

KOMUNIKACIJA Z LARINGEKTOMIRANIM PACIENTOM

Nina Krečan, dipl. m. s.
Marjana Vrečko, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

IZVLEČEK

Rak je za pacienta in njegovo družino hud čustven pretres in obremenitev. Čeprav je to zelo dobro znano, se včasih premalo poglobimo v usodo pacienta z rakom. Kljub utemeljenosti in nujnosti laringektomije le-ta pušča trajne organske in duševne posledice. Laringektomirani pacient je zaradi izgube tako pomembnega organa, kot je grlo, izpostavljen izredno hudi psihični obremenitvi. Izguba normalnega govora je za mnoge enaka izgubi sporazumevanja nasploh. Tudi če se pacient nauči ezofagealnega govora ali uporablja elektronski pripomoček, je njegova sposobnost govornega sporazumevanja trajno omejena in ga pri stiku z ljudmi ovira.

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, govorna rehabilitacija, pacient, medicinska sestra.

UVOD

Po podatkih Registra raka za Slovenijo je bila opazovana povprečna letna incidenca raka grla in vratu za leta od 2002 do 2006; pokazalo se je da je le-ta pri moških 9,5 % (93), in pri ženskah 1,1 % (11) (Miklavčič 2009 po Primc Žakelj et al., 2009). Če karcinom odkrijejo zgodaj, je možnost ozdravljenja z radioterapijo od 80 do 90 %. V primeru, da radioterapija in kemoterapija ne uspeva, ali da je tumor neprimeren za ta način zdravljenja, kirurg napravi laringektomijo, to je odstranitev grla. Za pacienta pa je lahko pogubna telesna prikrajšanost, ki tudi predstavlja posledico laringektomije. Pacienti lahko doživljajo izgubo grla kot nevzdržno pohabljenost, poleg tega, da morajo živeti tudi s strahom

pred rakom. Popolnost obraza in vratu je najbolj opazni del človeka in s tem celotne osebnosti. Pacienti s traheostomo so vidno zaznamovani in vzbujajo občutek usmiljenja, včasih celo gnusa in strahu. Strah ob pogledu na človeka s traheotomijo vodi tudi njegove najbližje k podzavestnemu odmikanju od pacienta (Kolbl, 2008).

Zmožnost verbalnega komuniciranja pogosto jemljejo kot nekaj samoumevnega. Pacienti, ki so izgubili svoj izvorni glas, lahko to občutijo kot delno izgubo svoje osebnosti. V primeru, da se ne morejo prilagoditi psihološkim in socialnim spremembam po laringektomiji, jih to lahko vodi v socialno izločitev in depresijo.

KOMUNIKACIJA

Komunikacija je vrsta interakcije, ki se je najbolj razvila pri človeku. Za človeško interakcijo bi lahko celo rekli, da je brez komunikacije sploh ni. Med udeleženci interakcije namreč vedno pride do določene komunikacijske odnosa, tj. do oddajanja in sprejemanja informacij. Posredovanje informacij je lahko namerno ali nenamerno. Poteka lahko med ljudmi, pa tudi med drugimi živimi bitji (Kovačev, 1998).

Namen komunikacije je biti slišen in priznan, razumljen in sprejet. Ljudje komuniciramo, da bi se družili, izrazili svoje potrebe, svoje želje in svoja čustva. Komuniciramo tudi z namenom spodbuditve akcije, s katero vplivamo na druge, da bi se vedli na določen način. S kliničnega zornega kota pa tisti, ki nudi pomoč, komunicira, da bi pomiril pacienta, in sicer s tem, da mu posreduje informacijo, ki zadeva njegovo bolezen, kadar gre za diagnozo, ali pa zmanjša njegov strah in tesnobo, ko mu sproti poroča o dogajanju in odgovarja na morebitna vprašanja (Kovačev, 1998).

Kogovšek (2010) navaja, da se pri komunikaciji nemalokrat pojavljajo ovire. Najpogostejša in najbolj problematična ovira, ki se pojavi, je ta, da ima sogovornik pomanjkanje zanimanja za vsebino pogovora, ali pa ga sploh nima. Če sta sogovornika utrujena ali imata moteno koncentracijo, njun pogovor ne steče v zeleno smer. Poslušalec je pogosto tudi narcističen ali pa ima določene predsodke do sporočevalca. Za poslušalca je neugodno poslušati govorca, ki ima monoton govor. Govorca in poslušalca v nekem pogovoru pogosto ločuje nivo izobrazbe in pretekle izkušnje, na kar mora biti govorec še posebej pozoren.

