



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Markéta Barešová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

Markéta Barešová

### **Poděkování**

Toto poděkování bych chtěla především věnovat svému vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, obrovskou trpělivost, podporu, cenné rady a čas, který mi věnoval. Dále Ing. Markétě Špakové za pomoc při korektuře a Mgr. Haně Kociánové za cenné připomínky pro část zpracování a analýzy dat.

# **Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií**

## **Abstrakt**

Předkládaná bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií. Cílem této práce bylo zjistit specifika při ošetrování pacienta s dysfagií. Pro naplnění cílů bylo stanoveno šest výzkumných otázek: Jak sestry monitorují úroveň polykacích schopností u nemocného s dysfagií? Jaké specifické intervence provádí sestra u nemocného s dysfagií? Jak sestry v rámci péče o pacienta s dysfagií spolupracují s dalšími specialisty? Jaké kompenzační pomůcky u nemocných s dysfagií ošetrovatelský personál využívá? Jaké specifické potřeby mají pacienti s dysfagií? S jakými problémy se potýkají pacienti s dysfagií?

K realizaci výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní přístup, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor se skládal z 32 otázek (viz příloha č.6). Získané výsledky byly zpracovány metodou otevřeného kódování technikou „tužka papír“. Výzkumný soubor tvořilo 8 všeobecných sester ve věkovém rozmezí 26 - 60let. Z toho byly 3 sestry z neurologického oddělení, 2 sestry z oddělení následné péče, a poté vždy po 1 sestře z interního oddělení, jednotky intenzivní péče a oddělení otorinolaryngologie.

Výsledky práce jsou členěny do jednotlivých kategorií, kterými jsou: monitorace, specifické intervence, spolupráce s dalšími odborníky, kompenzační pomůcky, potřeby pacientů, problémy pacientů. Práce poskytuje celkový pohled na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií.

## **Klíčová slova**

Dysfagie; ošetrovatelská péče; všeobecná sestra, pacient, polykání

# **Nursery care for patients with dysphagia**

## **Abstract**

This thesis studies a nursery care for patients with dysphagia. The main goal of the thesis was to collect experience about nursery care. To achieve our goals, we have employed following questions: How is the swallowing ability monitored by nurses? What kind of special treatment is provided to patients with dysphagia? Are other specialists involved into treatment? Are there any special tools needed when treating patients with dysphagia? What are the specific needs of patients with dysphagia? What are the problems the patients with dysphagia are facing?

The research was done by half-structured interview with eight nurses in the age range 26-60 years. More specifically three nurses from neurology, two nurses from aftercare ward and one nurse from internal medicine ward, intensive care, otorhinolaryngology were interviewed. The interview consisted of 32 questions (see Appendix 6). The results obtained were processed by open ink using the "pencil paper" technique.

The results of the work are divided into individual categories, which are: monitoring, specific interventions, cooperation with other experts, compensatory aids, patients 'needs, patients' problems. The thesis provides an overview of the nursing care of patients with dysphagia.

## **Keywords**

Dysphagia; nursery care; nurse; patients; swallowing

## Obsah

Úvod .....	8
1 Současný stav .....	9
1.1 Vymezení dysfagie .....	9
1.2 Příčiny dysfagie .....	12
1.3 Příznaky dysfagie .....	14
1.4 Diagnostika dysfagie .....	15
1.5 Terapie dysfagie .....	17
1.6 Enterální výživa .....	19
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií .....	20
1.7.1 Základní zásady .....	21
1.7.2 Výběr nejlepší možné konzistence stravy .....	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	25
2.1 Cíl práce.....	25
2.2 Výzkumné otázky .....	25
3 Metodika.....	26
3.1 Metodika výzkumu .....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	26
4 Výsledky výzkumného šetření .....	27
4.1 Základní údaje o informantech .....	27
4.2 Kategorizace získaných dat .....	27
4.1.1 Kategorie A) Monitorace.....	28
4.1.2 Kategorie B) Specifické intervence .....	31
4.1.3 Kategorie C) Spolupráce s odborníky .....	35
4.1.4 Kategorie D) Kompenzační pomůcky .....	36
4.1.5 Kategorie E) Potřeby pacientů.....	37
4.1.5 Kategorie F) Problémy pacientů.....	39
5 Diskuze .....	41
Závěr.....	45
Seznam literatury.....	46
Seznam příloh.....	51

