

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

EVALUACE KVALITY ŽIVOTA NEMOCNÝCH PO TOTÁLNÍ
LARYNGEKTOMII

Bakalářská práce

Autor práce: Veronika Urbánková Nováková, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Iva Dubnová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Urbánková Nováková, DiS.
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Evaluce kvality života nemocných po totální laryngektomii
Vedoucí práce:	PhDr. Iva Dubnová
Cíl práce:	Zhodnotit kvalitu života nemocných po totální laryngektomii

Abstrakt

Bakalářská práce, jejímž tématem je hodnocení kvality života nemocných po totální laryngektomii, je členěna na kapitulu Současný stav problematiky a na kapitulu Výzkumná část. První zmíněná kapitola pojednává o charakteristice onkologického onemocnění, rizikových faktorech, symptomech, diagnostice a dělení nádorů obecně. Následně se zabývá ošetrovatelskou péčí o nemocné po totální laryngektomii. Zde je uvedena předoperační příprava, pooperační péče. V podkapitole ošetrovatelská péče o tracheostoma jsou uvedeny možnosti odsávání ze stomatu, popis výměny tracheostomické kanyly, typy tracheostomických kanyl, pomůcky pro nemocné po totální laryngektomii, možnosti hlasových mechanismů a končí kapitolou o kvalitě života onkologicky nemocných. Výzkumná část se zabývá výzkumným šetřením a následné zhodnocení kvality života nemocných po totální laryngektomii.

Klíčová slova

Kvalita života; nemocný; ošetrovatelská péče; rakovina hrtanu; tracheostomická kanyla; výzkum.

Abstract

The Bachelor's thesis focuses on evaluating the quality of life of patients after total laryngectomy. It comprises chapters on the current state of the issue and the research section. The first chapter discusses the characteristics of oncological diseases, risk factors, symptoms, diagnosis, and general tumor classification. It also addresses nursing care for patients after total laryngectomy, covering preoperative preparation, postoperative care, and specific aspects like tracheostomy care. The nursing care for tracheostoma includes suction options, tracheostomy tube replacement, types of tracheostomy tubes, aids for patients after total laryngectomy, voice prosthesis options, concluding with a chapter on the quality of life for oncology patients. The research section involves an investigation and subsequent evaluation of the quality of life for patients after total laryngectomy.

Keywords

Cancer of the larynx; Quality of life; Patient; Tracheotomy tube; Nursing care; Research.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 12. ledna 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní PhDr. Ivě Dubnové za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji manželovi za trpělivost a všestrannou podporu. V neposlední řadě děkuji respondentům, kteří mi poskytli cenné informace.

Obsah

Seznam obrázků.....	8
Seznam tabulek	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
1 Současný stav problematiky.....	13
1.1 Nádorové onemocnění hlavy a krku	13
1.1.1 Rizikové faktory nádorů hlavy a krku	13
1.1.2 Patofyziologie a symptomy nádorového onemocnění hlavy a krku	14
1.1.3 Příznaky nádorů.....	14
1.1.4 Diagnostika nádorů hrtanu	15
1.1.5 TNM klasifikace nádorů.....	15
1.1.6 MKN klasifikace	15
1.1.7 Léčba nádorů hrtanu	15
1.2 Ošetřovatelský proces u pacientů po totální laryngektomii.....	16
1.2.1 Předoperační příprava k totální laryngektomii	16
1.2.2 Pooperační péče po totální laryngektomii	17
1.3 Ošetřovatelská péče o tracheostoma	18
1.3.1 Možnosti odsávání dýchacích cest.....	19
1.3.2 Výměna tracheostomické kanyly	20
1.4 Typy tracheostomických kanyl	21
1.5 Pomůcky pro nemocné po totální laryngektomii.....	22
1.6 Náhradní hlasové mechanismy	22
1.6.1 Jícnový hlas.....	22
1.6.2 Elektrolarynx	23
1.6.3 Hlasová protéza.....	23
2 Kvalita života onkologicky nemocných	24
2.1 Kvalita života a klinická praxe	24
2.2 Kvalita života a výzkumné šetření	24
2.3 Kvalita života a potřeby jedince ve zdraví a nemoci	25
2.4 Kvalita života a onkologicky nemocný jedinec	25
3 Výzkumná část	27
3.1 Cíl výzkumu	27
3.2 Výzkumné otázky	27
3.3 Metodologie výzkumu.....	27
3.3.1 Výzkumný vzorek	28
3.3.2 Průběh výzkumu.....	29
3.3.3 Zpracování získaných dat	29

3.4	Rozbor výzkumného šetření.....	29
3.5	Výsledky výzkumného šetření.....	44
4	Diskuze	53
5	Návrh řešení a doporučení pro praxi	57
	Závěr	59
	Seznam použité literatury	61
	Seznam příloh.....	64

Seznam obrázků

Obrázek 1 Dvouplášťová tracheostomická kanyla bez obturační manžety	68
Obrázek 2 Desinfekční roztok	68
Obrázek 3 Nádoba s desinfekcí pro desinfekci tracheostomické kanyly	68
Obrázek 4 Čistící kartáček na tracheostomickou kanylu.....	69
Obrázek 5 Fixace tracheostomické kanyly originální balení	69
Obrázek 6 Fixace tracheostomické kanyly z obvazového materiálu.....	69
Obrázek 7 Podložka pod tracheostomickou kanylu	69
Obrázek 8 Lubrikační gel na tracheostomickou kanylu	70
Obrázek 9 Štětka na aplikaci lubrikačního gelu	70
Obrázek 10 Odsávací přístroj, odsávací cévky	70
Obrázek 11 Desinfekční roztok	71
Obrázek 12 Ochranný krém	71
Obrázek 13 Fixační pásek	72
Obrázek 14 Podložka pod tracheostomickou kanylu.....	72

Seznam tabulek

Tabulka 1 Stručné informace o respondentech	29
Tabulka 2 Potíže související s nádorovou infiltrací	45
Tabulka 3 Vnímání nemoci z pohledu nemocného a okolí	45
Tabulka 4 Fyzická aktivita před a po operačním výkonu	46
Tabulka 5 Potíže při vykonávání biologických potřeb	47
Tabulka 6 Kouření před a po operačním výkonu	47
Tabulka 7 Náhradní hlasové mechanizmy. Spokojenost s vybranou variantou řeči	48
Tabulka 8 Informovanost ohledně využití pomoci psychologa	48
Tabulka 9 Péče o tracheostoma a tracheostomickou kanylu	49
Tabulka 10 Potíže při výměně tracheostomické kanyly	50
Tabulka 11 Potíže související s odsáváním z tracheostomatu	50
Tabulka 12 Složitost zajišťování pomůcek	51
Tabulka 13 Informovanost ohledně využití pomoci domácí péče	51

Seznam zkratek

CmH ₂ O	Centimetry vodního sloupce (tlak)
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiograf
FNUSA	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
GDPR	Obecné nařízení o ochraně údajů (General Data Protection Regulation)
MmHg	Milimetry rtuti (tlak)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
ORL	Ušní, nosní, krční (otorinolaryngologie)
P	Puls/tep (srdeční frekvence)
PVC	Polyvinylchlorid
RTG	Rentgenové záření
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SpO ₂	Saturace arteriální krve kyslíkem
TK	Tlak krve
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	Světová zdravotnická organizace (World health organization)

Úvod

Kvalita života je dána různými aspekty jedince a její hodnocení je velice individuální. Tato bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života jedinců po absolvování chirurgického odstranění hrtanu z důvodu diagnostikované maligní nádorové infiltrace tohoto orgánu. Infiltrace může začínat nenápadnými, prvotními, příznaky jako je kašel, změna hlasu – hrubší hlas, necílený váhový úbytek, otoky na krku, pobolívání v krku při polykání či pocit cizího tělesa v krku trvající minimálně tři týdny. Přestože se dle Kubešové (2020) uvádí, že rakovina hlavy a krku zaujímá místo mezi sedmi nejčastěji diagnostikovanými nádory, široká veřejnost často nemá ponětí o možnosti vzniku tohoto onemocnění. Mnohdy právě z důvodu nespecifických příznaků vyhledá pomoc lékaře víceméně 60 % nemocných s rakovinou hrtanu pozdě. V České republice každoročně přibývá 8,4 nových onemocnění s karcinomem hrtanu na 100 tisíc obyvatel. Z tohoto počtu je zhruba 1/3 nemocných léčena totální laryngektomií. Incidence je 10krát častěji u mužů ve věku od 40–70 let (Slouka, 2015).

V teoretické části bakalářské práce je předložen současný stav zhoubného onemocnění hlavy a krku. Zmiňuje rizikové faktory onemocnění, příznaky, diagnostiku, léčbu a ošetrovatelský proces nemocných s tracheostomií. V druhé kapitole je popsán ošetrovatelský proces u nemocných s tracheostomií a náhradní hlasové mechanismy. Následuje kapitola zaměřující se na kvalitu života onkologicky nemocných jedinců a jejich potřeby.

Ve výzkumné části je zpracováno kvalitativní výzkumné šetření pomocí strukturovaného rozhovoru s respondenty. Výzkum má za úkol dosáhnout cíle práce, a to evaluaci (hodnocení) kvality života nemocných po totální laryngektomii. Respondenti byli tři muži a tři ženy věkového průměru 65 let. Průměrná doba po operačním zákroku činila 5,5 roků. Dva dotazovaní užívali ke komunikaci elektronický vibrující přístroj (elektrolarynx). Dva respondenti komunikovali pomocí hlasové protézy a další dva dotazovaní jako náhradní mechanismus používali ruktus (jícnovou řeč). Výzkumné šetření je provedeno anonymně se slovním souhlasem respondentů a se souhlasem vedení zdravotnického zařízení, které část respondentů navštěvovalo v rámci dispenzární onkologické kontroly a ambulance pro poruchy hlasu. Rozhovorem je šetřeno, v jaké oblasti dotazovaní pociťují změnu kvality života, s jakými obtížemi se případně potýkají ohledně výměny tracheostomické kanyly a péče o tracheostoma. Součástí výzkumné části je doslovný přepis rozhovoru každého respondenta. Otázky a výsledky rozhovoru jsou následně pro přehlednost přeneseny do tabulek.

Motivace

Důvodem zpracování problematiky nádoru hrtanu a následné zjišťování změny kvality života nemocných s tímto onemocněním, bylo setkávání se s těmito nemocnými v rámci pracovního procesu na ORL ambulanci, a sice při prvopočáteční diagnostice onemocnění, kdy nemocní udávali pro ně nepodstatné potíže. Mnohdy bylo z endoskopického vyšetření zřejmé, že nádor je v tak velkém rozsahu, že nezbývá jiná možnost léčby, nežli celé odebrání hrtanu. V tuto chvíli se ošetřující personál zaměřuje na samotné nádorové onemocnění. Psychická stránka nemocného může být zastíněna. Proto mě zajímalo, jak nemocní vnímají obtíže po operačním výkonu, zda je pro ně těžké se začlenit do společenského života. V jaké míře a v jaké oblasti se pro ně změnila kvalita života a jak vnímají život s tracheostomickou kanylou.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života nemocných po totální laryngektomii. Výsledný výstup může dopomoci zdravotnickému personálu ukázat jinou stránku potíží nemocných a ucelit informace, které nemocným chybí v rámci péče o tracheostoma a tracheostomickou kanylu.

1 Současný stav problematiky

Karcinom hrtanu se obecně řadí mezi nádorové onemocnění hlavy a krku. Rovněž je nejčastějším a značně závažným nádorovým onemocněním v otorinolaryngologii. Nejběžnějším zhoubným nádorem hrtanu je spinocelulární karcinom. Tvoří zhruba polovinu všech maligních nádorů v krčním lékařství (Slouka, 2015). Tento karcinom má za následek zhoubné prorůstání do dlaždicových buněk v epitelové tkáni na povrchu sliznice (NZIP, 2024). Zasaženými jedinci tímto typem karcinomu jsou dle Hermannové, Zábrodského a Haluzníkové (2016) v mnoha případech lidé z nižší společenské třídy, kteří nedbají na potřebnou hygienu dutiny ústní, jimiž jsou znační kuřáci spolu s abúzem alkoholu. V takovéto kombinaci je výskyt infiltrace v orofaciální oblasti vyšší až 5–10krát. Předpoklad výskytu karcinomu hrtanu u kuřáků je 5–25krát vyšší nežli u nekuřáků. Důležitým faktorem je také dostatečná nutrice nemocných. Malnutrice je příčinou exitu zhruba u 35 % postižených karcinomem hrtanu. Vošmik a Klozar (2016) uvádějí roční přírůstek onemocnění s touto diagnózou 500 osob, častěji muži ve věku 55–75 let. Zhruba 280 postižených ročně umírá. Prevence vyplývající z výše uvedeného je omezená. Nejvhodnější by byla úplná abstinence alkoholu a kouření, vyvážená životospráva, pohyb úměrný fyzické kondici a věku, eliminace stresu (Tancerová, 2020).

1.1 Nádorové onemocnění hlavy a krku

Zhoubné nádory jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí v České republice. Nádorová onemocnění hlavy a krku patří mezi vzácnější onkologické diagnózy, avšak jejich počet narůstá (Šlampa et al., 2016). Ovlivňují jedince v oblasti dýchání, polykání, příjmu potravy a postižení řeči, což má za následek částečné až úplné vyčlenění ze společenského života (Smilek et al., 2015).

1.1.1 Rizikové faktory nádorů hlavy a krku

Vznik nádorů hlavy a krku má souvislost s vnitřními a vnějšími rizikovými faktory, kterými jedinec disponuje. Značnou část rizikových faktorů představují exogenní (vnější) vlivy. U dlaždicobuněčného karcinomu hrtanu je na předním místě kouření cigaret, vzápětí následuje abúzus alkoholu. U kouření cigaret působí na sliznici dutiny ústní, zvláště pak na sliznici hlasivek, právě dehet (Smilek et al., 2015). Kouření konopí představuje vyšší riziko ve vzniku nádorového onemocnění, nežli kouření z tabáku a to proto, že kouření z marihuany má až o 50 % vyšší koncentraci benzyrenu (Vorlíček et al., 2012). Alkohol usnadňuje propustnost karcinogenních látek do buněk, u nichž může dojít k malignímu bujení. Požívání alkoholu, u něhož je riziková složka etanol, je podmíněno jeho množstvím, nikoliv koncentrací. Pokud jedinec tyto dvě rizikové látky užívá současně, možnost onemocnění se zvyšuje až 300krát (Šlampa et al., 2016).

Mezi další významný etiologický faktor, který může vést k nádorovému onemocnění dutiny ústní, se řadí virová infekce, zvláště human-papilomavirus (HPV). Lidský papilomavirus (HPV) patří mezi sexuálně přenosné infekce a při vyšším počtu sexuálních partnerů se možnost nakažení zvyšuje. Postihuje zejména tonzily. Každopádně je diagnostikován i u malého procenta laryngeálních tumorů (Šlampa et al., 2016). Slouka (2015) uvádí, že dalšími rizikovými faktory podílející se na vzniku karcinomu hrtanu, mohou být nesprávné a nadměrné užívání hlasu, chronická laryngitida,

chronický gastroezofageální reflux, nedostatečná nutrice až malnutrice a v neposlední řadě nesprávně pracující imunitní systém jedince.

„Typický pacient s karcinomem horních cest dýchacích a polykacích je muž nad 50 let, kuřák, alkoholik, svobodný nebo rozvedený, často nezaměstnaný, žijící na okraji společnosti“ (Smilek, 2015, s. 39).

1.1.2 Patofyziologie a symptomy nádorového onemocnění hlavy a krku

Definice pro nádorové onemocnění se u mnoha autorů různí. Mačák (2022) předkládá, že podstatou vzniku nádoru je vybočení z kontrolních mechanismů řídících normální růst tkání. Nádorové buňky nereagují na podněty ostatních okolních buněk a tkání, proto dochází k nekontrolovanému bujení, zároveň také dochází k fyziologickému odumírání buněk. V široké veřejnosti se hojně, i když nesprávně, užívá pojem rakovina. Rakovina je označení pro zhoubné epitelové nádory.

Podle biologických vlastností se nádory obecně dělí na:

- benigní (nezhoubné) – rostou pomalu, jsou ohraničené, dobře hmatné, nemetastazují; jejich chirurgická léčba bývá v mnoha případech bez komplikací a znovu se neobjevují,
- intermediární – mají lepší prognózu nežli maligní nádory, avšak mohou recidivovat či metastazovat do okolí,
- maligní (zhoubné) – prorůstají do okolních tkání, recidivují, metastazují, rostou neohraničeně, odstranění není ve většině případů jednoduché (Mačák, 2022).

Nádory hrtanu mohou mít na tomto orgánu různé umístění. Umístění je důležité v rámci diagnostiky, neboť se liší příznaky, šířením do okolí a také prognózou.

Dle lokalizace rozeznáváme tumory *glotické* (umístění na hlasívkách), *supraglotické* (umístění na ventrikulárních řasách, na hrtanové příklopce nebo na aryepiglotických řasách) a *subglotické* (pod hlasívkami a volně navazující na tracheu) (Slouka, 2015).

1.1.3 Příznaky nádorů

Jak bylo zmíněno výše, příznaky nádorového bujení závisí na lokalizaci daného nádoru. Mezi obecné symptomy, které jsou společné všem postiženým lokalizacím hrtanu, patří dlouhodobá únava, subfebrilie, nechtěný úbytek hmotnosti. V případě, kdy je nádor v pokročilém stádiu, objevuje se vykašlávání krvavého sputa, nekrotizace a sekundární infekce. Příznaky supraglotických tumorů (incidence v České republice do 50 % případů karcinomu hrtanu) jsou uváděny bolest při polykání, škrábání v krku, pocit cizího tělesa v krku. Pokud nádor postihuje jazyk, objevuje se bolest při pohybu jazyka. Při značném rozšíření nádoru se objevuje foetor ex ore, krvácení. U nádorů glottis (incidence v České republice přes 50 % případů karcinomu hrtanu) je typickým příznakem zhoršená kvalita hlasu a chrapot. Symptomy subglotických tumorů, u nichž se nejčastěji projevuje dušnost a vykašlávání krve (v České republice 3–5 % všech případů), se obecně ukazují pozdě. V tomto případě se jedná v mnoha případech již o pokročilé stadium rakoviny (Slouka, 2015). Obecně je doporučeno navštívit ORL lékaře v případě, kdy jedinec chraptí déle jak 3 týdny (Hahn, 2018).