Ovira v komunikaciji je tudi pomanjkanje časa za odkrit odgovor. Če pacient ne zaupa zdravstvenemu osebju, je njuna komunikacija neuspešna. Problematično z vidika pacienta je to, da ne razume vseh informacij, ki jih je prejel, da ima občutek strahu in negotovosti. Največja ovira pri komunikaciji med zdravstvenim osebjem pa je pomanjkanje osebnih komunikacijskih spretnosti, tako na strani pacienta kot na strani zdravstvenega osebja.

GOVORNA KOMUNIKACIJA LARINGEKTOMIRANEGA PACIENTA

Za pacienta in njegovo družino je najpomembnejša čim hitrejša pridobitev ene izmed nadomestnih metod sporazumevanja.

Po laringektomiji so možne kirurške in nekirurške metode govorne rehabilitacije:

- govor s pomočjo požiralnika – ezofagealni govor,
- govorni aparat ali elektronsko grlo,
- govor s pomočjo govorne traheoezofagealne proteze in
- govor s pomočjo neoglotisa.

Metode govorne rehabilitacije:

1. GOVOR S POMOČJO POŽIRALNIKA – EZOFAGEALNI GOVOR

Najhujša posledica odstranitve grla je izguba glasu. S totalno laringektomijo se odstrani generator glasu. Izguba laringealnega glasu je huda komunikacijska motnja in predstavlja celo večji psihični stres kot spoznanje resnosti obolenja. Klasičen način govorne rehabilitacije je učenje ezofagealnega govora. Danes se pri totalni laringektomiji vse pogosteje uporablja takšna kirurška tehnika, ki omogoča uporabo pljučnega zraka za uporabo ezofagealnega govora, primer le-te je formiranje ezofagealne fistule oziroma neoglotisa, ki omogoča tvorbo glasu, ki je podoben laringealnemu glasu (Kovačič, 2006).

Za učenje ezofagealnega govora obstajajo tri metode:

- deglutinacijska,
- injekcijska in
- aspiracijska metoda (Kovačič, 2006).

Pomanjkljivosti ezofagealnega govora so:

- slabša razumljivost,
- potrebnost višje stopnje napora,
- pogosta dolgotrajnost učenja,
- omejena glasnost (zato je pacienta težje slišati in razumeti v hrupnem okolju),
- visoka stopnja napetosti pacienta (ob stresnih situacijah nekateri pacienti zaradi le-te ne morejo tvoriti ezofagealnega govora),
- telesni stranski učinki (refluks, zgaga, napihnjenost),
- prisotnost šuma iz traheostome (ki oteži razumljivost govora),
- razumljivost govora je možna le ob natančni artikulaciji (Miklavčič, 2009).

2. GOVORNI APARAT ALI ELEKTRONSKO GRLO

Elektronsko grlo je mehanična pomoč na baterije, ki proizvaja vibrirajoč tip zvoka. To je ročna naprava, ki jo pritisnemo na mehko tkivo ob vrat pod brado. Nastajajoč zvok potuje skozi tkiva v žrelo in uide ven skozi usta. Vibrator zaniha zrak v žrelu oziroma ustni votlini, pacient pa ga z artikulacijskimi organi zaniha v govor (Kolbl, 2008).

Elektronsko grlo je uporaben začasni pripomoček, dokler ezofagealni govor ne deluje primerno ali dokler kirurg ne vstavi govorne proteze.

Elektronsko grlo je včasih edina možna pomoč za paciente, ki so imeli obsežnejšo operacijo, kot je laringektomija ali v primeru, da ima pacient metastaze ali fistulo.

Glavna slabost te pomoči je tip zvoka, ki ga proizvaja. Pogosto ga opisujemo kot kovinskega (Miklavčič, 2009).

3. GOVOR S POMOČJO GOVORNE TRAHEOEZOFAGEALNE PROTEZE

Vstavev sapnično-požiralnikove govorne proteze ali traheoezofagealna punkcija je kirurška metoda. Glavna prednost proteze je hitra pridobitev govora; glas, ki nastane, je podoben dobremu ezofagealnemu govoru. Negativna stran vstavitve govorne proteze je ta, da za protezo oziroma njeno vzdrževanje skrbi sam pacient in da lahko pride do komplikacij kot so netesnenje proteze, zamašitev in posledična menjava proteze po določenem času.

Govor s pomočjo govorne traheoezofagealne proteze je lahko v veliko pomoč tistim, ki se iz različnih razlogov niso naučili ezofagealnega govora (Kolbl, 2008).

4. NEOGLOTIS

Neoglotis je eden izmed operativnih načinov govorne rehabilitacije, tj. metoda, pri kateri se že med operacijo naredi povezava med požiralnikom in žrelom ter s tem oblikujeta novi glasilki, ki potem pod vplivom in pritiskom zraka iz pljuč zanihata (Kovačič, 2006).