Seznam použitých zkratek a symbolů .....	61
--	----

## Úvod

Polykání je jedna z fyziologických funkcí našeho těla, bez které by nebylo možné adekvátně zajistit stav výživy a hydratace. Výskyt dysfagie se často opomíná. Mnohdy si ošetrovatelský personál neuvědomuje, jak častá tato porucha je. Váže se k několika onemocněním léčeným na neurologickém a otorinolaryngologickém oddělení, najdeme ji ale i v zařízeních pro seniory a zařízeních pro následnou péči. Vyskytuje se jak u dětí, tak i u dospělých. Nejčastěji jsou postiženi senioři. Dopad na psychiku nemocného a jeho okolí je velký, proto jsem se rozhodla si vybrat toto téma. Chtěla jsem na toto mnohdy opomíjené téma upozornit a popsat jej jako poměrně častý problém, který doprovází onemocnění celé řady tělních systémů. Po dokončení studia bych se chtěla vrátit na oddělení, kde se pacienti s dysfagií často vyskytují, a chtěla bych se více věnovat rozvoji ošetrovatelské péče o tyto pacienti zejména při jejich propouštění do domácí péče. Za své praxe mohu říci, že právě během dimise je na pacienty s dysfagií často zapomínáno, nejsou jim dostatečně předávány informace ohledně úpravy stravy, běžně nejsou dostupné tištěné materiály, opomíjena je i psychická podpora těchto lidí.

Teoretická část práce se zaměřuje na vymezení dysfagie jako takové. Je zde popsána anatomie a fyziologie polykacích cest, fáze polykání, etiologie, symptomatologie, diagnostika a terapie se všemi důsledky této poruchy. Dále se práce zaměřuje na ošetrovatelskou péči spojenou s ošetřováním klientů. Je v ní blíže definováno, jaké pomůcky používat a jak upravovat adekvátně stravu nemocnému.

Empirická část bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem práce bylo zmapovat specifika při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na neurologickém, otorinolaryngologickém, standardním interním oddělení a interní jednotce intenzivní péče, v Karlovarské krajské nemocnici a na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a v Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče v Nejdku. Otázky rozhovorů byly zaměřeny na zkušenosti sester s pacienty s dysfagií, na specifika ošetrovatelské péče a na možné problémy a potřeby, které pacienti s dysfagií mohou dle sester pociťovat. Výsledky práce jsou členěny do jednotlivých kategorií, kterými jsou: Monitorace, specifické intervence, spolupráce s dalšími odborníky, kompenzační pomůcky, potřeby pacientů, problémy pacientů.



# 1 Současný stav

## 1.1 Vymezení dysfagie

Je odbornou literaturou definována jako porucha polykání, přesněji řečeno nemožnost volného bezproblémového polykání. Tato porucha bývá přitom pojímána jako symptom, jež vzniknul jako sekundární důsledek jiných onemocnění či poruch (jeho výskyt je zaznamenán u četných organických i funkčních poruch). Na základě toho lze hovořit o tzv. organické poruše polykání (např. tumor), značící se zejména stálými polykacími potížemi nebo o funkčních dysfagiích, které mají charakter intermitentních potíží. Pro doplnění lze ještě z obecného hlediska zmínit neobstrukční příčiny dysfagie (poruchy motility), které jsou obvykle způsobeny narušením inervace. Některé typy funkční dysfagie patří mezi vertebroviscerální poruchy, tato otázka však byla doposud málo prostudována. Je to dáno tím, že klinicky stojí na pomezí čtyř odlehlých medicínských oborů, kterými jsou neurologie, gastroenterologie, léčebné rehabilitace a otorinolaryngologie (Vaňásková et al., 2007).

