

Agnieszka Hamerlińska-Latecka

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Metodyka logopedyczna w przypadku osób po laryngektomii całkowitej

Wprowadzenie

Zazwyczaj każda osoba będąca po diagnozie onkologicznej rozważa dwie możliwe opcje rozwoju choroby: na skutek leczenia albo będzie żyła, albo szybko umrze. W wyobraźni, pokonując raka, widzi siebie raczej jako fizycznie taką samą, co przed chorobą. W przypadku zaawansowanego raka krtani stosuje się radykalny zabieg chirurgiczny zwany laryngektomią całkowitą, w wyniku którego dokonuje się usunięcia narządu. Po operacji zmienia się między innymi droga oddechowa i traci się zdolność posługiwania się mową foniczną. Osoba laryngektomowana stanie w obliczu wielu trudności, z którymi będzie musiała się zmierzyć, a jedną z nich będzie nauczenie się nowego sposobu mówienia. Oznacza to, że w wyniku zastosowanego leczenia dostaje się szansę przeżycia, ale z całkowicie nową jakością życia.

Poniższy artykuł dotyczy metodyki logopedycznej w przypadku osób po laryngektomii całkowitej. Na początek zostanie przybliżone samo pojęcie metodyki w powiązaniu z metodologią logopedyczną. Następnie zostanie dokonana deskrypcja przyczyn i konsekwencji usunięcia krtani. Głównym celem autorki artykułu jest opisanie postępowania logopedycznego w przypadku osób po resekcji narządu głosu. Autorka zamieszcza strategię uwzględniającą najnowsze dokonania w chirurgii onkologicznej, a mianowicie związane z rekonstrukcją i przeszczepami krtani. Dokonuje analizy literatury, na podstawie której prezentuje dostępne metody logopedyczne wykorzystywane w pracy z osobami laryngektomowanymi.

Metoda, metodyka a metodologia logopedyczna – wyjaśnienie podstawowych pojęć

Rozpoczynając rozważania dotyczące tego, czym jest metodyka logopedyczna, na początku warto wyjaśnić podstawowe pojęcia. Wspólnym ogniwem dla wyjaśnianych w poniższym artykule terminów: metoda, metodyka i metodologia jest logopedia. Jest to nauka rozwijająca się już od wielu lat, skupiająca wokół siebie udział wielu innych dyscyplin naukowych. W Polsce historia logopedii wiąże się

z Leonem Kaczmarkiem, który w ośrodku lubelskim tworzył dla niej podwaliny teoretyczne. Obecnie da się zauważyć, że logopedia przeżywa rozkwit, przejawiający się ugruntowaniem pośród innych nauk, będąc szanowaną profesją teoretyczną, jak i zawodową. W tym miejscu godzi się przedstawić przedmiot badań logopedii, który według Stanisława Grabiasa (2012: 32) prezentuje się następująco:

1. Logopedia jest nauką o zaburzeniach mowy:
 - jej przedmiot badań mieści się w obrębie innych nauk: medycyny, pedagogiki, językoznawstwa,
 - jest dyscypliną samodzielną i autonomiczną.
2. Logopedia zajmuje się mową, „wszystkimi jej aspektami”. Jest nauką „multi-dyscyplinarną”, ale samodzielną.
3. Logopedia jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych. Procedury badawcze i terapeutyczne nadają jej status dyscypliny autonomicznej.

By móc uznać logopedię za odrębną samodzielną dyscyplinę naukową, należy w dalszym ciągu pracować nad jej teoriami i paradygmatami. Istnieje coraz więcej prac doktorskich, które ściśle wiążą się z przedmiotem badań logopedii, ale są realizowane w zakresie innych dyscyplin, korzystając przy tym z konkretnej metodologii badań (por. Milewski, Kaczorowska-Bray 2015).

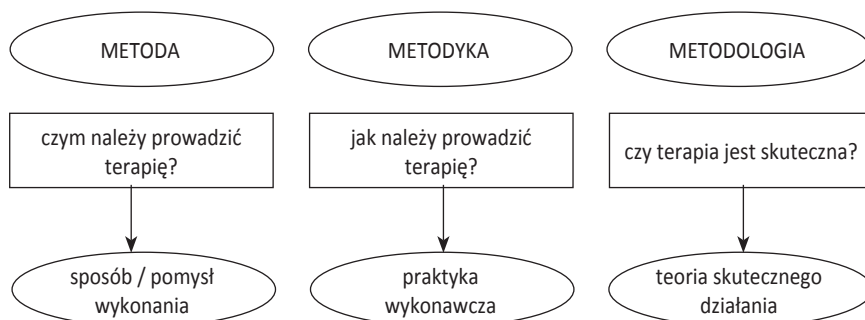
Celem autorki poniższego artykułu jest przybliżenie metodyki logopedycznej dotyczącej postępowania w przypadku osób po usunięciu krtani. Punktem wyjścia powinno być wyjaśnienie pojęć: metoda, metodyka i metodologia. Samo pojęcie „metoda” (gr. *methodos* – ‘droga’, ‘badanie’) jest rozumiane jako pewne postępowanie, które wskazuje na określoną drogę, podjętą po to, by osiągnąć założony plan. Pod względem treściowym przez metodę rozumie się ogół zasad i kryteriów, reguł i rytmu oraz faz, które przyjmuje się i realizuje świadomie w perspektywie osiągnięcia zamierzonego celu (Kubinowski, Nowak 2006: 7). Zatem metodą w logopedii będzie sprawdzony pewien schemat postępowania, którego celem stanie się na przykład usunięcie bądź zminimalizowanie objawów zaburzeń mowy. Z kolei „metodyka” staje się swoistym instruktorem postępowania dla metody, jest to określone podejście służące do rozwiązywania celu. W logopedii metodyką może być schemat wykonywania kolejności poleceń stosowanej metody.

