já nevím, nebo začnou pracovat, nějakým způsobem.“

Tazatel: „Takže můžeme to takto uzavřít?“

Jan: „Jo.“

Tazatel: „Řekli jsme všechno?“

Jan: „To záleží na vás.“

Tazatel: „To jsou vaše zkušenosti.“ [smích]

Jan: „Asi už nic.“

Tazatel: „Takže já Vám moc děkuji. Za Váš čas a že jste byl ochotný o Vaší nemoci mluvit.“

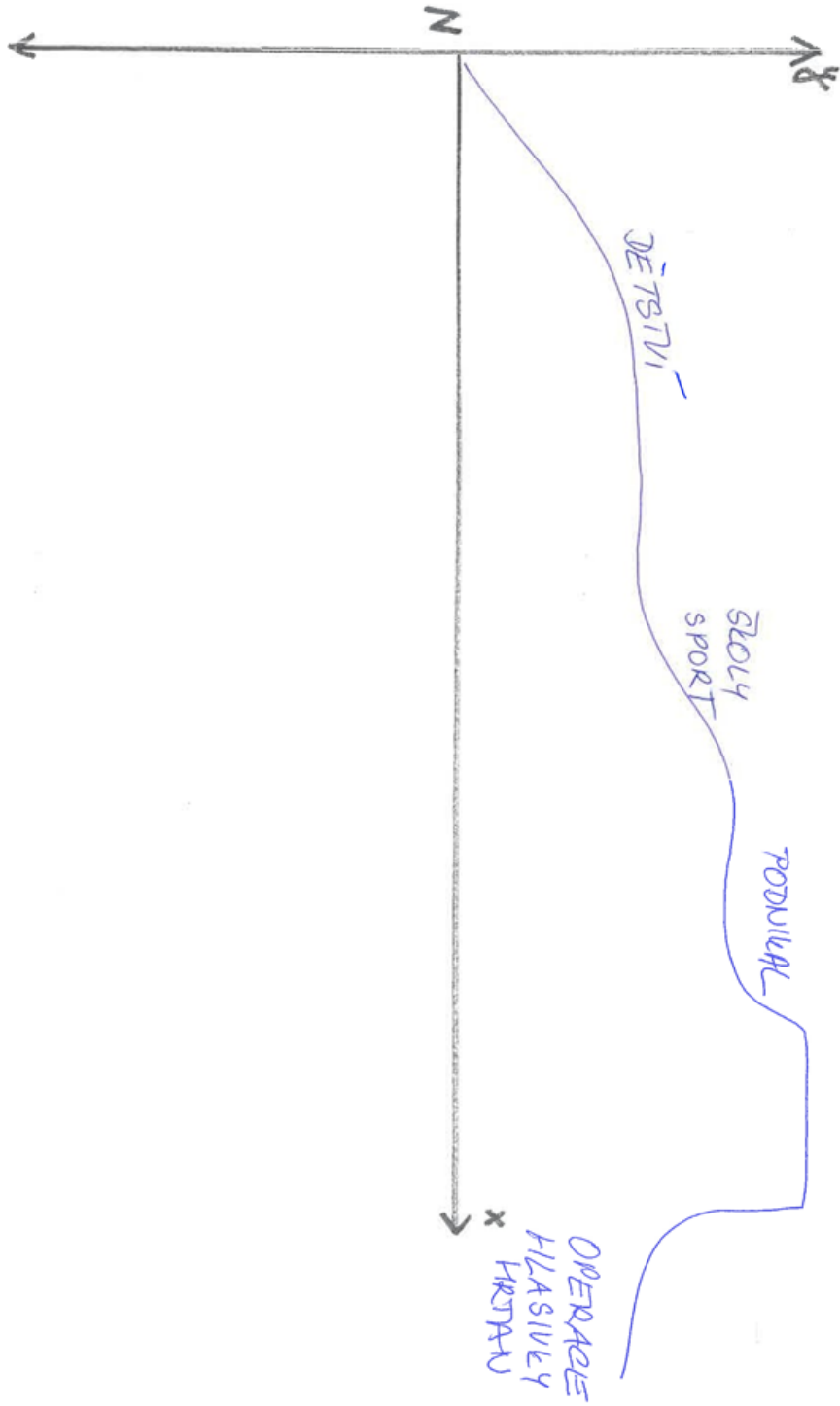
Jan: „Tak já utíkám do posilovny, mám tam domluveného klienta na trénink.“