1.1.4 Diagnostika nádorů hrtanu

Primárním vyšetřením pro stanovení diagnózy onemocnění patří anamnéza, zvláště pak zjištění rizikových faktorů jedince a délky trvání příznaků. Vyšetření probíhá prohlédnutím dutiny ústní. Následuje nepřímá laryngoskopie, což je základní vyšetřovací metoda hrtanu, při němž je použito laryngeální zrcátko.

Ve většině případů se provádí přímá laryngoskopie pomocí flexibilního fibrolaryngoskopu. Vyšetření ukazuje nejen místo a rozsah novotvaru, ale také pohyblivost hlasivek. Při flexibilní fibrolaryngoskopii lze sliznici vyšetřit filtrovaným světlem, kdy se používá modré a zelené světlo. Světlo zobrazuje tenké slizniční cévy, čímž je možné stanovit, zda se jedná o nezhoubnou nebo začínající zhoubnou sliznici. Po tomto vyšetření je doporučeno mikrolaryngoskopické vyšetření v celkové anestezii, které ukazuje rozsah a šíření tumoru. Současně je odebrán vzorek pro histologické vyšetření, jímž se ověří předpokládaná diagnóza. CT s podáním kontrastní látky je jedním z nejvýznamnějších zobrazovacích metod pro stanovení onemocnění. V neposlední řadě také ultrazvuk krčních uzlin pro zjištění přítomnosti metastáz. Zde je možné provést i cytologický odběr vzorku z dané uzliny (Hahn et al., 2018).

1.1.5 TNM klasifikace nádorů

TNM klasifikace zhoubných nádorů patří mezi přední základní mezinárodní klasifikační systém pro onkologii. Popisuje anatomický rozsah nádorového onemocnění v místě primárního nádoru (T – primární tumor), v oblasti spádových uzlin (N – místní lymfatické uzliny) a vzdálených metastáz (M – metastázy). Hodnoty T, N, M určují klinické stadium onemocnění. Rozsah nádorového bujení se vymezuje přidělením čísla za písmeno. Čím vyšší číslo je udáváno, tím je vyšší rozsah šíření. V případě, kdy není možné klasifikovat šíření tumoru, přidává se písmeno X. U tumoru (T) je hodnocení 0, 1, 2, 3, 4, X. K lymfatickým uzlinám (N) se řadí číslo 0, 1, 2, 3, X. Pro vzdálené metastázy se přidává číslo 0, 1, X (Vorlíček et al., 2012). TNM klasifikaci vydává Unie pro mezinárodní kontrolu rakoviny (The Union for International Cancer Control – UICC). V České republice sběr dat onkologicky nemocných provádí Národní onkologický registr (ÚZIS ČR, 2023).

1.1.6 MKN klasifikace

Dle portálu MKN-10 2023 (2023): „*Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN), v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), je publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností.*“ MKN se používá k převodu diagnóz nemocí a jiných zdravotních problémů ze slovní podoby do alfanumerického kódu, což umožňuje snadné uložení, vyhledávání a analýzu dat (ÚZIS ČR, 2019). Pro onemocnění, kterým se zabývá bakalářská práce, tedy diagnóza karcinom hrtanu, je v MKN klasifikaci stanoven kód C32 – zhoubný novotvar hrtanu (ÚZIS ČR, 2022).

1.1.7 Léčba nádorů hrtanu

Jakmile je histopatologem stanovena onkologická diagnóza, v tomto případě C32, je jedinci doporučeno provést soubor vyšetření (interní vyšetření, ultrazvuk břicha, RTG srdce a plic,

stomatologické vyšetření, u mužů urologické vyšetření, u žen gynekologické vyšetření), pro vyloučení případných metastáz a možnosti provést vhodnou léčbu, která mu je navržena v rámci indikační onkologické komise daného pracoviště. Na této komisi je přítomen nemocný jedinec, otorinolaryngolog, onkolog, radiodiagnostik a plastický chirurg (FNUSA, 2022). Dle místa a rozsahu nádoru a dle přítomnosti metastáz do spádových uzlin se nemocnému navrhne léčba chirurgická, aktinoterapie, kombinace chirurgické léčby a aktinoterapie nebo kombinace systémové cytostatické chemoterapie a aktinoterapie (Hahn et al., 2018).

1.2 Ošetřovatelský proces u pacientů po totální laryngektomii

První úplné odstranění hrtanu bylo provedeno již v roce 1873 dr. Billrothem ve Vídni. I v dnešní době představuje tato operace mnohdy jediné možné řešení v léčbě pokročilého stádia nádoru hrtanu. Výkon, při kterém se definitivně odstraní hrtan, způsobí trvalé oddělení polykacích cest od dýchacích. Polykání je po operačním výkonu dále možné fyziologickou cestou. Dýchání je ovšem nahrazeno uměle vytvořeným vývodem – trvalou tracheostomií. Po odstranění hrtanu dochází také k trvalé ztrátě hlasu. Totální laryngektomie tak značně zasahuje do celkového života nemocného, a to na úrovni osobního života, pracovního zařazení, ztráty komunikace (Šlampa et al., 2016).

1.2.1 Předoperační příprava k totální laryngektomii

Jakmile je nemocnému sdělena diagnóza a stanovena léčba, se kterou souhlasí, nastává doba přípravy na samotnou operaci. V rámci dlouhodobé přípravy by měl být zdravotnický personál, lékařský i ošetřovatelský, k dispozici a seznámit jej s prognózou, průběhem léčby, případnými komplikacemi a co je nejdůležitější, opakovat citlivě informaci, že nemocný přijde o celoživotní ztrátu hlasu a nabízet mu možnosti hlasové náhrady. Vzhledem k anamnéze nemocných, jež jsou povětšinou alkoholicí, s tím spojená malnutrice, která může zhoršit průběh hojení, nevalný zájem o hygienu, kuřáci, je třeba informace stále zdůrazňovat a tím přimět nemocného k aktivní spolupráci, k důvěře ve zdravotnický personál. Ztráta hlasu a tím ztráta verbální komunikace, s čímž souvisí změna ve společenském postavení, představuje pro jedince největší nesnáz do budoucna. Dále péče o tracheostomickou kanylu, nácvik výměny tracheostomické kanyly, odkšlávání hlenů tracheostomatem místo ústy, změna dýchání. Bezprostředně po operačním výkonu bude zajištění výživy a tekutin nasogastrickou sondou, případně perkutánní endoskopickou gastrostomií, postupná mobilizace z lůžka, možnosti podání analgetik. I v tomto případě je nutnost zdravotnického personálu nemocného edukovat. Co se týče komunikace, má nemocný obavu, jak se se zdravotnickým personálem dorozumí ohledně svých potřeb. Opět je zde na místě edukace o poskytnutých nonverbálních prostředcích, kterým je nejen signalizační tlačítko u lůžka, ale i papír a tužka, jež může použít. Zde je vhodné nemocného poučit o potřebě trpělivosti jak k sobě samému, tak i k personálu (Slouka, 2015). Další dlouhodobá předoperační příprava je shodná se základní plánovanou přípravou k chirurgickému zákroku.

Chirurg odesílá nemocného k internímu lékaři, který mu zajišťuje potřebná vyšetření k operaci. Jedná se o předoperační interní vyšetření zahrnující EKG, RTG srdce a plic, laboratorní vyšetření zaměřené na krevní obraz, biochemii, krevní skupinu s Rh faktorem, koagulační vyšetření, vyšetření močového sedimentu, cukru a acetonu v moči, měření fyziologických funkcí, fyzikální vyšetření (Slezáková, 2019).

V rámci krátkodobé a bezprostřední předoperační přípravy je třeba připravit operační pole – nemocný musí být oholen, po celkové hygieně. Prevence tromboembolické choroby je zajištěna zabandážováním dolních končetin a podáním antikoagulantů. Profylakticky jsou aplikovány antibiotika (Slouka, 2015).

U diabetika spočívá příprava k operaci odesláním nemocného do diabetologické poradny, kde je proveden velký glykemický profil. Dle výsledků lékař stanoví užití perorálních antidiabetik případně dávky inzulínu. Nemocného je třeba hospitalizovat o den dříve před chirurgickým zákrokem, kdy se provádí glykemický profil a je zajištěn žilní vstup. Diabetik dodržuje lačnění, nesmí se mu podat nic per os, a to ani perorální antidiabetika. Vše je podáváno parenterální cestou. Diabetik je zařazen do operačního programu na první místo. Nutno mít na paměti, že nemocný trpící diabetem může mít více pooperačních komplikací. Toto je třeba sdělit i samotnému nemocnému (Slezáková, 2019).

1.2.2 Pooperační péče po totální laryngektomii

Nemocný je po operačním výkonu sledován buď na dospávacím pokoji, pooperačním pokoji nebo na jednotce intenzivní péče, dle specifikace nemocnice. Je uložen do Fowlerovy polohy (vyvýšená horní polovina těla). Pokoj má určité požadavky na vybavení – monitor vitálních funkcí, zvlhčovač vzduchu, nebulizátor, odsávací přístroj. Pomůcky k jednorázovému použití k odsávání z tracheostomatu jsou nesterilní rukavice, ústenka, odsávací cévky, jednotlivě sterilně balené, různých velikostí, buničitá vata, emitní miska, sběrný sáček k nasogastrické sondě. Jakmile je možné nemocného mobilizovat, je třeba mít na paměti nutnost fixace hlavy a krku ošetřujícím personálem. Včasnou vertikalizací se předchází vzniku tromboembolické nemoci (Slouka, 2015).

Výživa je první pooperační den zajištěna pravidelným podáním tekutin po malých dávkách. Jakmile nemocný tekutiny akceptuje, přechází se na umělou výživu, která by měla být nutričně vyvážená, čímž se předchází riziku komplikací hojení operační rány. Výživu v prvních dnech zajišťuje ošetrovatelský personál, který zároveň edukuje nemocného ohledně aplikace stravy do nasogastrické sondy. Postupně je nemocný v podávání výživy do nasogastrické sondy soběstačný. Sonda se odstraňuje zhruba 9.–12. pooperační den. Poté nemocný přijímá kašovitou stravu per orálně. Následně se přechází na stravu pevnou. Potíže s polykáním ustupují. Nemocný je poučen v péči o sebe sama, v péči o tracheostomickou kanylu. Komplikace mohou nastat, pokud má nemocný v anamnéze abusus alkoholu či kouření, dochází k abstinčním příznakům. Takovýto stav vede k agresivitě ze strany pacienta, což spolupráci s ošetrovatelským personálem zhoršuje.

První převaz operační rány se provádí na lůžku. Je zkontrolováno sešití rány a její okolí, průchodnost Redonových drénů, provedena toaleta dýchacích cest a výměna tracheostomické kanyly. Na operačním sále chirurg zavádí nemocnému tracheostomickou kanylu s těsnicí manžetou, která je následně vyměněna za kanylu bez těsnicí manžety a to v případě, že nedochází k zatékání do dýchacích cest. Kanylu bez těsnicí manžety používá nemocný po celý život. Aby mohl nemocný v domácím prostředí fungovat samostatně, neboť mnohdy nemá nikoho, kdo by mu dopomohl, je třeba osvojit si péči o tracheostoma, o kanylu a výměnu kanyly. Pro nemocného je počáteční nácvik výměny kanyly psychicky náročný, má obavu, že se udusí. Proto je třeba nácvik provádět opakovaně za kontroly ošetrovatelského personálu a nejlépe

před zrcadlem. Při propuštění je vhodné, a pokud je to možné, aby výměnu tracheostomické kanyly zvládal i rodinný příslušník (Slouka, 2015). Jestliže nemocný žádného nemá, sdělíme nemocnému informaci, že může přes obvodního lékaře, u kterého je registrovaný, žádat pomoc z domácí péče (MZ ČR, 2022). Při propuštění do domácí péče je nemocný edukován o vhodnosti výměny kanyly minimálně 1× za den. Je třeba mít vždy připravenou druhou kanylu náhradní pro případ obturace ústí kanyly krustou. Později někteří nemocní kanylu během dne neužívají. Nutno je zdůraznit, aby nemocný nepobýval v suchém, chladném a prašném prostředí, jež následně hrozí riziko vzniku tracheitidy. Do tracheostomie by se neměla dostat voda či jiné nečistoty. Nemocný je vybaven základním balíčkem pomůcek – tracheostomická kanyla vhodné velikosti, fixační tkanice, pomůcky na čištění tracheostomické kanyly – kartáček, desinfekce, obvazový materiál (Kapounová, 2020). V neposlední řadě je nemocnému sděleno, že v rámci provedené totální laryngektomie, tím pádem tracheostomie, nelze smrkat, má nedostatečný čich, tím pádem nemusí cítit tzv. varovné signály z okolí, což může být kouř, plyn, nebezpečné výpary, při nedostatečné hlasové rehabilitaci mohou mít problém zavolat telefonem o pomoc. Tracheostomie může mít za následek častější zácpy a to proto, že se nedovírá glottis. Nemocný by měl být obezřetný, i co se týče samotného krku, kde byla provedena bloková disekce. V tomto místě jsou životně důležité cévy, které jsou přímo pod kožním krytem. Může dojít k poraněním cév, např. napíchnutí o větev při procházce (Chrobok et al., 2004).

V rámci dlouhodobé ošetrovatelské péče je nemocnému nabídnuta možnost využít jiné způsoby využití tvorby hlasu bez hlasivek. Tyto možnosti jsou nazývány jako „náhradní hlasové mechanismy či prostředky“. Patří mezi ně jícnový hlas, elektrolarynx a hlasová protéza (Šlampa et al., 2016). Hlasová náhrada zajišťuje kvalitnější život nemocného.

Tímto však pooperační péče nekončí. Nemocný je zván na dispenzarizační kontroly v pravidelných intervalech. Na kontrolách jsou nemocnému předepisované tracheostomické kanyly a další příslušenství (Slouka, 2015).

1.3 Ošetrovatelská péče o tracheostoma

Tracheostomie je chirurgické zajištění dýchacích cest umělým vyústěním průdušnice na povrch těla jakoukoli metodou. Neodborně řečeno – vyšita ke kůži krku. V mnoha případech je prováděna jako plánovaný chirurgický výkon. Podle délky či doby zajištění dýchacích cest se užívá pojem dočasná, u které je možnost pozdější dekanylace a trvalá, což je permanentní, např. u pacientů po totální laryngektomii (Přecechtělová, 2013).

Výkon pro provedení tracheostomie se dělí dle naléhavosti na urgentní (dýchací cesty nelze zajistit jinou možností) a plánovaný. Podle délky či doby zajištění dýchacích cest se užívá pojem dočasná (možnost pozdější dekanylace) a trvalá (permanentní, např. u pacientů po totální laryngektomii). Tracheostomie se provádí buď klasickou chirurgickou metodou, nebo punkční dilatací (Ševčík, 2014).

Indikace k provedení tracheostomie:

Klasické (otorynolaryngologické) – obstrukce dýchacích cest (např. rozsáhlé tumory, vrozené anomálie, pooperační stavy po rozsáhlých ORL výkonech, stomatologické výkony).

Rozšířené (intenzivní/resuscitační) – umělá plicní ventilace (u nemocných s předpokladem dlouhodobého zajištění dýchacích cest tracheální intubací; zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory (nemocný nemá vlastní kontrolu nad dýcháním).

Primárním úkolem nejen ošetrovatelského personálu, ale také případných rodinných příslušníků je u nemocných s tracheostomií, zde po totální laryngektomii, udržet volné dolní dýchací cesty nezbytné pro dostatečnou výměnu plynů. Odsávání z dýchacích cest, neboli toaleta, se provádí jak v akutní péči, tak i subakutní dlouhodobé, a také v péči domácích. V rámci toalety dýchacích cest je také třeba udržovat průchodnou a čistou tracheostomickou kanylu a okolí tracheostomie bez macerace. Všechny úkony, které se provádějí v rámci tracheostomie, se provádí sterilně (Chrobok et al., 2004).

Kompetence z odsávání z dýchacích cest zahrnuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů a to konkrétně § 4 písmeno f (Zákony pro lidi, 2022).

1.3.1 Možnosti odsávání dýchacích cest

Toaleta dýchacích cest je úkon, u něž dochází k odsávání sekretu z dýchacích cest. Patří mezi základní výkon zdravotnického personálu pracujících s nemocnými s tracheostomií (Línková et al., 2021).

Pasrija a Hall (2023) uvádí, že v rámci několika klinických studií bylo prokázáno odsávání dle potřeby nemocného nebo dle klinických parametrů nemocného, včetně pulzní oxymetrie, dechové frekvence, charakter sekrece v dýchacích cestách. Dostatečné odsávání z tracheostomie má za úkol snížit obstrukci dýchacích cest a výskyt atelektázy, která vede k hypoxémii. V článku také zmiňuje Americkou asociaci pro respirační péči (American Association of Respiratory Care), která nedoporučuje používání fyziologického roztoku k laváži dýchacích cest.

Toaletu dýchacích cest lze rozdělit podle druhu odsávacího systému a podle hloubky zavedení odsávací cévky. Dle druhu odsávacího systému je toaleta dýchacích cest dále dělena na odsávání uzavřeným odsávacím systémem, kdy je sterilní cévka součástí firemně vyráběného setu pro uzavřený dýchací okruh. Nemocný není odpojen od ventilátoru. Doba použití setu pro uzavřený odsávací systém je daná výrobcem. Obvykle se jedná od 24–96 hodin (Kapounová, 2020). Další možnost odsávání je pomocí otevřeného odsávacího systému, u něž je použita odsávací cévka ze sterilního balení (Kapounová, 2020). Hloubka odsávací cévky je specifikována hlubokým odsáváním. Odsávací cévka je zavedena k bifurkaci průdušnice. V tomto místě je cévka zhruba o 1 cm povytažena a až poté nastává samotná toaleta dýchacích cest. Další možnost je povrchové odsávání. Zde je odsávací cévka zavedena pouze pod dolní konec tracheostomické kanyly (Línková et al., 2021).