Ostatnim terminem wymagającym wyjaśnienia jest „metodologia” (gr. *mèthodos* – ‘badanie’, *lògos* – ‘słowo’, ‘nauka’), która jest nauką o metodach działalności naukowej, obejmującej sposoby przygotowywania i prowadzenia badań naukowych oraz opracowywania ich wyników, budowy systemów naukowych oraz utrwalania w mowie i piśmie osiągnięć nauk. Ze względu na zakres stosowania wyróżnia się metodologię ogólną, która zajmuje się ogólnymi problemami metod i systemów naukowych, oraz metodologię szczegółową badającą metody i systemy wybranych nauk (Okoń 1998: 234–235). Zdaniem J. Siuty (2005: 148–149) metodologia to usystematyzowany zespół sprawdzonych i skutecznych metod do realizacji celów badawczych. Metodologia odzwierciedla sposób myślenia badacza o podejmowanych zadaniach badawczych, obejmuje więc zarówno uogólnione

doświadczenie zbiorowe naukowców – włączając w to i tradycję, i współczesność – jak i indywidualne, innowacyjne poszukiwania poszczególnych jednostek, podejmujących trud rozwiązywania problemów badawczych (Hamerlińska-Latecka 2016). Jak zauważa M. Michalik (2015: 36) metodologia logopedii służy przede wszystkim celom poznawczym i jest wynikiem logopedycznej pracy naukowej, czyli logopedii w znaczeniu ścisłym.

Podsumowując powyższe rozważania, uznaje się, że **metodyka to praktyczne zastosowanie metod, które powinny być zweryfikowane na drodze metodologii badań** (ryc. 1). Istotne jest podkreślenie związku metodyki z metodologią, ponieważ nie można uznać danej metody terapeutycznej za skuteczną i wartą rozpowszechnienia, o ile nie zostanie ona sprawdzona i zweryfikowana na drodze procesu badawczego (Hamerlińska-Latecka 2016).

Ryc. 1. Metoda, metodyka a metodologia – wyjaśnienie podstawowych pojęć



Źródło: opracowanie A. Hamerlińska-Latecka

Rak krtani – przyczyny, metody leczenia, konsekwencje

Rak krtani jest istotnym problemem klinicznym i stanowi drugi co do częstości występowania nowotwór układu oddechowego w Polsce. Najczęściej diagnozowany jest w zaawansowanym stadium choroby, co często wiąże się z leczeniem chirurgicznym. Za główną przyczynę nowotworów krtani uznaje się nikotynizm (Kamuda-Lewtak 2012). Kancerogenne działanie dymu tytoniowego ma związek z 80–90% zachorowań na raka krtani. Ryzyko zachorowania zmniejsza się wraz z upływem czasu, aż po 15–20 lat niepalenia. Jak zauważają W. Zatoński i T. Zatoński (2002) połączenie inhalacji dymu tytoniowego z nawykowym spożywaniem alkoholu jest główną przyczyną występowania nowotworu narządu głosu. Coraz częściej odnotowuje się również, że czynnikiem rozwoju nowotworu w okolicach szyi jest wirus HPV – najczęściej u ludzi młodych (Kiwerska, Mielcarek-Kuchta, Jarmuż-Szymczak, Szyfter 2012). Czynnikiem narażającym na nowotwór krtani jest także wykonywanie pracy, w której jest się wystawionym na działanie soli metali ciężkich i azbestu, czyli w zakładach chemicznych, przemyśle metalurgicznym bądź na budowach. Ponadto zauważa się związek z występowaniem

nowotworu z nieprawidłową dietą, w tym ubogą w witaminę A (Kamuda-Lewtak 2012). Zwiększone spożycie tłuszczu zwiększa ryzyko zachorowania na raka, a spożycie owoców i świeżych warzyw zmniejsza prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór m.in. raka jamy ustnej, raka krtani i raka przełyku (Pasz-Walczak, Kordek 2006). Praca obarczona nadmiernym wysiłkiem głosowym również stwarza zagrożenie, jakim jest nowotwór złośliwy krtani.