Poruchám polykání musí být v praxi věnována dostatečná pozornost, jelikož znamenají pro pacienty vážná rizika. Jako důsledek těchto poruch lze kupříkladu jmenovat dehydrataci, aspiraci a aspirační pneumonii či značně nebezpečnou podvýživu (Grofová, 2008).

Normální polykací akt má u člověka tři fáze: orální, faryngeální a ezofageální. Postižena může být jakákoli z nich. Každá ovšem vyžaduje odlišný přístup v terapii a také má své charakteristické projevy. Lidé, kteří mají narušenou orální fázi, ztíženě otevírají ústa, jsou u nich patrné poruchy dentice a porušená motilita jazyka (špatná koordinace pohybů, omezení svalové síly u jazyka s omezením jeho pohybu). Faryngeální fáze se týká již samotného složitého polykacího pohybu s uzavěrem dýchacích cest, pohybem laryngu i kontrakcí faryngu. U narušení ezofageální fáze se zkoumá pohyb stravy jícnem (Grofová, 2008).

Z terminologického hlediska je dysfagie lékařský termín, který se užívá pro označení příznaku (projevu) potíží během polykání (Smithard et al., 2007). Přestože je dysfagie v mezinárodní klasifikaci nemocí klasifikována kódem R10-R19–tj. pod skupinou Příznaky a znaky týkající se trávicí soustavy a břicha, nebývá odborníky vnímána pouze jako symptom, ale díky svému charakteru jako přidružená porucha vyplývající ze základního onemocnění či poruchy jiné (Číselník diagnóz MKN-10, 2017).

Samotné slovo dysfagie je složeninou řecké předpony dys, které znamená potíže nebo poruchu, a fagie/fagia, což lze přeložit jako „jíst.“ Dá se tedy říci, že tím je popisován stav, při němž je obtížný průchod pevných látek či tekutin z úst do žaludku. Z anatomického pohledu je pak možné rozlišit dysfagie typu horního (porucha posunu sousta z dutiny ústní do horního jícnu) a typu dolního (porucha průchodu sousta přímo jícnem). Dysfagie je také odlišována od jiných příznaků, které též způsobují problém s polykáním, včetně odynofagie, která je vymezena jako bolestivé polykání. Nelze opomenout ani psychogenní formu dysfagie – tj. – fagofobii (tedy chorobný strach z polykání) (Online Encyclopedia, Thesaurus, 2012).

Poruchy polykání neboli dysfagie se vyskytují v každém věku. Z praktických zkušeností odborníků bylo zjištěno, že nejčetnější skupinu pacientů s dysfagickými potížemi tvoří lidé ve věkové kategorii nad 60 let věku, na druhém místě se nacházejí děti s vrozeným neurologickým postižením. Světové statistiky WHO hovoří o cca 5 % populace trpící nějakou formou potíží při polykání (Roubíčková, 2017).

Právě polykání lze řadit k jednomu z nejkompexnějších procesů probíhajících v lidském těle. Jedná se o složitý pohyb, který se de facto skládá z celé řady pochodů probíhajících ve velmi rychlém sledu. Při tomto aktu musí dojít k dostatečné koordinaci jak rtů, tak tváří, čelistí, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu i jícnu. Nutno zdůraznit, že pro kojence je tento pohyb ještě náročnější. Nezbytné tedy je, aby pracovaly správně nejen struktury samy o sobě, ale aby zde docházelo k dokonalé souhře mezi sáním, dýcháním i polykáním. Jakákoli dysfunkce u jedné z těchto tří komponent může vážně ohrozit jak bezpečnost, tak i efektivnost celého přijímání potravy (Roubíčková, 2017).