Pomůckami pro odsávání z dýchacích cest uzavřeným způsobem jsou jednorázový empír či zástěra, rukavice, ústenka, sterilní odsávací cévka, která je součástí firemně vyráběného setu pro uzavřený dýchací okruh.

Mezi pomůcky pro odsávání dýchacích cest otevřeným způsobem patří jednorázový empír nebo zástěra, ústenka, brýle, rukavice, jednotlivě balené, sterilní odsávací cévky volené dle

velikosti tracheostomické kanyly a charakteru sputa (cévka nesmí uzavírat více jak 2/3 ústí tracheostomické kanyly), sterilní pinzeta ze 2/3 ponořená do sterilní nádoby s dezinfekčním roztokem pro nástroje nebo jednorázová pinzeta, sterilní čtverec či rukavice, nádoba s desinfekcí dle dezinfekčního řádu na proplach a vyhození odsávací cévky, funkční odsávací přístroj s napojenou hadicí a přerušovačem sání, bakteriální filtr, jednorázový vak na sekret (Kapounová, 2020).

Zásady odsávání z tracheostomatu otevřeným způsobem u nemocných po totální laryngektomii:

- toaleta dýchacích cest je přizpůsobena nemocnému a mělo by být provedeno před jakoukoliv manipulací s nemocným,
- oxymetrem je měřena saturace kyslíkem a před samotným odsáváním je provedena preoxygenace z důvodu možné hypoxemie při nebo po odsávání (Pasrija, Hall, 2023),
- hygienická dezinfekce rukou, následné navlečení rukavic,
- odsávání subglotického prostoru je 20 ml injekční stříkačkou. Provádí se výstupem nad těsnící manžetou tracheostomické kanyly (odsávání odsávacím přístrojem je rizikovým faktorem pro tvorbu tracheomalacie),
- před samotným odsáváním je vhodné nemocného vybídnout ke kašli, čímž se uvolní hlen a nemocný je méně traumatizován odsáváním,
- dle MZ ČR (2020) je hodnota nastaveného podtlaku pro odsávání 80–150 mmHg, dle použité odsávací cévky,
- při odsávání držíme tracheostomickou kanylu směrem ke stomatu, aby nedošlo k jejímu vysunutí,
- nejprve je odsávání provedeno z tracheostomatu (subglotický prostor), následně z dutiny nosní a dutiny ústní. Při změně lokalizace odsávání je nutné vyměnit odsávací cévku,
- odsávání je prováděno krátkým, přerušovaným pod tlakem, který je měřen a regulovatelný,
- odsávat je třeba co nejvíce atraumaticky a co nejkratší dobu (max. 5 vteřin),
- v případě nutnosti opakovat odsávání ve 3 až 4 dechových cyklech, opět preoxygenace,
- sledování fyziologických funkcí na monitoru (EKG, P, TK, SpO₂), mimiky nemocného, udržování komunikace s nemocným,
- ukončení odsávání nemocného, pokud se objeví bradykardie či desaturace, poté je třeba u nemocného provést oxygenaci.

1.3.2 Výměna tracheostomické kanyly

Výměna tracheostomické kanyly je jednou ze základních a důležitých úkonů v edukaci nemocného. Vysvětlení a nácvik výměny kanyly je vhodné před zrcadlem, aby nemocný přesně viděl, jak ošetřující postupuje. Samozřejmostí pro ošetřovatelský personál je použití ochranných pomůcek. Z důvodu potřísnění ošetřujícího sputem je doporučeno přistupovat k nemocnému z boku. Před samotným vyjmutím kanyly ze stomatu by měl mít nemocný vždy nachystanou novou, čistou kanylu, která bude mít fixační tkanice a bude na ni nanesen sterilní lubrikační prostředek (olej, mast, gel), podložení kanyly mulovým čtvercem či firemně vyráběnými podložkami. Výměnu je nutné provádět za aseptických podmínek.

Postup je následující:

- doporučuje se odsát či odkašlat si,
- nemocnému je sděleno, že se prvotní tvorba sputa zredukuje díky přeměny cylindrického epitelu s řasinkami na vícevrstevnatý dlažicový epitel,
- odfixování a vyjmutí tracheostomické kanyly,
- očištění a ošetření okolí stoma,
- nemocný se před zavedením kanyly nadechne, mírně zakloní hlavu a obloukovitým pohybem, pod úhlem zhruba 45° v ose průdušnice je zavedena nová kanyla se zavaděčem,
- kanylou zbytečně nemanipulovat do stran z důvodu možnosti poranění průdušnice či dráždění ke kašli,
- jakmile je kanyla umístěna do tracheostomie, vyjme se zavaděč a zavede se vložka tracheostomické kanyly,
- kanyla se zafixuje fixačními tkanicemi tak, aby byla fixace nemocnému příjemná, nikde na krku netáhla, nenutila ho je nutné ke kašli (Kapounová, 2020),
- vyjmutou tracheostomickou kanylu je třeba mechanicky očistit ve vlažné vodě a poté vložit do desinfekčního roztoku, který je určen pro materiál dané kanyly,
- po expozici kanylu je nutné kanylu opláchnout vlažnou vodou a nechat ji osušit na čistém místě,
- to stejné je potřeba provádět i s vyměněnou tracheostomickou vložkou (Chrobok et al., 2004).

1.4 Typy tracheostomických kanyl

Tracheostomická kanyla zajišťuje průchodnost tracheostomatu a zajišťuje vstup do dýchacích cest (Chrobok et al., 2004). Kanyly se vyrábějí z různých materiálů, velikostí a stylech provedení a s různým příslušenstvím. Materiál, ze kterého je tracheostomická kanyla vyrobena, je buď *kov* (alpak, nerezová ocel) nebo *plast* (PVC, silikon, polyuretan = teflon).

Dle provedení se kanyly dělí na kanyly *s těsnicí manžetou* (tzv. s balonkem) a *bez těsnicí manžety*. Některé kanyly s těsnicí manžetou mohou být opatřeny tenkou odsávací cívkou, která umožňuje *odsávání v subglotickém prostoru* (tzn. prostor mezi kanylou a průdušnicí nad těsnicí manžetou). Kanyla bez těsnicí manžety (kovová, plastová) se skládá z pláště kanyly s límcem (otvory pro fixační tkanice), vložky kanyly a zavaděče (tzv. dvouplášťová kanyla). Zavaděč musí mít na konci otvor pro možnost dýchání během zavádění kanyly do stomatu. U některých kanyl bez těsnicí manžety výrobce zavaděč nedodává.

Kanyla s těsnicí manžetou se skládá z pláště kanyly, kde je též límec pro fixaci kanyly ke krku, na plášti kanyly je navíc těsnicí manžeta (tzv. balonek), do kterého se aplikuje vzduch, čímž se těsnicí manžeta nafoukne a utěsní dýchací cesty. Na límci kanyly je ventil pro insuflacii vzduchu a kontrolní polštářek, kterým zjišťujeme dostatečné naplnění těsnicí manžety (Hess; Altobelli, 2014). Tlak v obturační manžetě by neměl být nižší než 25 cmH₂O a vyšší jak 32 cmH₂O. Tlak se měří manomentrem. Zavaděč kanyly je vybaven otvorem pro dýchání. Plastové kanyly mohou být také tzv. posuvné, s nastavitelnou hloubkou zanoření.

Dalším typem plastových kanyl je kanyla armovaná, jejíž plášť obsahuje kovovou spirálu, která umožňuje ohnutí všemi směry (Kapounová, 2020).

1.5 Pomůcky pro nemocné po totální laryngektomii

Nemocní po totální laryngektomii jsou celoživotními nosiči tracheostomické kanyly. K zajištění určitého komfortu je třeba i dalších pomůcek, které jsou na trhu k dispozici. Dle Úhradového katalogu Všeobecné zdravotní pojišťovny – zdravotnické prostředky, verze 1025, platný od roku 2019, má nemocný nárok na předepisované pomůcky specializovaným lékařem na předpis. Seznam pomůcek obsahuje tracheostomické kanyly z ušlechtilého kovu, silikonové a z PVC. Příslušenství k tracheostomickým kanylám jako jsou čistící kartáčky, podložky čili komprese pod kanyly, fixační pásy. Dále inhalátory, odsávací přístroje, odsávací sterilní cévky různých velikostí, elektrolarynx a náhradní akumulátor k elektrolarynxu, hlasové protézy s příslušenstvím (VZP ČR, 2019). Další pomůcky, jež mohou nemocní používat jsou dle Smilka (2004) zařízení umožňující krátkodobý pobyt ve vodě. Jedná se o nástavec, kde se na tracheostomickou kanylu s těsnící manžetou nasadí jeden konec, druhý se vloží do úst a nemocný může dýchat ústy či nosem. Na trhu jsou i pomůcky, kterým jde překrýt tracheostomická kanyla či stoma. Mezi takové pomůcky patří například ochranný rolák, ochranný šátek či ochranný ubrousek, tracheostomický fix. Jako ochrana proti aspiraci při sprchování či dešti slouží sprchový chránič. Nemocní mohou využít i firemně provedeného čistícího setu, který obsahuje čistící prášek, čistící kartáček a vatové tyčinky. Také různé stomické knoflíky, které nahrazují tracheostomickou kanylu. Stomické filtry zvlhčující a ohřívající vdechovaný vzduch (Medial, 2023).

1.6 Náhradní hlasové mechanismy

Náhradní hlasové mechanismy, náhradní hlasové prostředky nebo hlasová rehabilitace, to jsou synonyma pro alternativní vytvoření hlasu, kdy se nemohou použít hlasivky, jež jsou umístěny v hrtanu. Náhrada hlasu po totální laryngektomii se začala řešit už od počátku 20. století. Nemocní po totální laryngektomii mají v současnosti možnost naučit se komunikovat pomocí jícnového hlasu nebo pomocí přístroje, jenž se nazývá elektrolaryng nebo pomocí zavedené hlasové protézy (Slouka, 2015).

1.6.1 Jícnový hlas

Naučit se využívat jícnový hlas je pro nemocného nejlepší způsob alternativní komunikace, neboť se nejvíce podobá hlasu původnímu. Aby se nemocný tento typ komunikace naučil správně, je nutné začít s trénováním brzy po operaci za pomoci foniatra. I tak není zaručené, že se tuto formu řeči naučí každý nemocný. A to i z důvodu sociálního začlenění nemocného, nesnaží se. Nácvik jícnového hlasu trvá přibližně 8 týdnů. Dle Slouky se jedná o hlas, který se vytvoří pomocí řízeného ructu, kdy nemocný polkne vzduch a posléze se snaží vědomě říhnout a tím říct určitou slabiku, slovo a později i kratší větu. Ze studií vyplývá, že se zhruba polovina nemocných touto formou komunikace mluvit nenaučí. Někteří nemocní, kteří se nenaučí komunikovat jícnovým hlasem, používají tzv. pseudošepot, s čímž se v mnoha případech kvalitně nedomluví (Slouka, 2015).

1.6.2 Elektrolarynx

Jedná se o protézu, která je elektromechanický vibrující přístroj vkládající se do určitého místa pod bradu. Mezi pozitiva tohoto přístroje patří jak krátké zaučení, tak i nenáročná obsluha. Nevýhodou může být nesrozumitelná řeč. Tóny, které elektrolarynx mění na řeč, jsou jakoby strojové, nemocný má stále zaneprázdněnou jednu ruku a musí si dávat pozor na případné vybití baterií. Primárně by se měl nemocný naučit věty frázovat, čímž dojde k výraznější srozumitelnosti řeči (Slouka, 2015).

1.6.3 Hlasová protéza

Tato metoda byla poprvé použita ve druhé polovině 20. století. Jedná se o uměle vytvořenou tracheoesofagiální píšťku, do které je zaveden jednocestný ventil. Při nádechu, výdechu nebo polykání je zavřený, otevírá se v případě výdechu spolu s uzavřeným stomatem. Vzduch se v tomto případě nemusí polykat, řeč je vytvářena pomocí stlačení tracheostomu prstem, vzduch proudí přes jednocestný ventil do oblasti jícnového svěrače. Protézu je možno zavádět buď při operaci, nebo následně po operaci v celkové anestezii, kdy se punkční dilatací za pomoci hypopharyngoskopie vytvoří píšťka mezi průdušnicí a jícnem. S touto metodou náhrady hlasu se naučí komunikovat zhruba 80 % nemocných. Nevýhodou hlasové protézy je po určité době užívání riziko aspirace jak tekutin, tak i potravy, osídlení protézy mikroby, tudíž je nutné protézu pravidelně vyměňovat a zavádět novou. Výhodou je silnější hlas nežli při použití hlasu jícnového. V rámci celkové péče o nemocného po totální laryngektomii je třeba myslet a dbát i na rehabilitaci plicní, dechová cvičení, fyzickou kondici, dodržování správné stravy, vyvarování se rizikovým faktorům (Slouka, 2015).

2 Kvalita života onkologicky nemocných

Kvalita života je v současné době široce užívaný pojem. Každý jedinec si pod tímto slovním spojením může představit cokoliv – co nejlepší zdraví, zdravé jídlo, dobrý sociální status, kvalitní ekonomické zajištění. Většinou se jedná o pozitivní pohled jednotlivce. Ve vědecké rovině se kvalita života hodnotí ve směru subjektivním, objektivním, pozitivním i negativním (Gurková, 2011). Dle definice WHO by se dala kvalita života jedince určit dle fyzického, psychického, sociálního a ekonomického působení jedince ve společnosti (NZIP, 2023).

2.1 Kvalita života a klinická praxe

Hovoří-li se o kvalitě života v rámci klinické praxe, dostávají se do popředí hodnocení života nemocní, kteří trpí chronickým či nevyléčitelným onemocněním. Mezi tyto nemocné patří, mimo jiných, nemocní s určitým onkologickým onemocněním. Toto onemocnění vyžaduje nejen náročnou léčbu, ale ovlivňuje nemocného jak po stránce psychické, tak i po stránce sociální. Málokdo si uvědomí, že tito nemocní mohou prožívat celoživotní strach z progresu či recidivy nemoci. Měli by dodržovat určitá režimová opatření, používat pomůcky, které jim zlepšují kvalitu života. Při stanovení onkologické diagnózy se nemění život jen dotyčnému jedinci, ale i jeho blízkému okolí – rodina, přátelé, zaměstnání, volnočasové aktivity. Kvalita života je v rámci ošetrovatelské péče nastavena jako dlouhodobý cíl. Díky správně nastaveným intervencím by měla být kvalita života zajištěna nejen po stránce fyzických potřeb. Ošetrovatelská péče by se měla zaměřit především na co nejrychlejší začlenění nemocného do běžného života (Gurková, 2011).

2.2 Kvalita života a výzkumné šetření

Gurková (2011) uvádí, že v rámci klinického šetření kvality života je spousta možností a nástrojů, které mohou právě kvalitu života nemocného měřit nejen v oblasti zdravotního stavu, ale i zdraví samotného. Je třeba si však dávat pozor, aby u zjišťování kvality života nebylo použito dotazníkového šetření, jež je vhodné použít pro zjišťování zdravotního stavu. Dále zmiňuje, že se postupně vytvořily tři možné koncepty kvality života, které vycházely z oblasti ekonomické, medicínské a sociální. K těmto oblastem byly vytvořeny tři formy měření a sice:

- kvalita upravených let života (Quality – Adjusted Life Years = QALY) – vytvořeno společně ekonomickými a medicínskými odvětvími,
- subjektivní pohoda (Subjective Well – Being = SWB) – vytvořeno odvětvím sociálním,
- kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life = HRLQ) – produkt medicínských věd, čímž se hodnotí kvalita života v oblasti zdravotní péče (Gurková, 2011).

V rámci onkologicky nemocných se používá pro určení kvality života Karnofského skóre. Jde o skóre 0 %–100 %, které určuje, jak je nemocný schopen pracovat, schopnost jeho soběstačnosti a závislosti na pomoci okolí a zdravotní péče. Důvodem k sestavení této škály byla snaha pomoci lékařům v rozhodování, jestliže nemocný zvládne podanou chemoterapii (Šlampa et al., 2016).

2.3 Kvalita života a potřeby jedince ve zdraví a nemoci

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života“ (Šamánková, 2011).

Šamánková (2011) také sděluje, že četnost a úsilí naplnění potřeb závisí na věku, pohlaví, kultuře, prostředí, sociální úrovni jedince a v neposlední řadě na jeho zdravotním stavu a zkušenostech, které během života nabývá. Abychom mohli poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči nemocným, je třeba znát potřeby jak své, tak nemocného. Nejvýznamnější výzkum v oblasti potřeb provedl A. Maslow. Jeho pětiúrovňový model (tzv. Maslowova pyramida potřeb) zahrnuje oblasti:

- potřeba seberealizace,
- potřeba uznání a úcty,
- potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti,
- potřeba jistoty a bezpečí,
- potřeby fyziologické, základní, tělesné.

Jedinec, který je zdravý, si dokáže potřeby uspokojovat bez cizí pomoci. Základní biologickou potřebou je potřeba být bez bolesti. Pokud však jedinec onemocní, vnímá nastalou situaci jako krizovou a ovlivňuje ho na úrovni se sebou samým, s rodinnými příslušníky a s okolím, na úrovni ekonomické a dalšího výhledu do budoucnosti.

2.4 Kvalita života a onkologicky nemocný jedinec

Jedním z primárních faktorů v léčbě onkologicky nemocných je snaha zlepšit či zachovat kvalitu života. Stále více se na ni nahlíží nejen po stránce léčebné, ale i po stránce ekonomické v rámci zdravotního pojištění.

Kvalitu života je nutno hodnotit z hlediska subjektivního a objektivního. U subjektivního pohledu se jedná o prožívání daného onemocnění a s ním vzniklých komplikací samotným nemocným. Objektivní přístup se dívá na typ a stupeň poškození funkce daného orgánu, jak samotným nádorem, tak i onkologickou léčbou.

Zhoršení kvality života u jedinců s karcinomem hrtanu je v rámci subjektivního hlediska v oblasti dýchání, polykání, výživy, komunikace, bolesti a v kosmetických změnách, které jsou viditelné (Šlampa et al., 2016).