Wybór metody leczenia raka krtani powinien być w każdym przypadku rozważany indywidualnie, a w podejmowaniu decyzji bierze się pod uwagę: zaawansowanie kliniczne guza określone na podstawie laryngoskopii pośredniej i bezpośredniej, wyniku badania histopatologicznego (określenie stopnia złośliwości raka), stanu ogólnego chorego oraz zgodę na zaproponowany sposób leczenia (Osuch-Wójcikiewicz 2002). W leczeniu wykorzystywane są przede wszystkim: leczenie chirurgiczne (chordektomia¹, laryngektomia częściowa² lub całkowita), radioterapia (czyli promieniowanie jonizujące), chemioterapia³, laseroterapia⁴. Przyszłością w leczeniu raka krtani są rekonstrukcje oraz przeszczepy krtani. Kwalifikacja chorych z zaawansowanym rakiem krtani do leczenia chirurgicznego z jednoczesową rekonstrukcją gardła czy też części szyjnej przełyku, wymaga współpracy wielu specjalistów. Decyzja jest uzależniona od możliwości radykalnego usunięcia guza, analizie wszystkich danych chorobowych, ogólnego stanu pacjenta oraz od jego zgody na proponowany zabieg. W chirurgii onkologicznej krtani, przy rekonstrukcji, najczęściej stosowane są następujące rodzaje płatów:

- uszypułowany płat skórny naramiennieo-piersiowy;
- uszypułowane płaty mięśniowo-skórne z mięśnia piersiowego większego, najszerszego grzbietu, czworobocznego i mostkowo-obojczykowo-sutkowego;
- wolne płaty na zespoleniach mikronaczyniowych: z przedramienia, boczny z ramienia, boczny uda, łopatkowy i przyłopatkowy (Fruba 2002: 179–180).

Niniejszy artykuł dotyczy postępowania logopedycznego w przypadku laryngektomii całkowitej, dlatego też ta metoda leczenia zostanie szerzej opisana. Całko-

¹ Chordektomia to zabieg polegający na usunięciu metodą np. laserową zaatakowanego przez nowotwór fałdu głosowego, wykonywany jest we wczesnym stadium zaawansowania choroby (Kamuda-Lewtak 2012: 518).

² Laryngektomia częściowa to zabieg chirurgiczny wykonywany w przypadkach wczesnego wykrycia nowotworu krtani lub w przypadku niewielkich nacieków nowotworowych. Zachowana zostaje funkcja oddechowa, fonacyjna i obronna krtani (Kamuda-Lewtak 2012: 519).

³ Często poprzedza radioterapię lub stosowane są jednocześnie. Zdarza się, że umożliwia zachowanie narządu. Stosowana jest przed laryngektomią, ale tylko wtedy, gdy nie stwierdza się przerzutów (Piotrowski 2002).

⁴ Laser molekularny CO₂, ze względu na właściwości, jest najczęściej stosowany w chirurgii endoskopowej krtani. Długość promieniowania 10,6 μm powoduje, że promień laserowy wnika płytko w tkankę, tnąc ją, a obszar destrukcji okolicznych tkanek jest minimalny. Duża moc promieniowania (do 50 W) powoduje nagłe odparowanie tkanek, nie dając obrzęku wokół. Zogniskowany promień lasera CO₂ jest precyzyjnie działającym nożem, rozogniskowany odparowuje większe powierzchnie tkanek, warstwa po warstwie, koagulując naczynia krwionośne o średnicy do 0,5 mm (Osuch-Wójcikiewicz 2002).

wite usunięcie krtani (*laryngectomia totalis* – ICD10-C32) dokonuje się w przypadku raka obustronnego, obejmującego jamę nagłośniową i podgłośniową (Bruzgielewicz 2002: 144). Pierwszy raz zabieg ten został wykonany w 1873 roku przez Theodora Billrotha. Najpierw wykonuje się tracheotomię, a następnie przez otwór w tchawicy następuje intubacja⁵. Zabieg polega na odcięciu krtani od góry od nasady języka i gardła oraz od dołu od tchawicy. Podczas zbiegu usuwana jest również kość gnykowa z przestrzenią przednagłośniową. Pozostawione ściany gardła dolnego pod odcięciem krtani zszywa się ze sobą, do przełyku zakłada się sondę odżywczą w celu wygojenia gardła. Pozostały kikut tchawicy na stałe zszywa się ze skórą szyi, tworząc przetokę zwaną tracheostomą (Kamuda-Lewtak 2012).

Utrata krtani wiąże się z wieloma aspektami anatomicznymi, funkcjonalnymi, psychicznymi, społecznymi i estetycznymi (tab. 1).