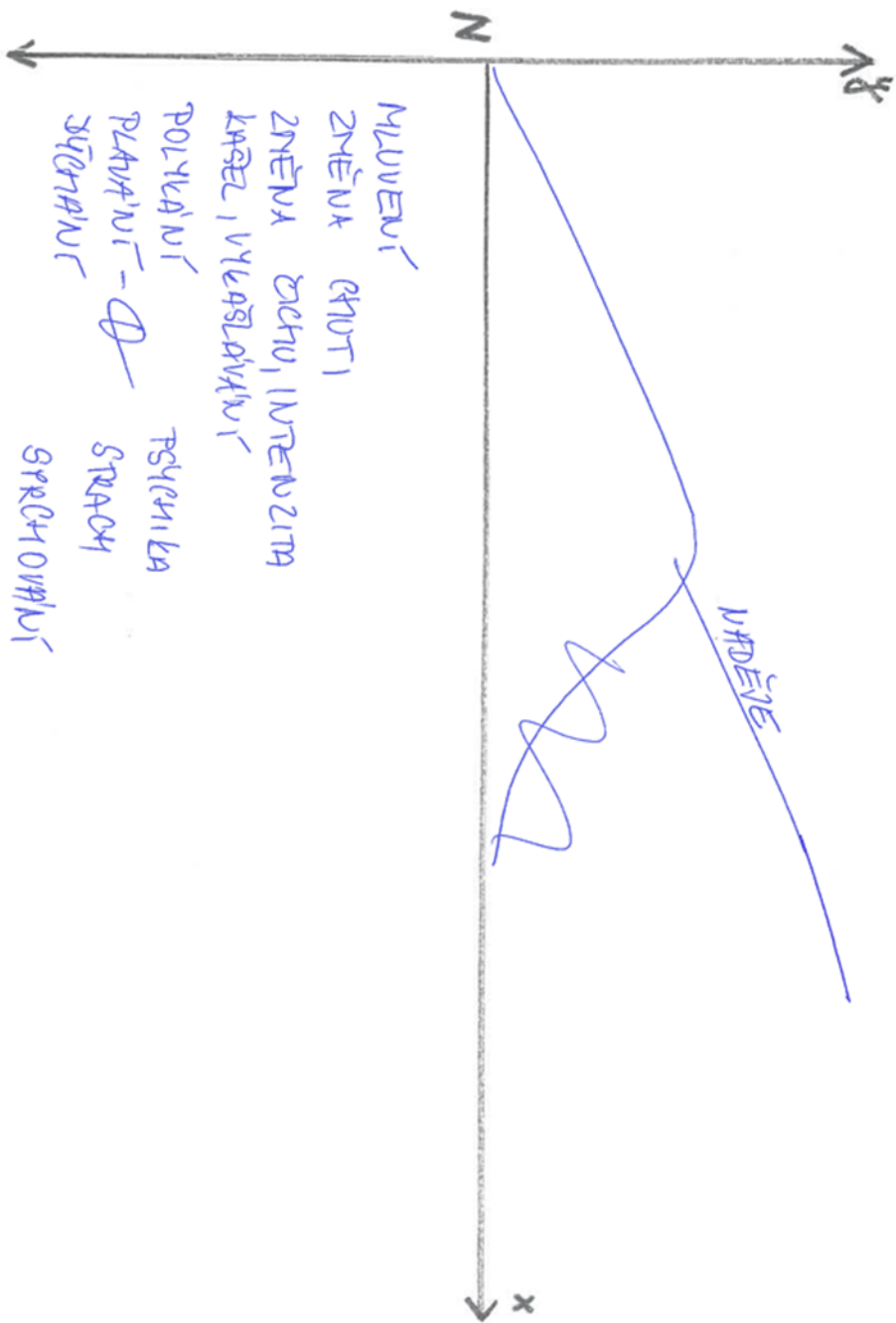
Tazatel: [smích] „To je výborná tečka.“

Jan: [smích]