Onemocní-li člověk těžkým onemocněním, mění se mu kvalita života také spolu se změnou uspokojování potřeb. Maslowova pyramida potřeb ukazuje přehodnocení naplňování potřeb nemocného:

Seberealizace – tato potřeba na základě nemoci zaniká. Nemocný nemá zájem se dále realizovat. Chce být ujištěn, že ve své dosavadní realizaci něco dokázal.

Sebeúcta – neustálé ubezpečování nemocného, že okolí neobtěžuje o něj pečovat. Třeba mít na paměti nutnost chránit soukromí jedince a dbát o jeho osobní čistotu.

Láska a pocit sounáležitosti – respektování nemocného spolu s jeho potřebami.

Bezpečí a jistota – vědomí nemocného, že nezůstane sám, že v případě bolesti dostane adekvátní tlumení a v případě dalších příznaků nemoci bude těchto příznaků postupně zbaven a bude pociťovat úlevu.

Fyziologické potřeby – patří dlouhodobě mezi primární potřeby nemocného. O jídlo a pití postupně ztrácí zájem. V rámci poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je zabezpečení fyziologických potřeb povinností. Nemocný by neměl pociťovat diskomfort v oblasti např. vyprazdňování či ve výživě (Šamánková, 2011).

Covey (2014) pokládá v knize 7 návyků skutečně efektivních lidí otázku: „*Kolik lidí na smrtelné posteli lituje, že nestrávili více času v kanceláři?*“ Nikdo nelituje. Nemocní v takovéto těžké životní situaci myslí na své blízké, na to, co tu pro ně zanechávají, zda s nimi trávili dostatek svého času. Zmiňuje, že i psycholog A. Maslow na sklonku života změnil svoji pyramidu potřeb. Seberealizaci, která byla na vrcholu pyramidy, zaměnil za sebetranscendenci – potřebu dosažení životního štěstí, uspokojení a přenechání odkazu dalším generacím.

3 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce měla za úkol seznámit s přípravou podkladů pro výzkumné šetření a poté uskutečnit samotný sběr dat a současně hledat odpovědi na stanovený cíl pomoci určených výzkumných otázek.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zhodnotit kvalitu života nemocných po totální laryngektomii.

3.2 Výzkumné otázky

V rámci výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

VO 1: V jaké oblasti se změnila kvalita života nemocných po totální laryngektomii?

VO 2: Jak náročná je pro nemocné péče o tracheostomii?

3.3 Metodologie výzkumu

Kvalitativní metoda výzkumu si zakládá na pozorování, zkoumání, pochopení respondenta. Výsledkem kvalitativního výzkumu je subjektivní sdělení. Informace podává v souvisle sděleném textu. Zaměřuje se většinou na popis emocí, postojů, prožitků. Výzkumný vzorek se často skládá z menšího počtu respondentů. Subjektivita řečeného může ovlivnit hodnocení výzkumu. Sběr informací je časově náročný a takto může být náročné i vyhodnocení dat (Abbadia, 2023).

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkum byl realizován strukturovaným rozhovorem. Otázky k rozhovoru byly vytvořeny na základě vlastních zkušeností s prací na ORL ambulanci a také na podkladě prostudovaných odborných zdrojů. Všem respondentům byly pokládány stejné otázky a byly voleny tak, aby navazovaly ke zvolenému cíli bakalářské práce (viz Příloha A).

Důvodem použití této metody byla sice práce s menším počtem výzkumného vzorku, za to však získané informace od respondentů měly osobní charakter jak po stránce pokládání otázek, tak i po stránce odpovědí, kdy měli dotazovaní možnost odpovídat tak, jak uznali za vhodné. Vzhledem k tomu, že cílem bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života nemocných po totální laryngektomii, k čemuž byly přidány výzkumné otázky zaměřené na změněnou oblast kvality života a náročnost péče o tracheostomii, bylo díky strukturovanému rozhovoru zajištěno hlubších, rozvinutých odpovědí. U respondentů bylo možné sledovat mimo jiné i mimiku a hlasový projev.

Rozhovor se nahrával na diktafon v mobilním telefonu a poté byl přepsán a zpracován v programu Microsoft Office Word 2016. Získaná data byla pro přehlednost rozčleněna do tabulek.

K první výzkumné otázce („V jaké oblasti se změnila kvalita života nemocných po totální laryngektomii?“) se vztahují otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 27 a 28. Tyto otázky se týkaly fyzického, sociálního a psychického stavu respondentů jak před zákrokem, tak i po něm.

K druhé výzkumné otázce („*Jak náročná je pro nemocné péče o tracheostomii?*“) se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26 a 29. Tyto otázky se zaměřovaly na péči o tracheostoma a tracheostomickou kanylu a její výměnu, obtíže při výměně kanyly, obavy z dušení. Také zjišťovaly, zda jsou respondenti spokojeni s vybranou hlasovou metodou. Bylo stanoveno vizuálně, jakou hlasovou variantu používají, což je zanesené taktéž do vyhodnocení. Jedna z nepříjemných obtíží hlavně po operačním výkonu je nezbytnost používání odsávacího přístroje. Svízelná situace s tímto spojená může nastat v případě, kdy respondenti odsávací přístroj nevlastnili. Tato problematika se taktéž šetřila v rámci druhé výzkumné otázky. Dotaz se vztahoval i ke složitosti zajišťování ostatních potřebných pomůcek jako celku. Poslední část rozhovoru se věnovala potřebě psychologa v období sdělení diagnózy či po prodělaném operačním zákroku. Zda byla nabídnuta možnost využití klinického psychologa. Rozhovor končil dotazem ohledně možnosti využití domácí péče.

3.3.1 Výzkumný vzorek

Pro výzkumné šetření bylo zvoleno 6 respondentů, 3 ženy a 3 muži, s věkovým rozhraním 53 až 82 roků, věkový průměr 65 let. Respondenti byli vybráni záměrně. Příznakem pro zařazení do výzkumného šetření byl stav po totální laryngektomii, ochota podstoupit výzkumné šetření a komunikativnost. Dotazovaným bylo přiděleno označení R1–R6 v posloupnosti, v jaké byly rozhovory uskutečňovány. Nemocní měli různě dlouhou dobu po odstranění hrtanu, v průměru 5,5 roků. Jak u žen, tak i u mužů byla zastoupena hlasová komunikace pomocí ruktusu, elektrolarynxu a hlasové protézy. V případě hlasové únavy respondenti zapisovali své odpovědi na papír. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentů a v kavárně blízko bydliště jednoho respondenta, kde jej okolí znalo. Jedním z respondentů byla známá kamarádka výzkumníka. Jeden respondent byl doporučen lékařkou z ambulance pro poruchy hlasu v nemocnici. Zbylí čtyři respondenti pocházeli z dispenzární ORL ambulance z téže nemocnice. Sběr informací se prováděl se souhlasem vedení dané nemocnice (viz Příloha B) a také ústním souhlasem všech zúčastněných respondentů. Nejprve se vytvořil pilotní vzorek otázek pro zjištění jejich vhodnosti a proveden rozhovor s respondentem. Některé otázky se jevily jako nepotřebné, tudíž byly odstraněny. Zbytek získaných dat byl dostačující. Tento pilotní rozhovor se zařadil do celkového počtu šesti respondentů.

Tabulka 1 Stručné informace o respondentech

Respondent	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba po totální laryngektomii
R1	žena	53	vysokoškolské	4 roky
R2	muž	82	učební obor bez maturity	1 rok
R3	muž	75	učební obor bez maturity	7 roků
R4	muž	54	středoškolské	4,5 roků
R5	žena	55	středoškolské	8 roků
R6	žena	70	vysokoškolské	8 roků

Zdroj: vlastní

3.3.2 Průběh výzkumu

Výzkum se uskutečnil od posledního říjnového dne roku 2023 do poloviny ledna roku 2024. Respondenti byli před samotným nahráváním rozhovoru informováni o důvodu výzkumného šetření a o tom, že celý rozhovor i zpracování získaných dat bude anonymní v souladu s GDPR. Dotazovaní odsouhlasili výzkumné šetření písemně. Vzhledem k ochraně osobních údajů jednotlivých dotazovaných nejsou podepsané Informované souhlasy o výzkumném šetření součástí bakalářské práce. Následovalo stručné představení autorky bakalářské práce a dotázání se respondentů, zda s rozhovorem souhlasí. Jakmile dotazovaný souhlasil, byl rozhovor nahráván na diktafon v mobilním telefonu.

3.3.3 Zpracování získaných dat

Data získaná z rozhovoru byla zpracována v programu Microsoft Office Word 2016.

3.4 Rozbor výzkumného šetření

Respondent č. 1 (R1)

Respondentkou je žena narozena v roce 1970 (53 roků v době konání rozhovoru). Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Pracovala jako zdravotní sestra. Nyní je v invalidním důchodu. Je vdaná 34 let. Má 2 syny a žije v menším městě. Se žádným vážnějším onemocněním se neléčí. Není si vědoma onkologické zátěže v rodině.

Výzkumný rozhovor se prováděl v říjnu 2023 u respondentky doma. Přítomen byl také její manžel, který poslouchal. U poslední otázky týkající se zajišťování odsávacího přístroje, odpovídal, což je uvedeno v samotném přepisu rozhovoru. Dotazovaná užívá k verbální komunikaci hlasovou protézu, která ji byla zavedena v první době (to je při odstranění hrtanu). Mluva se jevila srozumitelná. Celý rozhovor trval zhruba 20 minut.

Přepis rozhovoru

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?

R1: „4 roky.“

2. Jaké jste měla potíže před stanovením diagnózy?

R1: „Začala jsem chraptit.“

3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptila?

R1: „To už nevím, asi rok“.

4. Měla jste bolesti?

R1: „Myslím, že ne“.

5. Jak se cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?

R1: „Velmi omezeně. Nemůžu se o rodinu postarat, jak bych chtěla a jak jsem byla zvyklá. Spíš se musí starat oni o mě“.

6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsala?

R1: „Nevím. Myslím, že nezměnilo.“

7. Jaké jste měla před onemocněním koníčky?

R1: „Zahrada, čtení, jízda na kole.“

8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?

R1: „Mám. I když u toho kola už to není taková rychlost, jaká to byla.“

9. Dělá Vám problém předklon?

R1: „Někdy ano, nutí mě to ke kašli. Takže i když jsem na zahradě, tak nemůžu být dlouho předkloněná.“

10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.

R1: „Změnil. Nežlobte se, ale dál se mi o tom nechce mluvit.“

11. Máte potíže s vylučování stolice? Pokud ano, jaké?

R1: „Nějakou dobu po operaci jsem měla zácpu. Brala jsem Lactulosu. Časem se to upravilo, ale nevím, jestli to mělo souvislost s operací.“

12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?

R1: „Mám. Musím jíst pomalu a hodně zapíjet vodou. Mam hodně sucho v puse.“

13. Kouřila jste před stanovením diagnózy, kolik let?

R1: „Kouřila. Asi 15 cigaret denně. Někdy víc, někdy míň. Asi od mých 20. (pozn. autora: 33 roků)“

14. A kouříte i nyní?

R1: „Když mi řekli, co mě čeká, kouřit jsem přestala, ale to už bylo pozdě.“

15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?

R1: „Podle stavu. Většinou každý den, ráno, večer. A když potřebuju, tak jen ty vložky vyměním.“

16. Jste někdy bez kanyly?

R1: „Nejsem. Bojím se, že se udusím.“

17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?

R1: „Ze začátku, asi půl roku, jsem to mívala okolo červené. Dávala jsem si zinkovou mast. Ted' už je to v pořádku.“

18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?

R1: „Ze začátku, asi tak 3 měsíce to bylo složité. Očistit si kanylu, to jsem zvládala. Ale neuměla jsem se trefit s kanylou do krku. Pomáhal mi manžel. Ted' už to zvládám sama. A taky naučit se čistit tu protézu. Vždycky mě to nutilo ke kašli.“

19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?

R1: „Kašel, když si ji dávám do krku. Někdy mě to až dusí.“

20. Bojíte se, že se udusíte?

R1: „To úplně ne, ale je to nepříjemný.“

21. Jste s Vaší variantou řeči spokojená?

R1: „Ale jo, už jsem se to naučila. Ze začátku jsem si myslela, že se to snad ani nenaučím. Důležitý pro mě je, že se domluví s okolím.“

22. Používáte odsávací přístroj?

R1: „Většinou, když jsem nachlazená, jinak nepotřebuji.“

23. Jak jste řešila nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměla?

R1: „Odsávačku jsem sehnal přes nějakou agenturu, co mi doporučila známá. Tam nám ji půjčili a až jsme měli naši, tak jsme ji vrátili.“ (pozn. autora – odpovídá manžel)

24. Pociťovala jste strach z odsávání? Pokud ano, přetrvává do současnosti?

R1: „Pociťovala. Dneska už ne. Už jsem zvyklá.“

25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?

R1: „Ano. Vždycky kašel.“

26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Myslím kanylu, desinfekci, podložky, odsávací cévky.

R1: „Není. Když něco potřebuji, tak manžel zavolá na ambulanci ORL, tam to předepíší a pak to jen vyzvedne.“

27. Cítila jste, že byste potřebovala po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?

R1: „Když mi řekli, co mě čeká, tak jsem se málem zhroutila. Nemohla jsem spát, můj lékař mi napsal prášky na spaní. Po operaci zase bylo šílené se domluvit s okolím. Ale zvládli jsme to. Prášky jsem pak už nebrala. Teď už jsem si zvykla, i když to není jako dřív.“

28. Byl Vám psycholog nabídnut?

R1: „Nebyl. Kdyby byl, využila bych to.“

29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

R1: „Když jsem se učila vyměňovat kanylu, tak mi sestřičky říkaly, že ta možnost je. Ale já ji nevyužila. Myslím, že jsem se to naučila rychle.“

Respondent č. 2 (R2)

Muž ve věku 82 let (rok narození 1941). Vyučen je pokrývačem a tím se i větší část svého života živil. V současné době je ve starobním důchodu. Žije s manželkou, se kterou v tomto roce oslavil 60 roků od svatby. Spolu mají dvě dcery. Žijí ve větším městě. Léčí se s hypertenzí a s vysokým cholesterolem. Po operačním zákroku mu byla doporučena i radioterapie. Nepamatuje si, že by někdo v rodině měl onkologické onemocnění.

Rozhovor s respondentem se uskutečnil v listopadu 2023 v kavárně. Přítomna byla i jedna z dcer, která se zájmem poslouchala a do hovoru se vložila pouze u otázky, zda nemocnému dělala nebo dělá potíže výměna tracheostomické kanyly. Respondent komunikuje pomocí hlasové protézy, která byla zavedena v první době, tzn. při operaci, kdy se odstraňoval hrtan. Rozhovor probíhal 25 minut a nemocný po celou komunikoval bez obtíží. Působil vesele.

Přepis rozhovoru

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?

R2: „Operace byla 16. listopadu vloni; v roce 2022.“

2. Jaké jste měl potíže před stanovením diagnózy?

R2: „Já mám známého lékaře, kterej operuje toto. Byl jsem napřed za ním a on mi řekl, abych s tím okamžitě šel k doktorovi a na operaci nebo tě to zadusí. On zrovna musel někam jet, tak mi to nemohl dělat on. On to poznal hned podle mluvení, já jsem chraptil.“

3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptil?

R2: „Půl roku určitě.“

4. Měl jste bolesti?

R2: „Neměl“.

5. Jak se cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?

R2: „Dobře“.

6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsal?

R2: „Nezměnilo. Okolí s tím počítalo, protože jsme na to byli domluvení, že budu komunikovat jen psaním a pak půjde to mluvení.“

7. Jaké jste měl před onemocněním koníčky?

R2: „Zahrada, jenom zahrada.“

8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?

R2: „Pořád zahrada.“

9. Dělá Vám problém předklon?

R2: „No, tak předklon mi dělá problémy už 15 let. Ale to není kvůli té nemoci.“

10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.

R2: „Nezměnil. Je to pořád dobrý.“

11. Máte potíže s vylučování stolice? Pokud ano, jaké?

R2: „Nemám. Ani po operaci jsem neměl.“

12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?

R2: „Nemám. S polykáním problémy nemám. Ani jsem neměl.“

13. Kouřil jste před stanovením diagnózy, kolik let?

R2: „Nekouřil. Kouřil jsem před 50 rokama. To už nevím, jak dlouho, asi 10 let.“

14. A kouříte i nyní?

R2: „Teď taky nekouřím.“

15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?

R2: „Ráno a večer.“

16. Jste někdy bez kanyly?

R2: „Nejsem. By se mi blbě mluvilo.“

17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?

R2: „Ze začátku mi ta kanyla vadila, to byla ta tvrdá. Teď mám tu měkkou a ta je dobrá. A okolo to bylo trochu červený, jak tam byly ty hleny, ale teď už je to dobrý.“

18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?

R2: „Úplně v pohodě. Vytáhnu ju, očistím a dám do té desinfekce. Pak to vydržím za 2 hodiny, opláchnu to normálně pitnou vodou.“

Dcera: „No, musel se to naučit sám, obě bydlíme daleko. Já to nemůžu ani vidět. Sestra z domácí péče tam byla jednou a řekla, že toto dělat nebude a tak mu nic jiného nezbylo.“

R2: „Jsem se to naučil a už je to v pohodě.“

19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?

R2: „Kašel. A někdy i hodně hlenů.“

20. Bojíte se, že se udusíte?

R2: „Ne, vůbec.“

21. Jste s Vaší variantou řeči spokojen?

R2: „Jsem. Mluvit mi šlo asi za 14 dní po operaci. Je to dobrý.“

22. Používáte odsávací přístroj?

R2: „Nepoužívám. Jen ze začátku, chvíli, jsem ji potřeboval. Ted' už ne.“

23. Jak jste řešil nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměl?

R2: „Potřeboval. Na nějakou dobu nám ho půjčili z oddělení.“

24. Pociťoval jste strach z odsávání? Pokud ano, přetrvává do současnosti?

R2: „Neměl.“

25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?

R2: „Nejsou potíže. Ted si to všechno vykašlu. Sice je to nápor na břicho, ale vykašlu to.“

26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Mám na mysli kanylu, desinfekci, podložky, odsávací cévky, filtry.