Tab. 1. Zmiany po usunięciu krtani

ZMIANY PO USUNIĘCIU KRTANI	ANATOMICZNE	usunięcie krtani ewentualne usunięcie innych elementów np. węzłów chłonnych pojawienie się tracheostomy
	FUNKCJONALNE	niemożność wykonywania wdechu i wydechu przez usta skrócenie i wdychanie nieoczyszczonego powietrza wdychanie nieogrzewanego powietrza brak nawilżania powietrza utrata odruchów nosowych utrata głosu i mowy fonicznej strata umiejętności dmuchania brak wężu niemożność chrapania brak możliwości zakrztuszenia podczas połykania upośledzenie odruchu kaszlowego utrudnienie parcia przy defekacji utrata możliwości naturalnego porodu
	PSYCHICZNE*	obniżenie samooceny depresja poczucie odrzucenia i osamotnienia lęk przed powrotem choroby
	SPOŁECZNE	możliwa utrata pracy** uzyskanie miana osoby „na rencie”, niepełnosprawnej, potocznie „kaleki” możliwe rozstania, rozwody, rozpad rodziny
	ESTETYCZNE	pojawienie się blizn przymus noszenia rurki tracheostomijnej i/lub apaszki chroniącej stomię

* Zmiany psychiczne możliwe, że się pojawiają, ale nie w każdym przypadku. Ponadto nie jest to zmiana stała, może być przejściowa.

** Osoby po laryngektomii całkowitej najczęściej uzyskują pierwszą grupę inwalidzką w postępowaniu rentowym. Nie dyskwalifikuje to jednak w wykonywaniu pracy dorywczej dostosowanej do możliwości i stanu laryngektomowanego.

Źródło: opracowanie A. Hamerlińska-Latecka. Zob. S. Okły (2007), *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, PZWL, Warszawa; A. Sinkiewicz (1997), *Rak krtani. poradnik dla pacjentów, logopedów i lekarzy*, Bydgoszcz.

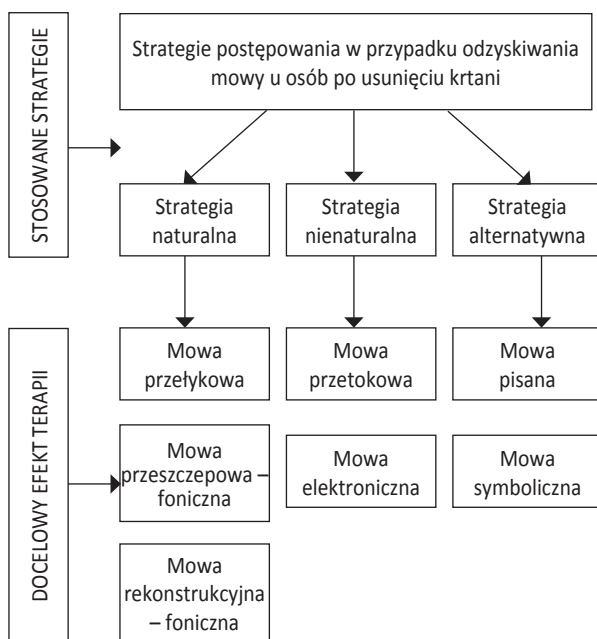
⁵ Zapewnienie drożności drogi oddechowej.

Metodyka logopedyczna w przypadku osób po usunięciu krtani

Szczególnie dużym wyzwaniem dla pacjentów po laryngektomii całkowitej jest wykształcenie nowego sposobu porozumiewania się. Na podstawie analizy literatury (por. Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny 2012; Okła 2007; Fruba 2002) zauważyć można, jak wiele zmieniło się w zakresie stosowania metod leczenia osób z zaawansowanym rakiem krtani. Na szczególną uwagę zasługuje rekonstrukcja krtani oraz jej przeszczep. Poza tym coraz powszechniej stosowane są protezy krtaniowe. Wykorzystywanie tychże metod leczenia nie pozostaje obojętne dla przebiegu terapii logopedycznej, która nie może opierać się już wyłącznie na wywoływaniu mowy przelykowej. Takie podejście byłoby ograniczające i zamykające na najnowsze osiągnięcia medycyny. Przyjmuje się zatem, że w postępowaniu logopedycznym w przypadku odzyskiwania mowy u osób po usunięciu krtani stosowane są trzy strategie:

- naturalna;
- nienaturalna;
- alternatywna (ryc. 2).

Ryc. 2. Strategie postępowania w przypadku odzyskiwania mowy u osób po usunięciu krtani