PŘÍLOHA 28

Životní křivka – Jan





PŘÍLOHA 29

Cantrilův žebřík

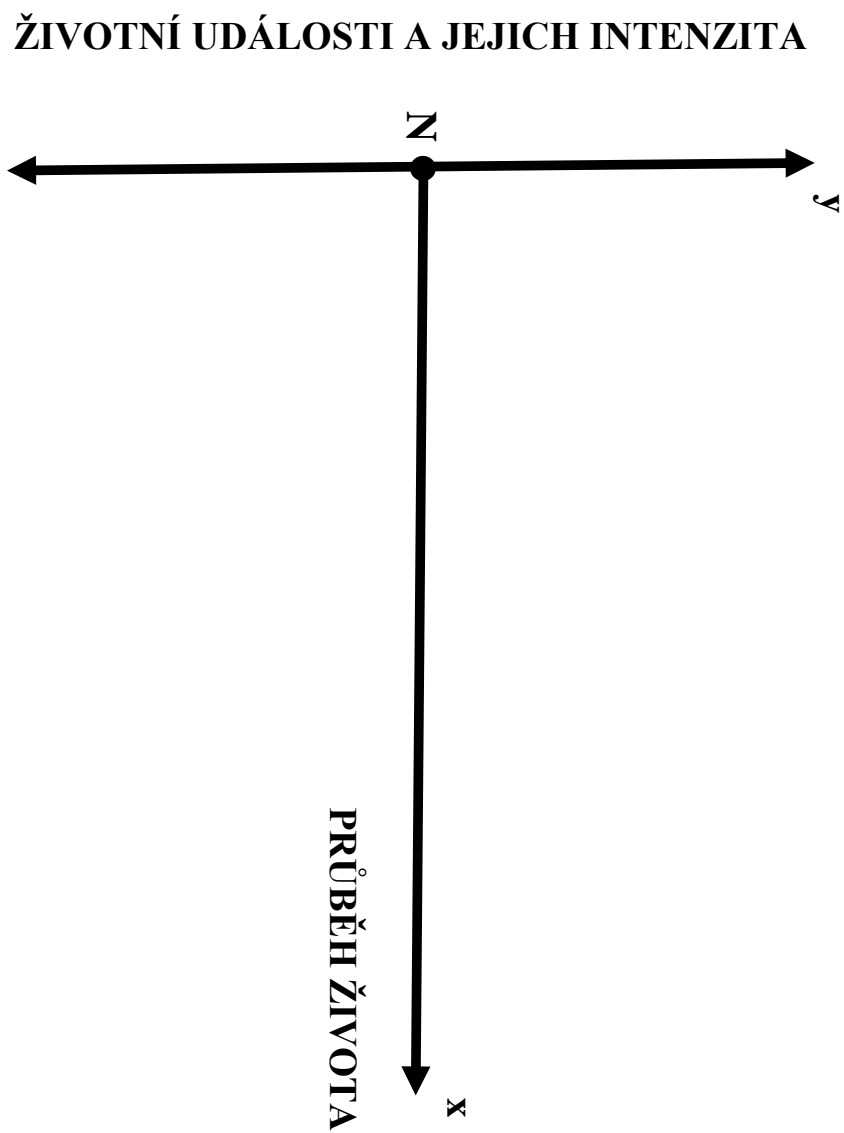
Č.

NÁZEV UDÁLOSTI:

A vertical ladder scale consisting of two parallel vertical lines connected by 11 horizontal rungs. The rungs are evenly spaced, creating 10 rectangular boxes for rating. The top rung is the widest, and the rungs become progressively narrower towards the bottom, forming a trapezoidal shape.

PŘÍLOHA 30

Schéma pro zachycení životní křivky účastníka



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Pavčina Tišlová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Rok obhajoby:	2023

Název rigorózní práce:	Zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii – vícepřípadová studie
Název rigorózní práce v angličtině:	Experiences of patients with loss of voice after total laryngectomy – a multi-case study
Anotace rigorózní práce:	<p>Rigorózní práce se zabývá zkušenostmi pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii metodou vícepřípadové studie.</p> <p>Rigorózní práce se skládá ze dvou hlavních částí, kterými se prolíná problematika ztráty hlasu po chirurgickém odstranění hrtanu.</p> <p>První část práce tvoří teoretický rámec, ve kterém jsou vymezeny základní pojmy, a to nádorové onemocnění hrtanu, totální laryngektomie, dopady ztráty hlasu na život pacientů a náhradní hlasové mechanismy. Odkazováno je především na současné zahraniční studie, které se ztrátou hlasu po totální laryngektomii zabývají.</p> <p>Druhou částí práce je vlastní výzkum, ve kterém byl stanoven jeden hlavní cíl a dva dílčí. Hlavním cílem je zjistit a popsat zkušenosti pacientů se ztrátou hlasu po totální laryngektomii v kontextu logopedické terapie a rehabilitace hlasu a tím přinést do teoreticko-praktické roviny oboru logopedie nové poznatky. Prvním dílčím cílem je vytvořit návrh modelu komplexní péče a mezioborové spolupráce</p>

	<p>uplatnitelný u osob po totální laryngektomii. Druhým dílčím cílem je navrhnout doporučení pro praxi určené klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii.</p> <p>Základní technikou kvalitativního výzkumu byla vícepřípadová studie, na kterou navazují další techniky sběru dat, jako je životní křivka, Cantrilův žebřík, polostrukturovaný rozhovor, analýza zdravotnické dokumentace a technika nedokončených vět. Pro vlastní výzkum bylo využito zkušeností tří pacientů po totální laryngektomii.</p> <p>Doporučení pro praxi určená klinickým logopedům pečujícím o pacienty po totální laryngektomii jsou rozdělena do třech období. První období se týká doporučení před operací, druhé období časem hospitalizace a třetí období propuštěním z nemocnice. Rigorózní práce by měla přispět k obohacení logopedické odborné literatury o náhled na ztrátu hlasu po totální laryngektomii z pohledu pacientů.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>ztráta hlasu, totální laryngektomie, jícnový hlas, elektrolarynx, hlasová protéza, řečová syntéza, vícepřípadová studie</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The rigorous thesis deals with experiences of patients with loss of voice after total laryngectomy by using a multi-case study method.</p> <p>The rigorous work consists of two main parts which both deal with the issue of loss of voice after surgical removal of the larynx.</p> <p>The first part of the thesis forms a theoretical framework in which the basic terms are defined,</p>