R2: „Není. Když něco potřebuji, tak při kontrole řeknu paní doktorce a ona to napíše a my to pak vyzvednem v lékárně.“

27. Cítil jste, že byste potřeboval po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?

R2: „Ne, vůbec.“

28. Byl Vám psycholog nabídnut?

R2: „To nebyl, ale nevadí, nepotřeboval jsem ho a nepotřebuji.“

29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

R2: „Byla. Ale ona to dělat nechtěla.“

Respondent č. 3 (R3)

Třetím dotazovaným je muž ve věku 75 let (rok narození 1948). Vyučil se zedníkem, ale živil se různými povoláními. V současné době je ve starobním důchodu. S manželkou žije ve velkém městě a mají tři děti. Mezi přidružená onemocnění patří diabetes mellitus, hypertenze. Na dotaz ohledně rodinné onkologické zátěže odpověděl: „Nepamatuji si, že by u nás měl někdo rakovinu, ale možná jo.“

Realizace rozhovoru se konala v prosinci 2023 v domácím prostředí respondenta. Manželka byla přítomna a do rozhovoru se příliš nezapojovala. Potřebu sdělní a objasnění situace měla u otázky týkající se psychologa a domácí péče.

Nemocný jako náhradu hlasu používá elektrolarynx. Po totální laryngektomii postoupil i radioterapii. Rozhovor probíhal zhruba 20 minut. Po celou dobu rozhovoru byl dotazovaný uvolněný.

Přepis rozhovoru

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?

R3: „Letos to 7 roků.“

2. Jaké jste měl potíže před stanovením diagnózy?

R3: „Jakoby knedlík v krku a chraptil jsem.“

3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptil?

R3: „To už moc nevím. Možná půl roku?“

4. Měl jste bolesti?

R3: „Neměl“.

5. Jak se cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?

R3: „Ted' už dobře. Ze začátku to bylo divný. Říkal jsem si, že se na mě pořád nějak dívají“.

6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsala?

R3: „Myslím, že nezměnilo nijak zvlášť. Máme známýho, který má to stejný, co já, takže jsme všichni věděli, co mě čeká.“

7. Jaké jste měl před onemocněním koníčky?

R3: „Zahrada a rybaření.“

8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?

R3: „Mám. Je to odpočinek, člověk přijde na jiný myšlenky.“

9. Dělá Vám problém předklon?

R3: „Od té operace jo. Nutí mě to ke kašli většinou. A ještě, jak mi neseděla kanyla, tak to bylo na zbláznění, pořád jsem kašlal.“

10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.

R3: „Nezměnil.“

11. Máte potíže s vylučováním stolice? Pokud ano, jaké?

R3: „Nemám.“

12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?

R3: „Někdy, když jím sušší jídlo, nejde to moc polykat. Musím to víc zapíjet. Lepší je jíst něco tučnějšího.“

13. Kouřil jste před stanovením diagnózy, kolik let?

R3: „Kouřil. Celý život, zhruba 15–20 cigaret denně. Snažil jsem se i přestat, ale to netrvalo dlouho.“

14. A kouříte i nyní?

R3: „Kouřím. Není to ono, ale už se to neodnaučím. A co, rakovinu už stejně mám.“

15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?

R3: „Kanylu většinou ráno a večer. Ale ty vnitřky někdy i během dne. Jak kdy.“

16. Jste někdy bez kanyly?

R3: „Zatím moc ne. Někdy to zkusím, ale to jen na chvíli.“

17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?

R3: „Nevím. Asi jak kdy. Někdy to musím mazat mastičkou, protože je to červený. A taky se mi dělají ty granulace, tak musím jezdit na ORL na odstranění. To je hodně nepříjemný. Ale už jsem si asi zvykl. Ten známý s tím třeba nemá žádný problémy.“

18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?

R3: „Dobře. Stará se o ni manželka. Nachystá mi ji. Ale když nemůže, tak to zvládnu nachystat i já.“

19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?

R3: „Zakašlávání.“

20. Bojíte se, že se udusíte?

R3: „Ano.“

21. Jste s Vaší variantou řeči spokojen?

R3: „Asi jo. Zkoušel jsem to vybrkávání, to mi nešlo a na tu protézu jsem jít nechtěl. Toto je dobrý.“

22. Používáte odsávací přístroj?

R3: „Někdy ještě jo, ale většinou už to vykašlu sám.“

23. Jak jste řešil nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměl?

R3: „Potřeboval jsem ho. Než ho schválila ta pojišťovna, tak mi ho půjčili na oddělení, kde jsem ležel.“

24. Pociťoval jste strach z odsávání? Pokud ano, přetrvává do současnosti?

R3: „Měl. Bylo to nepříjemný. Ted, když potřebuju odsát, už mi to nevádí.“

25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?

R3: „Když už se odsávám, tak mě to nutí ke kašli a nemůžu přestat.“

26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Mám na mysli kanylu, dezinfekci, podložky, odsávací cévky, filtry.

R3: „Ani ne. Když něco potřebuju, manželka zavolá do nemocnice. Sice tam nejsou někdy ochotni, ale pokaždý to napíší.“

27. Cítil jste, že byste potřeboval po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?

R3: „Ne.“

Manželka: „Před operací manžel moc nervózní nebyl. Věděl, co ho čeká. Ale po operaci, kdy se nemohl domluvit, to byl nervózní dost. Ani nechtěl, aby k nám někdo chodil, že mu stejně nikdo rozumět nebude.“

28. Byl Vám psycholog nabídnut?

Manželka: „Psycholog nám nabídnut nebyl. Nevím, zda by ho manžel bral, ale já v tu dobu určitě. Pak, jak se naučil s tím přístrojem, tak to bylo už o hodně lepší. To trvalo asi půl roku.“

R3: „Nechtěl bych ho.“

29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

Manželka: „Nebyla. Nikdo nám o tom neřekl. Ale tak zvládli jsme to i tak sami a zvládáme.“

R3: „Já bych stejně nikoho sem nechtěl.“

Respondent č. 4 (R4)

Pro další výzkumné šetření byl vybrán 54letý muž žijící v menším městě. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské. Pracoval po většinu času jako dispečer. Nyní je v invalidním důchodu. Je svobodný, bezdětný. Významná přidružená onemocnění nemá. Onkologická predispozice mu není známá. Po chirurgickém odstranění hrtanu podstoupil zabezpečovací radioterapii.

Rozhovor, trvající zhruba 20 minut, se prováděl v prosinci 2023. Respondent užívá jícnový hlas. Má k dispozici i elektrolarynx, který mu však příliš nevyhovuje. Nebo: „*Spíš asi nevyhovuje mému okolí. Prý tomu nejde moc rozumět, že to vrčí.*“ Rozhovor byl veden v příjemném duchu v soukromí malé kavárny.

Přepis rozhovoru

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?

R4: „4,5 roku.“

2. Jaké jste měl potíže před stanovením diagnózy?

R4: „Chrapot.“

3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptil?

R4: „No, zhruba rok, rok a půl?“

4. Měl jste bolesti?

R4: „Neměl“.

5. Jak se cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?

R4: „V rodině se cítím dobře. Všichni se mi snaží pomáhat. Vůči okolí se cítím někdy jak z jiné planet.“

6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsala?

R4: „Ani ne.“

7. Jaké jste měl před onemocněním koníčky?

R4: „Turistika, jízda na kole.“

8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?

R4: „Pořád.“

9. Dělá Vám problém předklon?

R4: „Dělá. Jak jdu jakoby dolů, tak mě to nutí ke kašli. To je nepříjemný.“

10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.

R4: „Asi tak rok po operaci to bylo zvláštní. Připadl jsem si nepříjemně kvůli dýchání. No a teď stejně nikoho nemám.“

11. Máte potíže s vylučování stolice? Pokud ano, jaké?

R4: „No, nemůžu jakoby, jak se říká zatlačit.“

12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?

R4: „To bych neřekl. Po ozařování jsem měl víc sucho v ústech, musel jsem hodně zapíjet jídlo. Ted je to víceméně dobrý.“

13. Kouřil jste před stanovením diagnózy, kolik let?

R4: „Kouřil jsem zhruba 25 let 10–15 cigaret denně.“

14. A kouříte i nyní?

R4: „Kouřím.“

15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?

R4: „Ted', asi rok zpátky, kanylu nepoužívám. Ale když jsem ji používal, tak jsem vyměňoval 2× denně.“

16. Jste někdy bez kanyly?

R4: „Skoro pořád.“

17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?

R4: „Nijak zvlášť. Asi v pohodě.“

18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?

R4: „Když jsem ji nosil, tak to nebylo nic složitýho. Vždycky jen myslet na to mít nachystanou druhou, kdyby náhodou.“

19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?

R4: „Vadilo mi to dráždění ke kašli, když jsem si ji zaváděl. Pak jsem zkusil být bez kanyly a teď jsem spokojený.“

20. Bojíte se, že se udusíte?

R4: „Ne.“

21. Jste s Vaší variantou řeči spokojen?

R4: „No, není to úplně dobrý nebo pohodlný, ale asi jo. Domluví se. Jen jak na to lidi nejsou zvyklí, tak někdy se dívají divně, než si všimnou, že mám něco na krku.“

22. Používáte odsávací přístroj?

R4: „Nepoužívám. Už dlouho ne.“

23. Jak jste řešil nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměl?

R4: „Měl jsem ho půjčený přes sestru z domácí péče. Potřeboval jsem ho. Než ho schválila ta pojišťovna, tak mi ho půjčili na oddělení, kde jsem ležel.“

24. Pociťoval jste strach z odsávání? Pokud ano, přetrvává do současnosti?

R4: „Ze začátku rozhodně měl. Teď už ne, neodsávám.“

25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?

R4: „Nejsou. Snažím se to všechno vykašlat, když potřebuju.“

26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Mám na mysli kanylu, desinfekci, podložky, odsávací cévky, filtry.

R4: „Není. Když něco potřebuji, tak poprosím sestru a ona mi zavolá na ORL. Ale teď, když kanylu nenosím, tak vlastně ani nic nepotřebuju.“

27. Cítil jste, že byste potřeboval po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?

R4: „No, moc příjemně mi nebylo. Pořád jsem nad tím přemýšlel, co budu dělat, ale k psychologovi bych asi nešel.“

28. Byl Vám psycholog nabídnut?

R4: „Asi ani nebyl.“

29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

R4: „Ano. Když jsem šel po propuštění z nemocnice k praktikovi, tak se mě ptal, jestli bych o službu měl zájem. Tak jsem to využil. Sestra tu byla párkrát. Asi za 14 dní jsem se o kanylu naučil starat.“

Respondent č. 5 (R5)

Žena, 55 roků (rok narození 1968), studovala střední školu ekonomickou a celý život se věnovala účetnictví. V průběhu onemocnění přešla do invalidního důchodu. Měla i další zdravotní potíže – prodělala slabou cévní mozkovou příhodu, stále bere léky na ředění krve. Je léčena s astma bronchiale a s vysokým krevním tlakem. Žije ve větším městě a má 3 děti. Onkologickou predispozici by mohla nemocná mít ze strany matky, jež zemřela na karcinom slinivky.

Rozhovor proběhl v lednu 2024 v malé kavárně. Doba výzkumného šetření trvala zhruba 15 minut. Respondentka se dorozumívá pomocí elektrolaryxem. Během rozhovoru odpovídala věcně, aby ji mluva příliš nenamáhala.

Přepis rozhovoru

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?

R5: „ 8 roků.“

2. Jaké jste měla potíže před stanovením diagnózy?

R5: „*Chraptila jsem a takový pocit něčeho cizího v krku.*“

3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptila?

R5: „*Tak to už si nepamatuju. Možná tak rok?*“

4. Měla jste bolesti?

R5: „*To si myslím, že ne.*“

5. Jak cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?

R5: „*Vůči dětem už tak nějak normálně. Když mě někdo nezná, tak se na mě dívá jak na nějakýho mimozemšťana. Ještě, když začnu mluvit tady s tím.*“

6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsala?

R5: „*Někteří se se mnou přestali bavit. Pak jsem se dozvěděla od jedné známé, že mě prý nechtěla zatěžovat mluvením. No a dcery ty věděly, že mluvit nebudu a co to bude. Byli se mnou na té komisi, kde to vysvětloval doktor.*“

7. Jaké jste měla před onemocněním koníčky?

R5: „*Zahrádka, focení přírody.*“

8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?

R5: „*Mám.*“

9. Dělá Vám problém předklon?

R5: „*Ted' už ani ne. Ale dřív, jak jsem si třeba chtěla about botu nebo jsem něco chtěla dělat na zahradě, tak mě to pak nutilo ke kašli.*“

10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.

R5: „*Dlouhodobě jsem sama, tak to nemůžu zhodnotit.*“

11. Máte potíže s vylučováním stolice? Pokud ano, jaké?

R5: „*Nemám.*“

12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?

R5: „*Neřekla bych.*“

13. Kouřila jste před stanovením diagnózy, kolik let?

R5: „*Nekouřila.*“

14: A kouříte i nyní?

R5: „Nekouřím.“

15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?

R5: „Většinou tak ráno a večer. Ten vnitřek ale několikrát denně.“

16. Jste někdy bez kanyly?

R5: „Nejsem. Bojím se, aby se mi to stoma nestáhlo.“

17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?

R5: „Po těch letech už bez obtíží.“

18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?

R5: „Taky bez obtíží. Vždycky si nachystám kanylu dopředu.“

19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?

R5: „Asi nic.“

20: Bojíte se, že se udusíte?

R5: „Ne.“

21. Jste s Vaší variantou řeči spokojena?

R5: „Jsem. To vybrkávání pro mě bylo těžké a na další operaci jsem jít nechtěla.“

22. Používáte odsávací přístroj?

R5: „Už vůbec. Jen někdy inhalátor.“

23. Jak jste řešila nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměla?

R5: „Půjčila jsem si ho v nějaké agentuře. To mi doporučili na ORL.“

24. Pociťovala jste strach z odsávání? Pokud ano, přetrvává do současnosti?

R5: „Ze začátku to bylo těžký, ale když člověk musí, tak musí. Ted' už ne.“

25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?

R5: „Ted' už nemám. Ale bylo to kašláním a pak takový to, jak se nemůžete jako dodechnout.“

26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Mám na mysli kanylu, desinfekci, podložky, odsávací cévky, filtry.

R5: „Není.“

27. Cítila jste, že byste potřebovala po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?

R5: „Aji bych ho brala. I v době, kdy se se mnou přestali ostatní bavit.“

28: Byl Vám psycholog nabídnut?

R5: „Nebyl. A abych si někoho hledala, na to jsem neměla náladu.“

29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

R5: „*Ne, nebyla. Ale i tak jsem se to vše naučila.*“

Respondent č. 6 (R6)

Dotazovanou byla žena ve věku 70 let (narozená v roce 1953), která žije sama. Manžel zemřel před několika lety. Má 1 dceru. Vzdělání má vysokoškolské. Celý život pracovala jako učitelka klavíru na základní umělecké škole. V současné době je ve starobním důchodu. Léčí se s depresemi a s divertikulitidou. Rodinná onkologická zátěž pochází nejspíš z matčiny strany, jež zemřela na karcinom tlustého střeva.

Rozhovor, trvající zhruba 35 minut, se uskutečnil v lednu 2024 u nemocné doma. Hendikepovaná komunikuje pomocí hlasové protézy, kterou měla zavedenou až po zhruba 2 letech od odstranění hrtanu. Do té doby komunikovala pomocí elektrolarynxu. Komunikaci hlasovou protézou si pochvaluje. Nemusí přemýšlet, zda má přístroj nabitý či nikoliv a domnívá se, že okolí ji rozhodně lépe rozumí.

Přepis rozhovoru

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?

R6: „*Tento rok to bude 8 let.*“

2. Jaké jste měla potíže před stanovením diagnózy?

R6: „*Dlouhodobý chrapot, který začal asi po nějaké větší hlasové námaze. I když já jsem měla celý pracovní život hlasovou námahu.*“

3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptila?

R6: „*Asi tak zhruba půl roku?*“

4. Měla jste bolesti?

R6: „*Neměla. Jen jsem měla takový pocit knedlíku v krku. Nutilo mě to pořád si jakoby odkašlávat.*“

5. Jak se cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?

R6: „*Ted' už dobře. Ale ze začátku to bylo hrozné. Nikdo mi nerozuměl, přišla jsem si jak z jiného světa, nechtělo se mi nikam chodit, s nikým mluvit. Styděla jsem se. Dokonce i před synem.*“

6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsala?

R6: „*Já to nedokážu říct. Spíš jsem se já změnila. Jak jsem říkala, nikam se mi nechtělo. Ale blízcí přátelé chodili za mnou. Ti věrní zůstali se mnou. A syn se snachou, ti mě navštěvovali ještě více než před tím, pomáhali mi.*“

7. Jaké jste měla před onemocněním koníčky?

R6: „*Práce byla můj koníček – hraní na klavír, zpěv. Dál čtení, fotografování, turistika, plavání.*“

8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?

R6: „Některé už ne, což mě mrzí. Hlavně ten zpěv a plavání. To už nemůžu dělat.“

9. Dělá Vám problém předklon?

R6: „Nedělá. Ale co si tak pamatuji, tak ze začátku, jak jsem se předklonila, musela jsem kašlat. Naučila jsem se místo předklonu jít do dřepu.“

10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.

R6: „Manžel už nežil, když jsem šla na operaci a nikoho jiného jsem si nehledala a nenašla. Takže nedokáži říct, jak by to bylo. Myslím si, že bych se hodně styděla.“

11. Máte potíže s vylučování stolice? Pokud ano, jaké?

R6: „Jsem sledovaná pro potíže s tlustým střevem. Mívám zácpu.“

12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?

R6: „Nemám. Jen zase kvůli té nemoci střev musím dbát na příjem vlákniny. No a po ozařování mám sucho v ústech. Musím vše více zapíjet vodou.“

13. Kouřila jste před stanovením diagnózy, kolik let?

R6: „Nekouřila.“

14. A kouříte i nyní?

R6: „Nekouřím.“

15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?

R6: „Ted' už mám místo kanyly takovou tu tubu silikonovou, tomu říkají.“

16. Jste někdy bez kanyly?

R6: „Jsem. I když si vyměňuji tu tubu, jsem bez ní. Nedělá mi to už problém.“

17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?