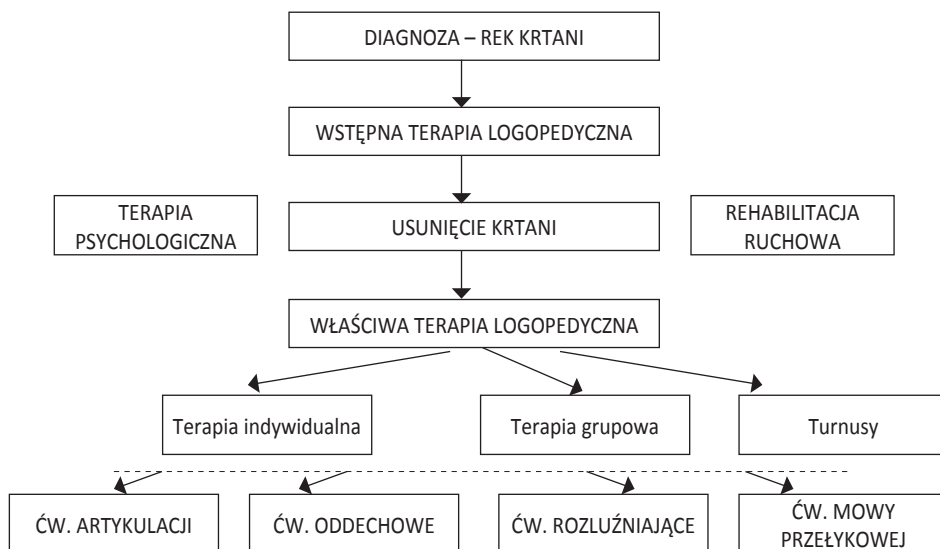


Źródło: opracowanie A. Hamerlińska-Latecka

Strategia naturalna w postępowaniu logopedycznym osób po usunięciu krtani to taka, w której do wywołania mowy wykorzystuje się zachowane, zrekonstruowane lub przeszczepione narządy, jednakże wszystkie są uznawane za organiczne, czyli pochodzenia tkankowego, wytworzone przez organizm ludzki, bez użycia ciała sztucznego. Wyróżnia się tu mowę: przelykową, przeszczepową i rekonstrukcyjną.

Mowa przełykowa to taka, w której po laryngektomii funkcję więzadeł głosowych przejmują tkanki miękkie u wejścia do przełyku. Wskutek ich wibracji powstaje fala dźwiękowa. Usunięcie krtani zmienia warunki aerodynamiczne, przez co trudno uzyskać odpowiednie ciśnienie niezbędne do fonacji. Warunki rezonancyjne, mające wpływ na wytwarzanie głosu, nie ulegają zmianie (Kozłowska 2015: 788; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 2001: 623). Niestety mowa przełykowa wyróżnia się pod wieloma względami: sama czynność mówienia jest męcząca i zmusza do częstych przerw w wypowiedzi, różni się od mowy fizjologicznej i jest zauważana przez otoczenie, odmienna jest barwa dźwięku mowy, jej siła i wysokość głosu, ogranicza możliwość zrozumiałego wyrażania emocji pozytywnych i negatywnych oraz słabo wykształcona utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym (por. Hamerlińska-Latecka 2015a). Mowa ta jest wywoływana w przypadku, kiedy nie ma protezy głosowej oraz nie przeprowadzono rekonstrukcji lub przeszczepu. Model terapii logopedycznej prowadzący do uzyskania mowy przełykowej dla osób po laryngektomii całkowitej przedstawiono na ryc. 3.

Ryc. 3. Model terapii logopedycznej prowadzący do uzyskania mowy przełykowej dla osób po laryngektomii całkowitej



Źródło: A. Hamerlińska-Latecka (2015b).

Zgodnie z prezentowanym modelem, jeszcze przed resekcją krtani należy zapoznać pacjenta z techniką oddychania torem przeponowo-żebrowym oraz wytłumaczyć mu mechanizm tworzenia dźwięcznego odbicia oraz próbować je wywołać⁶. Po operacji, po upłygnięciu 2–3 tygodni od zabiegu (Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny 2012), można rozpocząć właściwą terapię logopedyczną, która uwzględni takie elementy jak:

⁶ O ile chory nie odczuwa bólu.

- ćwiczenia oddechowe;
- ćwiczenia rozluźniające;
- ćwiczenia narządów układu stomatognatycznego;
- ćwiczenia mowy przełykowej (Hamerlińska-Latecka 2015)⁷.

Zajęcia rozpoczynają się od ćwiczeń oddechowych, następnie ćwiczeń rozluźniających obręcz barkową, kolejno ćwiczeń narządów kompleksu ustno-twarzowego a dopiero na końcu można skupić się na wywołaniu mowy przełykowej⁸. W celu uzyskania dźwięcznego odbicia stosowane są następujące metody:

- metoda wessania;
- metoda iniekcji;
- metoda połykania powietrza (por. Fabczak 2015; Żebryk-Stopa, Kuśnierkiewicz 2015; Sinkiewicz i in. 2009; Kowalczuk 1997; Pruszewicz 1992);
- metoda polisensoryczna (dotykowo-wzrokowo-słuchowa) (Hamerlińska-Latecka 2015a).

W metodzie wessania (inhalacji) podczas wdechu wytwarza się ujemne ciśnienie w klatce piersiowej i (przy otwartych ustach) powietrze jest przekazywane do przełyku. Kiedy odcinek gardłowo-przełykowy rozluźni się, ujemne ciśnienie przełyku powoduje wessanie powietrza z jamy ustnej do przełyku: nieznacznie uniesienie podbródka, lekkie cofnięcie żuchwy, usta i język zostają bierne podczas inhalacji. Oddychanie przez tchawicę jest zsynchronizowane. Ćwiczeniami wspomagającymi są: wzdychanie, ziewanie, gwizdanie, wciąganie powietrza przez słomkę (por. Kowalczuk 1997).