Prvi cilj rehabilitacije po laringektomiji je vrniti pacienta čim bližje psihološkemu, socialnemu in ekonomskemu statusu, ki ga je imel pred laringektomijo.

Ključni korak k temu je pridobitev socialno sprejemljivega govora. Da bi dosegli dobro govorno rehabilitacijo, jo je potrebno dobro načrtovati. To je čas, ko mora pacient dobiti dobro čustveno podporo in v tem času imajo medicinske sestre priložnost, da vzpostavijo s pacientom dober terapevtski odnos in pridobijo pacientovo zaupanje.

Vloga medicinske sestre se dopolnjuje z vlogo govornega terapevta.

VLOGA GOVORNEGA TERAPEVTA

Preden lahko govorni terapevt seznaniti pacienta z možnostmi govorne rehabilitacije, mora oceniti pacientovo zainteresiranost, izgovorjavo in kvaliteto govora, spretnost, domačo podporo in pismenost. V primeru, da ne zna pisati in brati, mu takoj po operaciji ne bodo mogli pomagati s pisano besedo in tako bodo težave še večje. Za govornega terapevta bo lažje, da s pomočjo medicinske sestre, ki je vseskozi neposredno ob pacientu, razvije tesne stike s pacientom in njegovimi svojci ter na ta način natančno oceni pacienta in svojce.

Govorni terapevt navadno organizira obisk drugega laringektomiranega pacienta, ki demonstrira alaringealni govor. Čeprav to daje pacientu upanje, da bo lahko spet govoril, je to lahko zanj zelo stresno, ko prvič sliši psevdoglas (Miklavčič, 2009).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra dopolnjuje vlogo govornega terapevta in okrepi njegovo poučevanje. Pacient lahko z izgubo možnosti komuniciranja

postane popolnoma odvisen od medicinske sestre, zato imajo le-te moč in kompetenco spodbuditi pacienta, da se praktično in psihološko povrne v prvotno stanje.

Pacient mora vedno imeti na doseg roke zvonec, s katerim lahko pokliče medicinsko sestro. Na ta način pacientu pomagamo, da se znebi strahu. Življenjskega pomena je, da vzpostavimo metodo komuniciranja. Najlažje je, da ima pacient ob postelji vedno na razpolago svinčnik in papir ali pa magično tablo, čeprav ta način vzame veliko časa in povzroča frustracije. Tudi uporaba mobilnih telefonov, pisanje sms sporočil je lahko nepogrešljiva vez kmalu po operaciji.

Medicinske sestre morajo biti tolerantne in dati pacientu za izrazitev potreb toliko časa, kot ga potrebuje. Da bi pomagale pacientu, se priporoča optimističen, ljubeč in celosten pristop. Medicinske sestre naj razvijejo podporno mrežo, ki deluje tudi po odpustu iz bolnišnice; lahko spodbudijo pacienta, da se pridruži društvu laringektomiranih pacientov, ki ima zanj in njegovo družino terapevtsko in socialno vrednost (Miklavčič, 2009).

ZAKLJUČEK

Število pacientov z rakom grla se vsako leto povečuje, zato imamo vedno več pacientov s trajno traheostomo. Ti pacienti so pogosto prizadeti z več strani, tj. v osnovnih življenjskih funkcijah – dihanja, hranjenja in govornega sporazumevanja.

Pacienta po laringektomiji najbolj prizadene izguba govorne komunikacije. Eden izmed najpogostejših ciljev rehabilitacije večine pacientov po laringektomiji je pridobitev nadomestnih govorno-glasovnih sposobnosti ter čim krajša časovna usposobitev za uporabo ene izmed nadomestnih metod sporazumevanja. Pacient, ki ne osvoji nobene govorne metode nadomestne komunikacije, težko vzpostavlja uspešno komunikacijo z okoljem, kar pa pogosto vodi v frustracije in socialno izolacijo.

Medicinska sestra mora imeti dobro teoretično znanje o komunikaciji in poznati načine nadomestne komunikacije; le s tem znanjem je lahko uspešna pri zdravstveni vzgoji pacienta.

LITERATURA

- Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v ZN. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- Kolbl P. Komunikacija bolnika s traheostomo. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.
- Kovačev A.N. Socialna interakcija. Ljubljana: Visoka zdravstvena šola; 1998.
- Kovačič D. Problemi komunikacije laringektomiranih bolnikov. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2006.
- Miklavčič T. Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji bolnikov po laringektomiji; 2009; letnik III, št.1. Dostopno na: http://www.kclj.si/portal_ZN/dejavnosti/strok_vseb7orl/l3s1.pdf. Pridobljeno 11. 3. 2011.