R6: „Nyní už bez problémů. Ze začátku jsem měla strach pomalu na krku máknout.“

18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?

R6: „Nijak složitě. Místo kanyly mám tu tubu, čistím stejně. Do krku se dává líp, je měkká.“

19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?

R6: „Nic. Jen trošku kašel.“

20. Bojíte se, že se udusíte?

R6: „Ne, ne. Jen teda, když protéza už tak nesedí a než mi ji vymění, tak se bojím, aby mi nevypadla a nevdechla jsem ji, ale to se ještě nestalo.“

21. Jste s Vaší variantou řeči spokojena?

R6: „Jsem moc spokojená. Když jsem používala ten přístroj, tak mi okolí moc nerozumělo. Já jsem se i styděla ho používat. Styděla jsem se celkově a ještě, když jsem si měla dávat na krku ten přístroj. Tady se někdy okolí taky tak podívá. Už jsem na to zvyklá. Jsem moc ráda za tuto možnost mluvení.“

22. Používáte odsávací přístroj?

R6: „Už dlouho ne.“

23. Jak jste řešila nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměla?

R6: „Syn mi ho koupil v lékárně. Potřebovala jsem ho, nechtěli jsme čekat na pojišťovnu.“

24. Pociťovala jste strach z odsávání po propuštění do domácího prostředí? Pokud ano, přetrvává do současnosti?

R6: „Měla. Ted' už ne.“

25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?

R6: „Nečiní. Už nepotřebuju odsávat. Ale to odsávání dřív bylo hrozné. Kašel.“

26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Mám na mysli kanylu, desinfekci, podložky, odsávací cévky, filtry.

R6: „Není. Všechno mi napíše doktorka, když jdu na kontrolu s protézou. Vyzvednu to hned v lékárně nebo jsem ve spojení s paní z firmy s protézama.“

27. Cítila jste, že byste potřebovala po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?

R6: „Když jsem se dozvěděla diagnózu a pak, co mě čeká, sesypala jsem se. Kdyby tam nebyl syn, asi bych ani nedošla domů. Oni to řeknou, jak kdyby měl člověk nachlazení, ale pro vás končí pomalu svět. Měla jsem žákyně, co jsem je doma učila na klavír, všechno jsem to odřekla a pak už jsem se k tomu nevrátila. Ještě ted' to tak nějak někdy pociťuji, že se stydím nebo jak bych to řekla. Takže mi pak syn pomohl vyhledat psychiatricku. K té chodím do ted'.“

28. Byl Vám psycholog nabídnut?

R6: „Bohužel nebyl. Což je škoda. Člověk by si ušetřil to hledání. A myslím, že víc lidí by psychologa bralo.“

29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

R6: „To taky ne. A já bych ani nikoho nechtěla. Myslím si, že jsem to všechno nakonec zvládla, hlavně s pomocí i syna a snachy. Jen teda ta hlava to dlouho nepobrala.“

3.5 Výsledky výzkumného šetření

Otázky vztahující se k výzkumné otázce č. 1 - V jaké oblasti se změnila kvalita života nemocných po totální laryngektomii?

Kategorie: **Potíže související s nádorovou infiltrací.**

Kódy: **Potíže před stanovením diagnózy; doba trvání obtíží; přítomnost bolesti v rámci příznaků onemocnění.**

Otázka č. 2 Jaké byly potíže před stanovením diagnózy?

Otázka č. 3 Jak dlouho trvaly potíže?

Otázka č. 4 Byla v rámci příznaků onemocnění bolest?

Tabulka 2 Potíže související s nádorovou infiltrací

Respondent	Potíže před stanovením diagnózy	Doba trvání obtíží	Přítomnost bolesti v rámci příznaků onemocnění
R1	chrapot	asi rok	ne
R2	chrapot	asi půl roku	ne
R3	knedlík v krku/chrapot	asi půl roku	ne
R4	chrapot	asi rok, rok a půl	ne
R5	chrapot	asi rok	ne
R6	knedlík v krku/chrapot	asi půl roku	ne

Zdroj: vlastní

Všech 6 respondentů uvedlo jako hlavní potíž před stanovením diagnózy chrapot. Z toho 2 respondenti potíže rozšířili ještě o pocit knedlíku v krku.

Doba trvání potíží byla u 3 respondentů asi půl roku. U 2 respondentů zhruba rok a 1 dotazovaný uvedl rok, možná rok a půl.

Žádný z respondentů nepociťoval bolest jako potíž před stanovením diagnózy onemocnění.

Kategorie: **Vnímání nemoci z pohledu nemocného a okolí.**

Kódy: **Pocity nemocného vůči blízkému okolí; chování okolí vůči nemocnému.**

Otázka č. 5 Jak se cítíte vůči blízkému okolí kvůli onemocnění?

Otázka č. 6 Změnilo se po operaci chování okolí k Vaší osobě?

Tabulka 3 Vnímání nemoci z pohledu nemocného a okolí

Respondent	Pocity nemocného vůči blízkému okolí	Chování okolí vůči nemocnému
R1	velmi omezené (nepříjemné)	beze změn
R2	dobré	beze změn
R3	dobré	beze změn
R4	dobré	beze změn
R5	dobré	změnilo
R6	dobré	beze změn

Zdroj: vlastní

Nepříjemně, velmi omezeně se vůči svému okolí cítil 1 respondent. Následně zbylých 5 dotazovaných mělo pocity dobré.

Chování okolí vůči respondentovi bylo u 5 respondentů beze změn. Změnu v chování okolí pociťoval 1 respondent.

Kategorie: **Fyzická aktivita před a po operačním výkonu.**

Kódy: **Koníčky před onemocněním; přetrvání koníčku do současnosti; problémy s předklonem po operaci.**

Otázka č. 7 Jaké byly koníčky před onemocněním?

Otázka č. 8 Přetrvávají tyto koníčky i v současnosti?

Otázka č. 9. Problémy s předklonem po operaci?

Tabulka 4 Fyzická aktivita před a po operačním výkonu

Respondent	Koníčky před onemocněním	Přetrvání koníčků v současnosti	Problémy s předklonem po operaci
R1	zahrada, čtení, jízda na kole	ano	ano
R2	zahrada	ano	ne
R3	zahrada, rybaření	ano	ano
R4	turistika, jízda na kole	ano	ano
R5	zahrada, focení přírody	ano	ne
R6	hra na klavír, zpěv, čtení, fotografování, turistika, plavání	ne	ne

Zdroj: vlastní

Zahradu, čtení a jízdu na kole zařadil mezi své hobby 1 respondent. Pouze zahradu uvedl 1 dotazovaný. Další 2 respondenti ke své zálibě v zahradničení uvedli rovněž rybaření a focení přírody. Hře na klavír, zpěvu, čtení, fotografování, turistice a plavání se věnoval 1 respondent. U 1 respondenta byl praktikován zejména sport, a sice turistika a jízda na kole.

V současnosti koníčky z doby před onemocněním přetrvávají u 5 respondentů. Pouze

1 respondent se nevěnuje žádné aktivitě, kterou provozoval před hendikepem.

Problémy s předklonem po operačním výkonu zmiňují 3 respondenti. Po operačním výkonu předklon nečiní potíže 3 dotazovaným.

Kategorie: **Potíže při vykonávání biologických potřeb.**

Kódy: **Změna v intimním životě; potíže s vylučováním stolice; potíže s příjmem potravy.**

Otázka č. 10 Změnil se Váš intimní život?

Otázka č. 11 Máte po operaci potíže s vylučováním stolice?

Otázka č. 12 Máte po operaci potíže s příjmem stravy?

Tabulka 5 Potíže při vykonávání biologických potřeb

Respondent	Změna v intimním životě	Potíže s vylučováním stolice	Potíže s příjmem potravy
R1	ano	ne	ano
R2	ne	ne	ne
R3	ne	ne	ano
R4	ano	ano	ano
R5	nevím	ne	ne
R6	nevím	ano	ne

Zdroj: vlastní

Změna v intimním životě nastala u 2 respondentů. Situaci v této oblasti nemohli hodnotit 2 respondenti z důvodu absence partnerů. Žádnou změnu v sexuálním životě nepociťovali 2 dotazovaní.

Potíže s vylučováním stolice přiznali 2 dotazovaní. U 4 respondentů byla defekace bez potíží.

Těžkosti s příjmem stravy po operačním výkonu sledovali 3 respondenti. Další 3 respondenti potíže s nutricí negovali.

Kategorie: **Kouření před a po operačním výkonu.**

Kódy: **Kouření před stanovením diagnózy; počet let kouření; kouření v současnosti.**

Otázka č. 13 Kouřil/a jste před stanovením diagnózy? Kolik roků?

Otázka č. 14 Kouříte v současné době?

Tabulka 6 Kouření před a po operačním výkonu

Respondent	Kouření před stanovením diagnózy, počet let kouření	Kouření v současnosti
R1	ano/15 roků	ne
R2	ne	ne
R3	ano/55 roků	ano
R4	ano/25 roků	ano
R5	ne	ne
R6	ne	ne

Zdroj: vlastní

Před stanovením diagnózy kouřili 3 respondenti. Zbýlí 3 respondenti byli nekuřáci.

Po operačním zákroku a to i v době konání rozhovor uvedli 2 respondenti, že stále kouří. V době výzkumného šetření 4 dotazovaní sdělili, že nekouří.

Kategorie: **Náhradní hlasové mechanismy; spokojenost s vybranou variantou řeči.**

Kódy: **Metoda komunikace; spokojenost s variantou řeči.**

Otázka č. 21 Jste spokojen/spokojena s Vaší variantou řeči?

Tabulka 7 Náhradní hlasové mechanizmy. Spokojenost s vybranou variantou řeči

Respondent	Metoda komunikace	Spokojenost s variantou řeči
R1	ruktus	ano
R2	hlasová protéza	ano
R3	elektrolarynx	ano
R4	jícnový hlas	ano
R5	elektrolarynx	ano
R6	hlasová protéza	ano

Zdroj: vlastní

Všichni respondenti uvedli spokojenost s jimi vybranou metodou komunikace.

Kategorie: **Informovanost ohledně využití pomoci psychologa.**

Kódy: **Potřeba psychologa před a po operaci a kdy; nabídka pomoci od klinického psychologa.**

Otázka č. 27 Cítil/cítila jste potřebu psychologa po stanovení diagnózy či po operačním zákroku?

Otázka č. 28 Byla Vám nabídnuta možnost využít klinického psychologa?

Tabulka 8 Informovanost ohledně využití pomoci psychologa

Respondent	Potřeba psychologa před a po operaci/kdy	Nabídka pomoci od klinického psychologa
R1	ano po sdělení diagnózy	ne
R2	ne	ne
R3	ne	ne
R4	ne	ne
R5	ano po operaci	ne
R6	ano po sdělení diagnózy	ne

Zdroj: vlastní

Potřebu psychologa po operačním výkonu by uvítal 1 respondent. Přímo po sdělení diagnózy by psychologa přijali 2 dotazovaní. U 3 respondentů potřeba psychologa jak po sdělení diagnózy, tak ani po operačním výkonu, nenastala.

Všichni dotazovaní uvedli, že jim klinický psycholog nabídnut nebyl.

Otázky vztahující se k výzkumné otázce č. 2 - Jak náročná je pro nemocné péče o tracheostomii?

Kategorie: **Péče o tracheostoma a tracheostomickou kanylu.**

Kódy: **Četnost výměny tracheostomické kanyly; pobývání bez zavedené tracheostomické kanyly; vnímání péče o tracheostoma v současnosti; vnímání péče o tracheostomickou kanylu v současnosti.**

Otázka č. 15 Jak často vyměňujete tracheostomickou kanylu?

Otázka č. 16 Jste někdy delší dobu bez kanyly?

Otázka č. 17 Jak vnímáte v současné době péči o tracheostoma?

Otázka č. 18 Jak vnímáte v současné době péči o tracheostomickou kanylu?

Tabulka 9 Péče o tracheostoma a tracheostomickou kanylu

Respondent	Četnost výměny tracheostomické kanyly	Pobývání bez zavedené tracheostomické kanyly	Vnímání péče o tracheostoma v současnosti	Vnímání péče o tracheostomickou kanylu v současnosti
R1	2× denně	ne	bez obtíže	bez obtíže
R2	2× denně	ne	bez obtíže	bez obtíže
R3	2× denně	ne	pociťuje obtíže	bez obtíže
R4	nenosí TSK	ano	bez obtíže	bez obtíže
R5	2× denně	ne	bez obtíže	bez obtíže
R6	1× denně	ano	bez obtíží	bez obtíže

Zdroj: vlastní

Z dotazovaných uvedli 4, že výměnu tracheostomické kanyly provádí 2krát denně. Tracheostomickou kanylu nenosí, tudíž výměnu neprovádí vůbec 1 respondent. Kanylu mění 1krát denně 1 respondent.

Delší dobu bez tracheostomické kanyly pobývají 2 respondenti. Další 4 mají tracheostomickou kanylu pravidelně zavedenou.

V rámci péče o tracheostoma pociťoval obtíže 1 respondent. Zbýlých 5 respondentů těžkosti vůči tracheostomatu negovalo.

Ohledně péče o tracheostomickou kanylu se všech 6 respondentů shodlo, že obtíže nevnímá.

Kategorie: **Potíže při výměně tracheostomické kanyly**

Kódy: **Potíže při výměně tracheostomické kanyly; obava z dušení při výměně tracheostomické kanyly.**

Otázka č. 19 Jaké jsou největší potíže při výměně tracheostomické kanyly?

Otázka č. 20 Máte obavu, že se při výměně tracheostomické kanyly budete dusit?

Tabulka 10 Potíže při výměně tracheostomické kanyly

Respondent	Potíže při výměně tracheostomické kanyly	Obava z dušení při výměně tracheostomické kanyly
R1	kašel	ne
R2	kašel	ne
R3	zakašlávání	ano
R4	žádné, bez TSK	ne
R5	nic	ne
R6	kašel	ne

Zdroj: vlastní

Jako největší obtíž při výměně tracheostomické kanyly uvedli 3 respondenti kašel a 1 dotazovaný zakašlávání. Oproti tomu 2 respondenti sdělili, že jim výměna nečiní žádné potíže.

Obavu z dušení při výměně tracheostomické kanyly zmínil 1 respondent. Ostatní strach z dušení popřeli.

Kategorie: **Potíže související s odsáváním z tracheostomatu.**

Kódy: **Použití odsávacího přístroje v současnosti; řešení použití přístroje po operačním výkonu; strach z odsávání po propuštění z hospitalizace/současnost; obtíže při odsávání.**

Otázka č. 22 Používáte v současnosti odsávací přístroj?

Otázka č. 23 Jak jste řešil/řešila nutnost odsávání po operaci?

Otázka č. 24 Byl pocit strachu při odsávání po propuštění do domácího prostředí? Přetrvává strach do současnosti?

Otázka č. 25 Činí Vám odsávání nějaké obtíže?

Tabulka 11 Potíže související s odsáváním z tracheostomatu

Respondent	Použití odsávacího přístroje v současnosti	Řešení použití přístroje po operaci	Strach z odsávání po propuštění z hospitalizace/současnost	Obtíže při odsávání
R1	ne	vypůjčení z agentury	ano/ne	ano – kašel
R2	ne	vypůjčení z nemocnice	ne/ne	ne
R3	občas ano	vypůjčení z nemocnice	ano/ne	ano – kašel
R4	ne	vypůjčení z domácí péče	ano/ne	ne
R5	ne	vypůjčení z agentury	ano/ne	ne
R6	ne	nákup na vlastní náklady	ano/ne	ne

Zdroj: vlastní

V době konání rozhovoru 5 respondentů uvedlo, že odsávací přístroj nepoužívají. Občas odsávací přístroj použil 1 dotazovaný.

Použití přístroje v době po operačním výkonu řešilo 5 respondentů situaci výpůjčkou – 2 respondenti z agentury, 2 z nemocnice a 1 z domácí péče. Na vlastní náklady si odsávací přístroj pořídil 1 respondent.

Strach z odsávání po propuštění do domácího prostředí vnímalo 5 respondentů. Bez obav z odsávání byl 1 dotazovaný. Do doby, kdy se rozhovor uskutečnil, strach nevnímal žádný respondent.

Během odsávání sdělili 2 respondenti, že vnímají určité obtíže a to konkrétně kašel. Bez obtíží byli při odsávání 4 dotazovaní.

Kategorie: **Zajišťování pomůcek.**

Kódy: **Složitost zajišťování pomůcek.**

Otázka č. 26 Je pro Vás zajišťování si pomůcek složitá záležitost?

Tabulka 12 Složitost zajišťování pomůcek

Respondent	Složitost zajišťování pomůcek
R1	není složitě
R2	není složitě
R3	není složitě
R4	není složitě
R5	není složitě
R6	není složitě

Zdroj: vlastní

Pro žádného z respondentů nebylo zajišťování si pomůcek složitě.

Kategorie: **Informovanost ohledně využití pomoci domácí péče.**

Kódy: **Nabídka pomoci z domácí péče při propuštění z nemocnice a kým nabídnuto.**

Otázka č. 29 Byla Vám nabídnuta možnost využití domácí péče před propuštěním do domácího prostředí od zdravotnického personálu?

Tabulka 13 Informovanost ohledně využití pomoci domácí péče

Respondent	Nabídka pomoci z domácí péče při propuštění z nemocnice/kým
R1	ano v nemocnici
R2	ano v nemocnici
R3	ne
R4	ano, praktickým lékařem
R5	ne
R6	ne

Zdroj: vlastní

Pomoc z domácí péče byla nabídnuta 3 dotazovaným – 2 respondentům přímo v nemocnici, 1 dotazovanému u praktického lékaře. Nabídka pomoci z domácí péče nebyla vůbec poskytnuta 3 dotazovaným.

4 Diskuze

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na celkové zhodnocení výzkumného šetření. Cílem práce bylo zhodnotit kvalitu života nemocných po totální laryngektomii. K tomuto cíli byly přiděleny dvě výzkumné otázky, které měly zhodnotit, zda se kvalita života nemocných změnila, případně v jaké oblasti a za jak náročnou považují respondenti péči o tracheostomickou kanylu.