Metoda iniekcji (wstrzykiwania) odbywa się przy udziale warg, policzków i języka – tworzy się nadciśnienie wewnątrz jamy ustnej, co powoduje otwarcie odcinka gardłowo-przełykowego i wepchnięcie powietrza do przełyku; język przesuwając powietrze z jamy ustnej do tyłu i „wstrzykuje” je do przełyku. Pacjentowi można wydać następujące polecenie: „Stań, nadmij policzki i zdmuchnij ogień. Im częściej będziesz to robić, tym szybciej odczujesz «balon w ustach». Musisz go połknąć: wysuń wargi do przodu, zrób «rybi pyszczek» i nabierz powietrza, zamknij usta i zaciśnij lekko zęby. Przesuwaj «balon» językiem do tyłu i połknij go. Pomóż sobie policzkami. Następnie wypchnij powietrze z powrotem do góry próbując wydobyć dźwięk”. Dźwiękami umożliwiającymi start mowy przełykowej tą metodą są głoski: [p], [t], [k] (por. Kowalczuk 1997).

Stosując metodę połykania powietrza (metoda Sterna), można powiedzieć pacjentowi: „Wyobraź sobie, że nad Twoją głową wisi jabłko. Chcesz je zerwać i zjeść.

⁷ Ćwiczenia mowy przełykowej powinny być poprzedzone próbą manometryczną Seemana – pomiar ciśnienia słupa powietrza, jakie jest potrzebne do pokonania tonicznego zwarcia ust przełyku. Najkorzystniejsze dla mowy przełykowej jest ciśnienie 20–40 mm Hg, przy ciśnieniu 40–80 mm Hg spodziewać się należy dłuższego okresu rehabilitacji, a niepełnosprawni z ciśnieniem przełykowym ponad 80 mm Hg nie rokują opanowania mowy przełykowej (por. Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny 2012; Maniecka-Aleksandrowicz 2002; Kowalczuk 1997).

⁸ Warto mieć pewność, że pacjent jest gotowy zarówno fizycznie, jak i psychicznie do procesu rehabilitacji logopedycznej (Hamerlińska-Latecka 2015 b).

Stań i pochyl głowę, usta szeroko otwarte, język wyłożony na brodę, broda przywiedziona do szyi. Podnieś płynnym ruchem głowę do góry, zerwij językiem jabłko i połknij je” (Kowalczyk 1997).

Metoda polisensoryczna (dotykowo-wzrokowo-słuchową) polega na tym, by na początek stworzyć duet składający się z osoby dobrze mówiącej mową przełykową oraz z osoby dopiero się uczącej. Logopeda proponuje, aby osoba mówiąca przeczytała wybrany tekst lub powiedziała jakąś historyjkę, a osoba ucząca się:

- obserwowała mówiącego – pracę ciała, twarzy, szyi, jamy ustnej;
- dotknęła jego szyi, brzucha, klatki piersiowej;
- słuchała, jaki dźwięk powstaje i do którego ma dążyć (Hamerlińska-Latecka 2015).

Przy wywoływaniu *ructusu* warto podkreślać, żeby pacjent nie zatrzymywał powietrza w przełyku, tylko od razu je wypuszczał oraz że każde dźwięczne odbicie powinno być wykorzystane do tworzenia się głosu. Za startery mowy przełykowej uważa się głoski: [t], [k], [cz], [p], [c] oraz dźwięki: yyyych, ooooch, aaaach (por. Pruszewicz, Obrębowski, Kraśny 2012).

Po uzyskaniu dźwięcznego odbicia kolejne ćwiczenia przebiegają według schematu:

1. Wywołanie sylab otwartych.
2. Wprowadzenie sylab zamkniętych.
3. Realizacja logotomów, grup spółgłoskowych oraz sylab otwartych w połączeniu z grupami spółgłoskowymi.
4. Wydłużanie czasu fonacji.
5. Wprowadzenie spółgłosek dźwięcznych.
6. Realizacja wyrazów dwusylabowych (rozpoczynających się od spółgłosek).
7. Przechodzenie od wyrazów dwusylabowych do trzysylabowych.
8. Ćwiczenia wyrazów trzysylabowych.
9. Ćwiczenia samogłosek.
10. Ćwiczenia głosek nosowych.
11. Wydłużanie czasu fonacji i ekonomiczne wykorzystanie odbicia.
12. Uczynnianie rezonatorów.
13. Ćwiczenia akcentu i intonacji.
14. Eliminacja szmerów oddechowych.
15. Ćwiczenia utrwalające (Sinkiewicz i in. 2009).