namely cancer of the larynx, total laryngectomy, loss of voice consequences on patient's life and replacement voice mechanisms. Reference is mainly made to current foreign studies that deal with loss of voice after total laryngectomy.

The second part of the work consists of three main goals that were set for the research itself. The main goal is to find out and describe the experiences of patients with loss of voice after total laryngectomy in the context of speech therapy and voice rehabilitation and thereby bring new knowledge to the theoretical-practical level of the field of the speech therapy. The first partial goal is to suggest a model of comprehensive care and interdisciplinary cooperation applicable to people after total laryngectomy. The second partial goal is to propose recommendations for practice intended for clinical speech therapists caring for patients after total laryngectomy.

The basic technique of qualitative research was a multiple-case study, followed by other data collection techniques, such as the life curve, Cantril's ladder, semi-structured interview, analysis of medical records and the technique of unfinished sentences. The experience of three patients after total laryngectomy was used for the research itself. Recommendations for practice of clinical speech therapists caring for patients after total laryngectomy are divided into three periods. The first period consists of recommendation before the operation, the second period during the hospitalization and the third period after the discharge from hospital.

	Rigorous work should contribute to the enrichment of speech therapy literature with an insight into loss of voice after total laryngectomy from the patients' point of view.
Klíčová slova v angličtině:	loss of voice, total laryngectomy, esophageal speech, artificial larynx, voice prosthesis, speech synthesis, a multiple case study
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Klinická klasifikace TNM</p> <p>Příloha č. 2: Histopatologický stupeň diferenciace</p> <p>Příloha č. 3: Klasifikace karcinomů hrtanu dle stadií</p> <p>Příloha č. 4: TNM klasifikace karcinomů hrtanu</p> <p>Příloha č. 5: Informovaný souhlas – formulář</p> <p>Příloha č. 6: Sedmistupňová hodnotící škála kvality jícnového hlasu dle Robe</p> <p>Příloha č. 7: Příjmový list diagnostický – Helena</p> <p>Příloha č. 8: Operační protokol – biopsie – Helena</p> <p>Příloha č. 9: Příjmový list – Helena</p> <p>Příloha č. 10: Operační protokol TLE – Helena</p> <p>Příloha č. 11: Předběžná propouštěcí zpráva – Helena</p> <p>Příloha č. 12: Propouštěcí zpráva – Helena</p> <p>Příloha č. 13: Příloha 9 Příjmový list – Helena</p> <p>Příloha č. 10: Operační protokol TLE – Helena</p> <p>Příloha č. 11: Předběžná propouštěcí zpráva – Helena</p> <p>Příloha č. 12: Propouštěcí zpráva – Helena</p> <p>Příloha č. 13: Vstupní logopedické vyšetření – Helena</p> <p>Příloha č. 14: Denní logopedický záznam – Helena</p> <p>Příloha č. 15: Životní křivka – Helena</p> <p>Příloha č. 16: Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Helenou</p>

	<p>Příloha č. 17: Vstupní logopedické vyšetření – Bořivoj</p> <p>Příloha č. 18: Kontrolní logopedické vyšetření – Bořivoj</p> <p>Příloha č. 19: Denní logopedický záznam – Bořivoj</p> <p>Příloha č. 20: Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Bořivojem</p> <p>Příloha č. 21: Životní křivka – Bořivoj</p> <p>Příloha č. 22: Příjmový list – Jan</p> <p>Příloha č. 23: Operační protokol – Jan</p> <p>Příloha č. 24: Propouštěcí zpráva – Jan</p> <p>Příloha č. 25: Vstupní logopedické vyšetření – Jan</p> <p>Příloha č. 26: Denní logopedický záznam – Jan</p> <p>Příloha č. 27: Transkribovaná segmentace z rozhovoru s Janem</p> <p>Příloha č. 28: Životní křivka – Jan</p> <p>Příloha č. 29: Cantrilův žebřík</p> <p>Příloha č. 30: Schéma pro zachycení životní křivky účastníka</p>
Rozsah práce:	136 s. + 95 s. příloh
Jazyk práce:	Český jazyk