Výzkumným šetřením byl kvalitativní výzkum s celkem šesti respondenty, tři ženy a tři muži. Zprvu byly pokládány otázky obecného charakteru, které měly zmapovat informace o respondentovi a to věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání, sociální zázemí, přidružené onemocnění a onkologickou rodinnou zátěž. Dále byl rozhovor veden směrem ke zjištění kvality života a následně k péči o tracheostoma a tracheostomickou kanylu.

Ke komparaci výzkumného šetření byla použita studie z roku 2023 od M. Mesolella, která se zabývala fyzickou aktivitou po totální laryngektomii. Ve studii Babin et. al., která byla publikována v roce 2023 byla řešena sexuální stránka nemocných po totální laryngektomii. Další studie byla použita pro komparaci v oblasti defekace a to od autora Gjörga Sirina z roku 2020. Nakarada – Kordic (2020) byl uveden kvůli porovnání výsledků v oblasti potíží při vyměňování tracheostomické kanyly a odsávání ze stomatu. Diplomová práce od E. Venclové z roku 2018 byla použita pro srovnání výsledků v oblasti komunikační a se spokojeností výběru dané komunikační možnosti.

Odpovědi na výzkumnou otázku „V jaké oblasti se změnila kvalita života nemocných po totální laryngektomii?“

Zpracované výsledky výzkumného šetření ukázaly, že kvalita života respondentů byla změna napříč psychickou, sociální i fyzickou oblastí. Dotazovaní byli ve věkovém rozmezí 53–82 roků. Časové období od provedení operačního zákroku bylo různorodé. Nejdelší doba po totální laryngektomii byla u dvou respondentek 8 let. U jednoho respondenta, muže, byla doba po operačním zákroku 7 let. Další respondent, muž, měl 4,5 roků po odstranění hrtanu. Jedna žena 4 roky po zákroku a nejkratší dobu po operačním výkonu, 1 rok, měl muž. Všichni respondenti vypověděli, že mezi potíže, kterými trpěli před sdělením diagnózy, patřil dlouhodobý chrapot trvající minimálně 6 měsíců. Dva respondenti ke zmíněnému chrapotu pociťovali i pocit cizího tělesa v krku. Bolest jako další příznak onemocnění neuvedl ani jeden z dotazovaných. Sociální změny z blízkého okolí po operačním výkonu pociťoval jeden respondent, který zmínil, že se chování k jeho straně změnilo tím, že se s ním někteří lidé přestali bavit. Zbýlých pět respondentů změnu okolí ke své osobě nezaznamenali. Vnímání sebe sama k blízkému okolí hodnotilo jako dobré pět respondentů. U jednoho respondenta byla odpověď, že se vnímá velmi omezeně, nepříjemně, nemůže v rodině fungovat jako dříve. Jako oblíbené činnosti byly uváděny turistika, zpěv, rybaření, plavání, jízda na kole, obdělávání zahrady. Pět respondentů uvedlo, že koníčky přetrvávají do současnosti. Změnu v zálibách vnímal pouze jeden respondent. U tohoto respondenta se jednalo konkrétně o zpěv a plavání. Studie M. Mesolella publikována v roce 2023 zmiňuje pacienty po totální laryngektomii, kteří museli omezit například plavání z důvodu trvalé tracheostomie. Toto vyplynulo i z výsledného šetření této bakalářské práce. Mesolella zde také poukazuje, že je možné použití určité pomůcky, která umožňuje krátkodobé pobývání v bazénu. Dotaz týkající se obtíží s předklonem měl potvrdit či vyvrátit, zda při této změně polohy budou mít respondenti vyvolán kašlací reflex. Tento předpoklad potvrdili tři respondenti. Zbýlí tři

dotazování potíže při předklonu nepociťovali. V jedné z otázek byla řešena i intimní (sexuální) stránka života. U dvou respondentů k žádné změně v této oblasti nedošlo. Dva respondenti nedokázali tuto oblast zhodnotit, neboť v době od operačního výkonu do současnosti sexuálního partnera pozbývali. Jeden respondent změnu v tomto směru zmínil, avšak dále ji nechtěl rozvádět. U posledního dotazovaného byla změna v intimní oblasti zhruba rok od totální laryngektomie a to změna z jeho strany kvůli dýchání a pro samotnou tracheostomii. Studie od Babin, E. et al. (2023) uvádí, že se problematika sexuální poruchy u nemocných po totální laryngektomii řeší minimálně. Také informuje, že změna v této oblasti je zhruba u 30 % případů jak u samotných nemocných, tak i jejich partnerů. S touto studií se shoduje i výpočet této práce, kdy výsledek změny v intimní oblasti uvedlo 33,3 % respondentů (počítáno bylo i s těmi, kteří uvedli do odpovědi - nevím). Následná oblast, které není všeobecně více věnovaná pozornost, je vylučování stolice. Tuto problematiku zmiňuje také Göktuğ a Seher Şirin (2020) ve studii o funkční zácpě jako zanedbaného stavu u nemocných po totální laryngektomii. A to nejen z důvodu zmenšené fyzické aktivity, stresu a deprese, ale hlavně neschopností zadržet dech, čímž se fyziologicky uzavírá hrtanová příklopka. Avšak nemocní po totální laryngektomii epiglottis nemají, tím pádem nemohou dostatečně použít současně i břišní lis. Tato studie uvádí, že chronickou zácpou trpí 56,7 % respondentů. V případě této práce je výsledek 33,3 %. S vylučováním souvisí příjem stravy. Při dotazování respondentů sdělili tři z nich, že určité potíže s příjmem stravy pociťují. Zvláště zmiňují nedostatek salivace po ozařování. Zbývající tři respondenti obtíže s příjmem potravy vylučují. Abusus tabáku je udáván jako jedna z hlavních příčin rakoviny hrtanu. Kouření před stanovením diagnózy potvrdila polovina respondentů. Z toho jeden respondent uvedl, že nekouří 50 roků, tím pádem jsem jej zařadila do kategorie nekuřáků. Další polovina respondentů abusus kouření přiznala. Dva z respondentů uvedli, že kouří i po odstranění hrtanu. Třetí z nich již nekouří. Přestal krátce po stanovení diagnózy.

Respondenti komunikovali třemi formami náhrady hlasu – elektrolarynx, ruktus a hlasová protéza. Všechna šest respondentů se shodlo, že jim vybraná hlasová náhrada vyhovuje a jsou s ní spokojeni. V rámci rozhovoru se i osobně nejvíce zamlouvala komunikace s nemocným, který jako hlasový mechanismus používal voperovanou hlasovou protézu. Vyluzované tóny se nejvíce podobaly reálnému hlasu. Nejméně srozumitelnou řečí pro mě byla komunikace pomocí elektrolarynxu. Elektronický vibrující přístroj se podobal hlasu robota. Slova nezněla. Intonace byla monotónní, nezabarvená. K porozumění bylo třeba zvýšeného soustředění. Otázky týkající se potřeby psychologické podpory po stanovení diagnózy či po operačním zákroku byly zodpovězeny u poloviny respondentů kladně, čili by pomoc psychologa uvítali. Dva z těchto tří by konzultaci u psychologa uvítali po sdělení diagnózy. Další po operačním zákroku. Druhá polovina pomoc psychologa vnímala jako nepotřebnou. Klinický psycholog nebyl nabídnut žádnému z respondentů.

Z pozice všeobecné sestry, která je přítomna jak na krajské indikační komisi, tak i na dispenzárních onkologických kontrolách, mohu subjektivně hodnotit postoj nemocných a jejich doprovodu. Při nově vyřčené diagnóze většinou pacienti mlčí. Možná přemýšlí, co jim lékař zrovna sdělil, i když informaci o onemocnění jim byla sdělena dříve. Také je může zaskočit, kolik lidí z řad zdravotníků je při indikační komisi přítomno. V mnoha případech otázky k onemocnění a doporučenému léčebnému postupu předkládá právě doprovod nemocného. Většinou řeší, jak se nemocný dopraví k hospitalizaci, jak dlouho operace a hospitalizace bude trvat. Problematiku

ztráty hlasu a následné možnosti verbální komunikace řeší málokterý pacient či doprovod. Tento handicap si uvědomí nejspíš až po operačním výkonu, kdy již promluvit nemohou.

Druhá výzkumná otázka zní „Jak náročná je pro nemocné péče o tracheostomii?“

Četnost výměny tracheostomické kanyly uvedli čtyři respondenti 2× denně, většinou ráno a večer. Jeden respondent uvedl, že tracheostomickou kanylu si vyměňuje 1krát denně a zbylý dotazovaný tracheostomickou kanylu během dne nenosí, tudíž ji nevyměňuje. Následovala otázka ohledně doby pobývání bez tracheostomické kanyly. Zde uvedli dva respondenti, že bez tracheostomické kanyly během dne dokáží fungovat. Z tohoto počtu dvou jeden právě tracheostomickou kanylu neužívá vůbec. Ostatní čtyři respondenti bez kanyly během dne nepobývají. Ani jeden respondent nevnímal obtíže ohledně péče o tracheostomickou kanylu. Co se týče péče o tracheostoma samotné, uvedlo pět respondentů, že jim toto nedělá žádné obtíže a jeden z respondentů uvedl, že obtíže pociťuje a to proto, že se v okolí stoma vytváří granulace, které následně brání hladkému zavedení tracheostomické kanyly. Mezi hlavní potíže při výměně tracheostomické kanyly zařadili čtyři respondenti kašel/zakašlávání. Nakarada – Kordic (2017) uvedl, že většina pacientů při výměně tracheostomické kanyly pociťuje různé obavy a obtíže. Na předním místě zmiňuje právě kašel. S tím se shodují i výsledky této práce. Další dva respondenti žádné potíže nepociťují. Pět respondentů negovalo obavu z dušení při výměně tracheostomické kanyly. Jeden respondent tuto obavu potvrdil. S hlasovou náhradou, s níž respondenti komunikují, je spokojeno všech šest respondentů. Venclová (2018) ve své diplomové práci uvedla, že dva respondenti jsou s hlasovou náhradou spokojeni a jeden spokojen nebyl, proto podstoupil další operační zákrok. Z toho vyplývá, že se s výzkumem v této práci neshoduje. Odsávací přístroj pro toaletu dýchacích cest používá do současnosti jeden respondent. Dalších pět respondentů konstatovalo, že již z dýchacích cest odsávat nepotřebují. Po operačním výkonu je třeba provádět toaletu dýchacích cest a to různě dlouhou dobu po propuštění do domácího prostředí. Pacienti v mnoha případech odsávací přístroj nevlastní. Jednomu z respondentů odsávací přístroj pořídil syn na vlastní náklady. Dva respondenti si přístroj půjčili z nemocnice, kde byli hospitalizováni. Tři respondenti vyřešili potřebu odsávacího přístroje zápůjčkou v agentuře/domácí péči. Z odsávání z tracheostomatu pociťovalo strach krátce po propuštění z hospitalizace pět respondentů. Jeden z celkového počtu šesti respondentů žádný strach nevnímal. V současné době nemá ani jeden respondent obavu z odsávání. Jako obtíže, které provází odsávání, uvedli dva respondenti kašel. Další čtyři respondenti žádné obtíže při odsávání nepociťovali. Zajišťování potřebných pomůcek ani jeden respondent nevnímá jako složitou záležitost. Většinou jim s touto záležitostí pomohli rodinní příslušníci. Dvěma dotazovaným byla nabídnuta možnost využití domácí péče již v průběhu hospitalizace. Jeden z těchto dvou ji využil. Návštěva sestry z domácí péče proběhla pouze jedenkrát, pacient byl schopen po edukaci o tracheostoma pečovat následně samostatně. Dalšímu respondentovi byla návštěva v domácí péči nabídnuta praktickým lékařem. Tuto možnost respondent využil. Ostatním třem respondentům možnost využití zdravotnického personálu v domácím prostředí vůbec nabídnuta nebyla.

V rámci dispenzární kontroly mám vyzorováno, že péči o samotnou tracheostomickou kanylu zvládá většina nemocných v brzké době sama. Pokud jsou pacienti muži, jako doprovod přichází manželky, které za ně i vykomunikávají problémy týkající se stoma, kanyly a samotných nemocných. Muži ve většině případů nemají potřebu komunikovat. Je-li jako pacient žena, muž

ji doprovází málokdy. Pokud je přítomen, tak spíše jako doprovod v rámci zajištění odvozu, nežli pomoc při ošetřování. Každopádně, je to pouze osobní pohled na danou situaci.

5 Návrh řešení a doporučení pro praxi

V rámci výzkumného šetření byla zjištěna nedostatečná edukace nemocných po totální laryngektomii. Někteří respondenti by uvítali poučení o možnosti využití domácí zdravotní péče či možnost sdělit své obavy psychologovi. Je možné, že se někteří nemocní stydí přijmout pomoc právě od psychologa nebo tuto pomoc nepovažují za potřebnou. Každopádně pokud by jim tato odborná pomoc byla nabídnuta například přímo v nemocničním zařízení či předán kontakt na psychologa mimo nemocniční prostředí, snad by ji využilo více postižených. Předpokládám, že ze zásady muži tuto pomoc odmítají razantněji nežli ženy. Bylo by vhodné nemocným vysvětlit, že není důvod se stydět, bát se, cítit se nepříjemně, pokud o tento druh pomoci projeví zájem. Je důležité si povykládat s objektem, který není zainteresovaný do vzniklého fyzického, sociálního problému. Je přínosem, aby nemocní věděli, že dobré psychické nastavení může pomoci lépe zvládat podstupovanou léčbu. Informace ohledně potencionálního vzniku zácpy, možné změny v příjmu stravy, případně změny v intimním životě nebo nemožnost provozovat po operaci některé koníčky, by měly být nemocným běžně předkládány. Mnohdy jsou informace nemocným podávány ústně a po částech. Proto si je nemocní nebo jejich rodinní příslušníci nemusí vždy pamatovat a dát dohromady správně s časovým obdobím celkové ošetrovatelské péče.

Pro zajištění informovanosti nemocných zvláště po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí bych navrhovala vytvořit edukační materiál, brožuru, kde by byly potřebné informace bodově předloženy (viz Příloha C). Poučení by zahrnovalo informace:

- možnost konzultace s logopedem o náhradních hlasových formách, přiblížení možnosti hlasové rehabilitace,
- pravidelnost dispenzární péče na ORL ambulanci (jak často nemocný bude kontroly absolvovat),
- v případě doprovodu nemocného na kontrolní návštěvy uvést možnost využití vyúčtování náhrad cestovních nákladů soukromým vozidlem (označení tiskopisu VZP 39/2009, taktéž pro další pojišťovny),
- žádost o domácí zdravotní péči,
- předpokládaná délka čekání na vyšetření; v případě diabetických nemocných nutnost vzít si s sebou jídlo a pití,
- možnost nároku na předepisované pomůcky spolu s orientačními finančními doplatky (např. tracheostomické kanyly, sety, čistící kartáčky, podložení pod tracheostomické kanyly, odsávací cévky, odsávací přístroje, inhalátory),
- konzultace s firemním pracovníkem, který se zabývá pomůckami pro pacienty po totální laryngektomii po domluvě s lékařem,
- postup výměny tracheostomické kanyly – čištění, desinfekce, ošetření tracheostomatu,
- postup odsávání z dýchacích cest, obtíže s tím spojené,
- nutnost mít při sobě vždy buď buničitou vatu či jakýkoliv kapesník z důvodu odkášlávání,
- dyskomfort v rámci nutrice, defekace, snížení libida, stud, změna zájmových činností,
- ztráta čichu a chuti a s tím spojené rizikové situace (kouř – hoří; zápach plynu – riziko výbuchu), případně omezené dovolání se pomoci přes telefon,
- edukace v oblasti sociálního kontaktu s okolím, o možnostech využít sociální sítě s komunikací stejně postižených nemocných,

- existence spolku pro laryngektomované nemocné s názvem S-Let,
- kontakt na dané zdravotnické zařízení, ze kterého byl nemocný propuštěn, na klinického psychologa, logopeda,
- indikace pro volání RZP.

Brožuru by případně doplňovaly piktogramy. Na vytvoření brožury by se podílel jak nelékařský tak i lékařský pracovník z dané kliniky nemocnice. Pilotní vzorek by byl po zhotovení předán určitému počtu nemocných, kteří by provedli korekci ohledně srozumitelnosti předložených informací. Po revizi pilotního vzorku by byl informační materiál zaveden do oběhu. Brožura by byla pro pacienty k dispozici již při hospitalizaci a to z důvodu případného doplnění informací ošetřovatelským personálem.

Závěr

Bakalářská práce s názvem „Evaluace kvality života nemocných po totální laryngektomii“ je věnována nemocným se zhoubným onemocněním hrtanu, kdy nejčastějším typem infiltrace je dlaždicobuněčný (spinocelulární) karcinom. Poškození hrtanu nádorem brání jedinci v dostatečné respiraci, kvalitní fonaci a vyvážené nutrici. Dalšími nepříjemnými projevy, které však neohrožují jedince primárně na životě je foetor ex ore, bolestivé polykání a kašel. Jedinci mohou mnohdy příznaky přehlédnout či je považovat za nedůležité. U většiny diagnostikovaných karcinomů hrtanu je léčba chirurgická. Jedná se o totální laryngektomii, při které dochází k úplnému odstranění hrtanu. Nemocní jsou tzv. celoživotními nosiči tracheostomické kanyly.

Onkologická problematika hlavy a krku byla popsána v teoretické kapitole s názvem Současný stav problematiky. Zahrnovala téma ošetrovatelské péče o nemocné po totální laryngektomii, předoperační přípravu a pooperační péči. Ošetrovatelskou péči o tracheostoma, možnosti odsávání, pomůcky pro nemocné po totální laryngektomii, nejpoužívanější typy kanyl a v neposlední řadě možnosti hlasové náhrady. Poslední kapitola teoretické části se věnuje kvalitě života onkologicky nemocných.

Ve výzkumné části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření pomocí strukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek se skládal ze šesti nemocných. Jeden respondent byl doporučen známou autorky bakalářské práce. Dalších pět bylo vybráno z dispenzarizační ambulance pro onkologické na klinice otorinolaryngologie, kdy jeden z nich byl doporučen lékařkou z ambulance pro poruchy hlasu ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně. Věkové rozmezí respondentů činilo 53–82 let. Rozhovor s 29 otázkami se zaměřoval na kvalitu života onkologicky nemocných a na péči o tracheostoma. Celé šetření bylo provedeno anonymně a po ústním souhlasu respondentů. Souhlas dotazovaní vyslovili před zahájením rozhovoru.