Strategia naturalna w postępowaniu logopedycznym w przypadku osób po laryngektomii całkowitej obejmuje również cel, który stanowi mowa przeszczepowa – foniczna oraz rekonstrukcyjna – foniczna. Mowa przeszczepowa – foniczna występuje wtedy, gdy osoba po usunięciu krtani miała dokonany przeszczep krtani pochodzący od innego dawcy. O ile przeszczepiona krtani uzyska swoją funkcjonalność, o tyle będzie szansa na uzyskanie mowy fonicznej obciążonej zapewne dysfonią, ale mowa i głos będą powstawać w sposób naturalny. Mowa rekonstrukcyjna – foniczna pojawia się wtedy, gdy osoba po usunięciu krtani ma przeprowadzoną rekonstrukcję krtani z tkanek własnych. Podobnie jak w przypadku mowy

przeszczepowej – fonicznej szansa rozwinięcia głosu i mowy będzie uzależniona od przyjęcia przez organizm rekonstrukcji. Jest to tak unikatowe podejście w leczeniu raka krtani, że autorka niniejszego tekstu sygnalizuje tylko jego obecność, zamierza prowadzić badania w tym zakresie, których celem jest doprowadzenie do uzyskania standardów postępowania logopedycznego.

Drugą opisywaną strategią w terapii logopedycznej osób po resekcji krtani jest strategia nienaturalna, czyli taka, w której wykorzystywane są ciała pochodzenia obcego, jak na przykład proteza głosowa lub laryngofon. Mowa przetokowa jest wynikiem wytworzenia przetoki łączącej tchawicę z przełykiem i włożenia do niej protezy głosowej. Proteza głosowa jest to zastawka, która umożliwi przepływanie powietrza z płuc do przełyku. Jest jednokierunkowa, co znaczy, że uniemożliwia dostanie się treści pokarmowych i śliny z przełyku do płuc. Powietrze z płuc do przełyku dostaje się przy równoczesnym zasłonięciu otworu tracheostomijnego ręką lub specjalną przystawką. Powietrze z płuc wzburza błony śluzowe przełyku, tworząc głos (Okła 2007; Kozłowska 2015). W przypadku mowy przetokowej uważa się, że nauka mówienia właściwie nie jest konieczna, ponieważ proteza umożliwia mówienie krótko po zabiegu, a mowa jest często bardzo dobrze zrozumiała. Istnieją jednak sytuacje, w których osoba po laryngektomii ma trudności z koordynacją oddechu z mówieniem, dlatego też wsparcie ze strony logopedy może być wskazane. Z kolei mowa elektroniczna to mowa, którą uzyskuje się pod wpływem użycia elektronicznej krtani tzw. laryngofonu. Laryngofon to aparat wytwarzający falę wibroakustyczną, która po przedostaniu się do jamy ustnej jest modulowana i artykułowana, a następnie opuszcza ją jako zrozumiałe słowa (Kamuda-Lewtak 2008: 209). Mowa bywa słabo zrozumiała i skrzecząca, słuchacz musi się bardzo skupiać na przekazywanych informacjach w celu ich zrozumienia. Bywa, że logopeda wspomaga naukę mowy elektronicznej poprzez znalezienie najlepszego miejsca do wytwarzania dźwięku.

Trzecia strategia postępowania logopedycznego została nazwana alternatywną. Oznacza to, że nie ma możliwości wytworzenia głosu i mowy głośnej, słyszalnej, fonicznej czy eufonicznej. Wykorzystuje się zachowane umiejętności osoby laryngektomowanej, jak w przypadku mowy pisanej, czyli takiej, która jest nastawiona na użycie w komunikacji np. kartki i długopisu, lub mowy symbolicznej, czyli takiej, w której wykorzystuje się np. emotikony, piktogramy lub nawet język migowy.

Podsumowanie

Metodyka postępowania logopedycznego w przypadku osób po usunięciu krtani tak, jak dokonywane są osiągnięcia w medycynie, tak i ona ulega przeobrażeniom. Zapewne bardzo wartościowe jest uzyskanie mowy naturalnej, ponieważ wynika ona z samodzielnego wysiłku, którego podejmuje się człowiek. Poza tym jest ona także najbezpieczniejsza, gdyż zmniejsza się zagrożenie wystąpienia grzybicy, jak w przypadku protez; nie jest obciążona odrzuceniem – tak jak w przypadku nieprzyjęcia przeszczepu czy rekonstrukcji. Jednakże wykorzystywanie takich

sukcesów, jak np. protez, daje możliwość uzyskania umiejętności porozumiewania się bez większego wysiłku, co jest także warte docenienia. Na podstawie powyższego tekstu można wysnuć następujące wnioski czy też wskazania do prowadzenia terapii logopedycznej:

- należy opracować model terapii dla osób po przeszczepie, rekonstrukcji krtani;
- można również opracować wskazówki do nauki mowy przetokowej i elektro-
nicznej;
- można rozwijać komunikację alternatywną z naciskiem na symboliczną.