Cíl výzkumu měl zhodnotit kvalitu života nemocných po totální laryngektomii. K tomu byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka zněla: „V jaké oblasti se změnila kvalita života nemocných po totální laryngektomii?“ a druhá: „Jak náročná je pro nemocné péče o tracheostomii?“.

Co se týče první výzkumné otázky zaměřující se na kvalitu života, bylo zjištěno, že nemocní pocítili určitou změnu jak po stránce fyzické, tak i o po stránce psychické a biologické. Fyzická oblast byla narušena již před stanovením diagnózy, kdy respondenti udávali dlouhotrvající chrapot a to zhruba od šesti do osmnácti měsíců. Právě chrapot trvající dva až tři týdny je uváděn jako jeden z příznaků ukazující na zhoubné onemocnění (MZ ČR, 2021). Kladné zjištění u fyzické oblasti bylo přetrvávání koníčků, které nemocní provozovali před onemocněním a pokračovali s nimi i po operačním výkonu. Mezi vyloučené záliby, kterým se respondenti po odstranění hrtanu nemohli věnovat, byl zpěv a plavání. V rámci výzkumného šetření bylo objevení informace ohledně existujícího zařízení umožňující krátkodobý pobyt ve vodě. Toto zjištění bylo dotyčnému předáno. Překvapivý, a to pozitivně, výsledek přinesl poznatek, že nemocní nemají problém socializovat se v rámci blízkého okolí. I blízké okolí se na nemocné s touto diagnózou nedívá opovrženě nebo aspoň to takto interpretují respondenti. Biologické potřeby byly narušeny po stránce vylučování, kdy břišní lis neplní svou funkci právě díky vyoperování hrtanu. U otázky týkající se sexuální stránky bylo příjemným zjištěním vstřícnost dotazovaných. I přes eventuální stud všichni odpověděli. Psychické potíže si většina nemocných neuvědomovala,

nepřipouštěla, což bylo též zajímavé zjištění. Dalo by se předpokládat, že pokud člověka postihne onemocnění se zmíněným handicapem, bude pomoc odborníka cíleně vyhledávat. Každopádně je velice pravděpodobné, že pokud by byla již od prvopočátku možnost řešit nastalou zdravotní situaci s psychoonkologem, kdy by byla jeho pomoc cíleně nabídnuta, využilo by odbornou pomoc více respondentů.

Péče o tracheostoma a tracheostomickou kanylu byla hodnocena všemi respondenty jako bezproblémová. Pokud byly potíže uvedeny, tak pro přítomnost granulací v tracheostomatu, které bránily bezproblémovému zavedení tracheostomické kanyly do stomatu. Dále respondenti uvedli jako nepříjemný jev při výměně tracheostomické kanyly kašel/zakašlávání, což uvedli všichni dotazovaní. Co se týče toalety dýchacích cest po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí, většina nemocných vnímala při tomto úkonu strach. V době konání výzkumného šetření žádný nemocný již odsávací přístroj nepoužíval. Zvolený náhradní hlasový mechanismus byl u nemocných hodnocen pozitivně. Komunikace probíhala bez větších obtíží. Spíše šlo pouze o únavu.

Lze konstatovat, že se stanoveného cíle díky výsledkům výzkumného šetření podařilo dosáhnout.

V bakalářské práci je v určitých částech pracováno s literaturou, která je starší deseti let od vydání této práce. Mezi důvody použití těchto publikací patří ucelené představení problematiky, výstižná data k danému tématu, přehledné klasifikace a srozumitelné definice, jasný popis kvality života a potřeb jedince.

Seznam použité literatury

- ABBADIA, Jessica, 2023. *V čem je rozdíl: Kvalitativní a kvantitativní výzkum?* [online]. [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://mindthegraph.com/blog/cs/kvalitativni-a-quantitativni-vyzkum/>
- ABIN, E. at al., 2023. *Sex-related quality of life after total laryngectomy for cancer* [online]. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1879729623000510>
- COVEY, R. Stephen, 2014. *7 návyků skutečně efektivních lidí. Zásady osobního rozvoje, které změni váš život*. 3. vydání. Praha: Management press. 376 s. ISBN 978-80-7261-268-0.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ, 2022. *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. ORL klinické programy* [online]. [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/pro-pacienty-a-navstevy/pracoviste/orl-zakladni-informace/orl-klinicke-programy/>
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-7357-5.
- HAHN, Aleš a kol., 2018. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 418 s. ISBN 978-80-271-0572-4.
- HERMANNOVÁ, K., M. ZÁBRODSKÝ a J. HALUZÍKOVÁ, 2016. Kvalita života u nemocných po totální laryngektomii. *Logos Polytechnikos* [online]. **7**(1), 13. ISSN 1804-3682.
- HESS, R. Dean a Neila P. ALTOBELLI, 2014. *Tracheostomy tubes*. [online]. [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <https://rc.rcjournal.com/content/59/6/956>
- CHROBOK, V., J. ASTL a P. KOMÍNEK a kol., 2004. *Tracheostomie a koniotomie, techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf, s. r. o. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KUBEŠOVÁ, Barbora, 2020. *Rakovina hrtanu způsobuje přetrvávající chrapot. Na vině bývá kouření a alkohol* [online]. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/rakovina-hrtanu-priciny-priznaky-lecba/>
- LÍNKOVÁ, Š., K. RAMOUSKOVÁ a M. DINGOVÁ, 2021. Odsávání z dýchacích cest dospělých – jak a proč ho provádět správně. *Florence* [online]. **17** (6), 18. ISSN 2570-4915.
- MAČÁK, Jirka a Jana MAČÁKOVÁ, 2022. *Patologie*. 3. vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-6671-3.
- Medial.cz* [online]. [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: <https://www.medial.cz/pro-profesionaly/pc-123-larynx>
- MESOLELLA, Massimo at al., 2023. *Sport in the Laryngectomized: A Literature Review and Single Case Presentation* [online]. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10304274/>
- Microstop.cz* [online]. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.microstop.cz/p/nadoba-na-dezinfekci#>

- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. *Kdyby znamená pozdě* [online]. [cit. 2024-03-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/09/Onkobrozura_Kdyby_znamená_pozde.pdf
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. *Národní ošetrovatelský postup odsávání dýchacích cest* [online]. [cit. 2023-10-25]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/41067/NOP%20Ods%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD%20d%C3%BDchac%C3%ADch%20cest.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. *Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí* [online]. [cit. 2023-10-25]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novinky-v-roce-2022-pri-poskytovani-zdravotni-pece-ve-vlastnim-socialnim-prostredi/>
- MKN-10 2023, 2023. *O MKN-10* [online]. [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>
- NAKARA – KORDIC, Ivana at al., 2017. *A systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy* [online]. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-017-0277-1>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. *Kvalita života* [online]. [cit. 2023-10-30]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. *Spinocelulární karcinom* [online]. [cit. 2023-09-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3795>
- PASRIJA, Divij a Carrie A. HALL, 2023. *Airway suction* [online]. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557386/>
- PŘECECHTĚLOVÁ, Jana, 2013. Ošetrovatelská péče o pacienty s tracheostomií. *Florence* [online]. 9(1-2). ISSN 2570-4915.
- ŞIRIN, Göktuğ a ŞIRIN, Seher, 2020. *Functional constipation as a neglected condition in laryngectomized patients* [online]. [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7062130/>
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 272 s. ISBN 978-80-271-2862-4.
- SLOUKA, David, 2015. *Hrtan. Rakovina hrtanu. Ošetrování po totální laryngektomii*. Plzeň: Euroverlag, s.r.o. 150 s. ISBN 978-80-7177-952-0.
- SMILEK, P., J. PLZÁK a J. KLOZAR a kol., 2015. *Karcinom dutiny ústní a hltanu*. 1 vydání. Havlíčkův Brod: Tobíáš. 377 s. ISBN 978-80-7311-153-3.
- Spolek laryngektomovaných ČR*, 2018 [online]. [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: <https://www.s-let.cz/>
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 136 stran. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠEVČÍK, Pavel a kol., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-151-3.

- ŠLAMPA, Pavel a Pavel SMILEK a kol., 2016. *Nádory hlavy a krku*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta a. s. 262 s. ISBN 978-80-204-3743-3.
- TANCEROVÁ, Tereza, 2020. *Rakovinou krku jsou ohroženi kuřáci a lidé se zálibou k alkoholu. Jak se nemoc projevuje?* [online]. [cit. 2024-03-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/rakovina-krku-priznaky-a-lecba/>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTICKY ČR, 2022. *MKN-10 2023. C30-C39 – Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohrudních orgánů* [online]. [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/C32>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2019. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Instrukční příručka*. 10. revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 260 s. ISBN 978-80-7472-169-4. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-instrukcni-prirucka-20200101.pdf>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2023. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů* [online]. [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--tnm-klasifikace-zhoubnych-novotvaru>
- VENCLOVÁ, Eliška, 2018. *Využití náhradních hlasových mechanismů při rehabilitaci osob po totální laryngektomii* [online]. [cit. 2024-01-30]. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/cy6arm/?lang=sk;zoomy_is=1
- VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
- VOŠMIK, Milan a Jan KLOZAR, 2021. Totální laryngektomie nebo larynx-záchovný postup? Aktuální léčebné postupy. *Onkologie* [online]. 9(1-2), 63. ISSN 1803-5345.
- VZP ČR, 2019. *Úhradový katalog VZP – ZP. Metodika* [online]. [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: https://media.vzpststatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodika_1025.pdf
- ZÁKONY PRO LIDI, 2022. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.* [online]. [cit. 2023-10-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Seznam příloh

Příloha A Přehled otázek předkládaných při výzkumném šetření

Příloha B Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha C Informační materiál pro nemocné v domácím prostředí

Přílohy

Příloha A Přehled otázek předkládaných při výzkumném šetření

Obecné otázky:

- Věk
- Nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní zařazení
- Přidružené onemocnění
- Rodinný stav
- Onkologická predispozice

1. Jak dlouho máte po odstranění hrtanu?
2. Jaké jste měl/a potíže před stanovením diagnózy?
3. Pamatujete si, jak dlouho jste chraptil/a?
4. Měl/a jste bolesti?
5. Jak se cítíte vůči Vašemu okolí (partnerovi, přátelům, dětem) kvůli onemocnění?
6. Změnilo se po operaci chování vůči Vám ze strany nejbližších a přátel? Pokud ano, jak byste to popsal/a?
7. Jaké jste měl/a před onemocněním koníčky?
8. Máte zmíněné záliby i v současnosti?
9. Dělá Vám problém předklon?
10. Změnil se Váš intimní život? Pokud ano, jak? Je-li tato otázka pro Vás nepříjemná, nemusíte odpovídat.
11. Máte potíže s vylučováním stolice? Pokud ano, jaké?
12. Máte potíže s příjmem potravy? Pokud ano, jaké?
13. Kouřil/a jste před stanovením diagnózy, kolik let?
14. A kouříte nyní?
15. Jak často si vyměňujete tracheostomickou kanylu?
16. Jste někdy bez kanyly?
17. Jak vnímáte péči o tracheostoma?
18. A jak vnímáte péči o tracheostomickou kanylu?
19. Co Vám dělá největší potíže při výměně kanyly?
20. Bojíte se, že se při výměně kanyly udusíte?
21. Jste s Vaší variantou řeči spokojen/a?
22. Používáte odsávací přístroj?
23. Jak jste řešil/a nutnost používat odsávací přístroj v době, kdy jste jej ještě neměl/a?

- 24. Pociťoval/a jste strach z odsávání? Pokud ano, přetrvává do současnosti?
- 25. Činí Vám odsávání nějaké obtíže? Případně jaké?
- 26. Je pro Vás zajišťování pomůcek složité? Myslím kanylu, dezinfekci, podložky, odsávací cévky.
- 27. Cítil/a jste, že byste potřeboval/a po sdělení diagnózy nebo po operačním zákroku psychologa?
- 28. Byl Vám psycholog nabídnut?
- 29. Byla Vám nabídnuta možnost využít pomoc sester z domácí péče?

Příloha B Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha C Informační materiál pro nemocné v domácím prostředí

Výměna tracheostomické kanyly bez obturační manžety, dvouplášťová (dvousložková)

Pomůcky k výměně a následnému zavedení tracheostomické kanyly:

- Tracheostomická kanyla 2× (1krát ve stomatu, 1krát nachystána pro výměnu).



Obrázek 1 Dvouplášťová tracheostomická kanyla bez obturační manžety

Zdroj: vlastní

- Desinfekční roztok bez obsahu chloru; ředění dle výrobce.



Obrázek 2 Desinfekční roztok

Zdroj: vlastní

- Nádoba s desinfekcí, ve které bude tracheostomická kanyla naložena po dobu desinfekce



Obrázek 3 Nádoba s desinfekcí pro desinfekci tracheostomické kanyly

Zdroj: <https://www.microstop.cz/p/nadoba-na-dezinfekci#>

- Čistící kartáček



Obrázek 4 Čistící kartáček na tracheostomickou kanylu

Zdroj: vlastní

- Fixační páska k uchycení tracheostomické kanyly kolem krku



Obrázek 5 Fixace tracheostomické kanyly originální balení

Zdroj: vlastní



Obrázek 6 Fixace tracheostomické kanyly z obvazového materiálu

Zdroj: vlastní

- Podložka pod tracheostomickou kanylu.



Obrázek 7 Podložka pod tracheostomickou kanylu

Zdroj: vlastní

- Lubrikační gel či jakýkoliv gel/olej vodou rozpustný, kterým lze potříť tracheostomickou kanylu z důvodu snadnějšího zavedení do tracheostomického kanálu.



Obrázek 8 Lubrikační gel na tracheostomickou kanylu

Zdroj: vlastní

- Štětka na aplikaci lubrikačního gelu. POZOR na případné vatové chloupky, které mohou ulpět na tracheostomické kanyle – riziko dráždění v průdušnici.



Obrázek 9 Štětka na aplikaci lubrikačního gelu

Zdroj: vlastní

- Nůžky na přestřížení fixační pásky.
- Zrcadlo
- Odsávací přístroj a odsávací cévky dané velikosti.



Obrázek 10 Odsávací přístroj, odsávací cévky

Zdroj: vlastní

- Desinfekční roztok k ošetření okolí tracheostomatu, pokud je kůže v okolí stoma porušena



Obrázek 11 Desinfekční roztok

Zdroj: vlastní

- Voda a čistá žínka
- Prostředky pro ochranu kůže okolí tracheostomatu (pod tracheostomickou kanylou);
v případě potřeby



Obrázek 12 Ochranný krém

Zdroj: vlastní

Příprava tracheostomické kanyly:

- Řádné umytí rukou.
- Zkontrolování funkčnosti odsávacího přístroje.
- Zkompletování tracheostomické kanyly určené pro výměnu – vložku kanyly vložit do pláště kanyly.
- V případě tracheostomické kanyly se zavaděčem zavedení zavaděče do pláště kanyly, vložku kanyly mít nachystanou na následnou výměnu za zavaděč.
- POZOR kanylu „neosahávat“ v části, která bude zavedena do tracheostomického kanálu.
- Přichycení fixačních pásky do „otvorů v křídýlkách“ tracheostomické kanyly
- Vložení podložky pod kanylu.
- Aplikace lubrikantu či fyziologického roztoku na konec pláště tracheostomické kanyly = snadnější zavedení do tracheostomického kanálu.
- Odložení tracheostomické kanyly na čisté místo (kapesník, mulový čtverec, plena, miska)



Obrázek 13 Fixační pásek

Zdroj: vlastní



Obrázek 14 Podložka pod tracheostomickou kanylu

Zdroj: vlastní

Výměna tracheostomické kanyly:

- V případě potřeby provést úkon před zrcadlem.
- Povolení fixační tkanice (rozstřížení, rozvázání, rozlepení).
- Mírný záklon hlavy – odstranění tracheostomické kanyly ze stomatu a odložení na připravené místo.
- POZOR možnost zvýšeného dráždění ke kašli, pocit ztíženého dýchání.
- Očištění okolí stomatu čistou navlhčenou žínkou, v případě potřeby desinfekčním roztokem aplikovaný na tampon, gázu.
- POZOR, aby se nedostala dezinfekce či voda do stomatu, riziko dráždění ke kašli.
- Nachystanou čistou tracheostomickou kanylu připravit do rukou.
- Mírný záklon hlavy.
- Zadržení dechu.
- Kruhovým pohybem bez zbytečného manipulování do stran zavést kanylu do stomatu.
- POZOR riziko dráždění ke kašli.
- Odstranění zavaděče.
- Vložení vložky do pláště kanyly.
- Zafixování kanyly fixačními pásky tak, aby neškrtily, anebo nebyly příliš povoleny; doporučuje se fixace na jeden prst ruky.
- Vyčištění pláště a vložky kanyly kartáčkem pod tekoucí vodou, následné ponoření do dezinfekce.
- Při komplikacích s výměnou kanyly – potíže se zavedením z důvodu zúžení stoma, ztíženém dýchání, vykašlávání krví zabarveného sputa, volejte RZP 155.
- V případě dotazů ohledně péče o tracheostoma a výměnu kanyly volejte ORL ambulanci. Telefonní číslo dle pracoviště.

Výměna vnitřního kanyly (vložky) bez odstranění tracheostomické kanyly ze stomatu:

- Řádné umytí rukou.
- Odstranění vnitřní vložky kanyly.
- Vložení nové, čisté vložky tracheostomické kanyly.
- Důkladné očištění okolí tracheostomatu vlhkým čistícím ubrouskem.
- Pokud není k dispozici vlhčený ubrousek, lze použít jemné mýdlo, vodu a ručník.
- V případě potřeby aplikovat ochranný krém do okolí stoma.
- Následně vyčištění použité vložky kanyly pod tekoucí vodou kartáčkem či čistící štětičkou.
- Osušení a odložení na čisté místo (Kapounová, 2020).

Veškerý použitý obrazový materiál je pouze ilustrační.