Bibliografia

- Bruzgielewicz A., 2002, *Leczenie chirurgiczne*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Bielsko-Biała, s. 143–175.
- Fabczak M., 2015, *Czy tylko głos utracony i odzyskany?* „Forum Logopedy”, nr 10, s. 4–5.
- Fruba J., 2002, *Operacje rekonstrukcyjne – płaty skórne uszypułowane i z zespoleniem naczyniowym*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Bielsko-Biała, s. 179–192.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.
- Hamerlińska-Latecka A., 2015a, *Onkologopedia – logopedia wobec chorób nowotworowych*, Bydgoszcz.
- Hamerlińska-Latecka A., 2015b, *Model terapii logopedycznej dla osób po laryngektomii całkowitej*, [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J. Bleszyński, D. Baczała, Toruń, s. 169–183.
- Hamerlińska-Latecka A., 2015c, *Mowa zastępcza. Psychologiczne spojrzenie na terapię logopedyczną osób po laryngektomii całkowitej*, „Forum Logopedy”, nr 10, s. 41–45.
- Hamerlińska-Latecka A., 2016, *Logopedia a metodologia nauk społecznych*, [w:] *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, red. I. Jaros, R. Gliwa, Łódź, s. 19–34.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., 2001, *Mowa laryngektomowanych*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. G. Jastrzębowska, T. Gałkowski, Opole, s. 796–807.
- Kamuda-Lewtak J., 2012, *Typologia zaburzeń mowy w chorobach nowotworowych krtani*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 515–527.
- Kamuda-Lewtak J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób laryngektomowanych*, „Logopedia”, 37, s. 208–215.
- Kiwerska K., Mielcarek-Kuchta D., Jarmuż-Szymczak M., Szyfter K., 2012, *Infekcja HPV jako alternatywna wobec palenia tytoniu droga rozwoju nowotworów głowy i szyi – jakie ma znaczenie dla pacjenta?* „Przegląd Lekarski”, nr 69/10, s. 1074–1078.
- Kowalczuk M., 1997, *Czy tylko... głos utracony i odzyskany?*, Białystok.
- Kozłowska M., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób laryngektomowanych*, [w:] *Logopedia, standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 781–797.
- Kubinowski D., Nowak M., 2006, *Wstęp*, [w:] *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*, red. D. Kubinowski, M. Nowak, Kraków, s. 7–14.

- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 32–45.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2015, *Wstęp*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 14–23.
- Okła S., 2007, *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, Warszawa.
- Okoń W., 1998, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa.
- Osuch-Wójcikiewicz E., 2002, *Kryteria wyboru metody leczenia*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Bielsko-Biała, s. 129–134.
- Pasz-Walczak G., Kordek R., 2006, *Powstanie i rozwój nowotworu*, [w:] *Onkologia dla stomatologów*, red. A. Jeziorski, Warszawa, s. 13–29.
- Piotrowski J., 2002, *Zasady chemioterapii raków płaskonabłonkowych*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Bielsko-Biała, s. 220–229.
- Pruszewicz A., 1992, *Laryngektomia całkowita*, [w:] *Foniatryka kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa, s. 187–197.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., Kraśny J., 2012, *Zasady rehabilitacji chorych po chirurgicznym leczeniu zmian nowotworowych krtani (całkowite i częściowe laryngektomie)*, [w:] *Wprowadzenie do neurologopedii*, red. A. Obrębowski, Poznań, s. 381–389.
- Sinkiewicz A., Owczarzak H., Winiarski P., Mackiewicz-Nartowicz H., 2009, *Rehabilitacja głosu i mowy po laryngektomii całkowitej*, [w:] *Pacjent po operacji krtani*, red. A. Sinkiewicz, Bydgoszcz, s. 63–91.
- Sinkiewicz A., 1997, *Rak krtani. Poradnik dla pacjentów, logopedów i lekarzy*, Bydgoszcz, 1997.
- Siuta J., 2005, *Metodologia nauk*, [w:] *Słownik psychologii*, red. J. Siuta, Kraków, s. 148–149.
- Zatoński W., Zatoński T., 2002, *Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Bielsko-Biała, s. 15–29.
- Żebryk-Stopa A., Kuśnierkiewicz D., 2015, *Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla logopedów pracujących z osobami po laryngektomii*, „Forum Logopedy”, nr 10, s. 32–38.

Methodology speech therapy after total laryngectomy

Abstract

The article addresses the methodology for speech therapy for patients after total laryngectomy. It takes into account the explanation of basic concepts: methods, methods and methodologies. It is then made description of the causes, treatments, and the consequences of the removal of the larynx. The main aim of this article is to present conduct speech therapy for patients after resection of the voice organ including the characteristics of the author's description of the strategy and methods made based on the analysis of literature.

Keywords: method, methodology, strategy, laryngeal cancer, speech therapy, esophageal speech, speech shunt, graft speech, speech reconstructive