Jelikož poruchy polykání nelze dostatečně pochopit bez většího vhladu do anatomických struktur polykání a jejich souhry, je následující část věnována anatomii a fyziologii cest umožňujících a zajišťujících fyziologické polykání.

Jak už zdůraznil text výše, polykání je jeden z nejkompexnějších procesů v lidském těle sdružující jednotlivé senzomotorické funkce a jedná se o složitý pohyb celé řady pochodů, probíhajících ve značně rychlém sledu. Musí při něm dojít ke koordinaci pohybu rtů, tváří, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu (Jeřábková, 2006). Je to složitý reflexní děj, při kterém je sousto z úst přenášeno hltanem, křižovatkou dýchacích cest a trávicího ústrojí do jícnu. Motilita jícnu zajišťuje další postup sousta do žaludku. Polykání lze rozdělit do

několika fází. Bývá děleno dle místa, kde se v tu dobu nachází sousto, na ústní, hltanovou a jícnovou fázi (Černý et al., 2011).

Polykací akt začíná v dutině ústní, která plní přípravou a transportní funkci (Tedla a Chrobok, 2009). Dochází zde k rozkousání potravy a promísení se slinami, které jsou produkovány párovými žlázami příušními, podčelistními, podjazykovými a množstvím dalších drobných žláz (Průcha, 2007). Důležitou roli tu hraje i jazyk, který posouvá sousto a vyvolá podráždění stěny hltanu. Tím se zahájí polykací reflex (Dylevský, 2009). Druhou důležitou funkcí, kterou plní jazyk, je uzavírání vchodu do hrtanu při polykání, čímž brání vniknutí sousta do dýchacích cest (Průcha, 2007).

Na jazyk a krajiny patrových oblouků měkkého patra nasedá hltan (Trojan a Langmeier, 2003). Jedná se o svalovou trubici připojenou k lebeční bazi. Dolní část hltanu sahá do výše 6. krčního obratle. Při polykání se hltan spolu s měkkým patrem účastní na třech fázích. První fáze je řízena vůl. V rámci ní dochází na základě sevření rtů a zubů se zdvižením přední části jazyka proti patru k posunutí sousta dozadu. Měkké patro spolu s jazykem sousto formuje. Ve druhé fázi dochází k polykacímu reflexu, který již není řízen vůl. Tento reflex začíná dotykem sousta příklopky hrtanu, tzv. epiglottis, která se sklopí a uzavře před procházejícím soustem. Ve třetí konečné fázi dochází k pokračování polykacího reflexu, kdy je sousto akcí dolního svěrače hltanu posunuto na začátek jícnu, odkud pak následuje transport činností svaloviny jícnu. Epiglottis se opět vrací do své původní polohy (Hybášek a Vokurka, 2006). Anatomicky se hltan dělí na epipharynx, mezopharynx a hypopharynx (Čihák et al., 2013).

Nosohltn čili epipharynx sahá od baze lebeční po přední straně musculus longus capitis a musculus rectus capitis anterior před atlas a čepovec neboli axis (Čihák et al., 2013). Nosohltn je vysoký asi 2,5 cm a hluboký 1,5 cm. Po stranách do nosohltnu vyústí sluchové (Eustachovy) trubice, vycházející ze středního ucha (Machová, 2008). Na první část hltanu nasedá tzv. mesopharynx, který je v českém překladu nazýván jako ústní část hltanu. Je to prostor ohraničený vchodem do hltanu. Na bočních stěnách jsou mezi patrovými oblouky uloženy patrové (krční) mandle (Dylevský, 2009). Třetí a zároveň nejkratší část hltanu představuje tzv. hypopharynx. Na rozhraní ústní a hrtanové části hltanu se kříží dýchací a polykací cesty. Stěna hltanu má typickou stavbu trávicí trubice. Příčně pruhovaná svalovina zde vytváří systém nálevkovitých svěračů a zdvihačů, uplatňujících se při

polykání. Před hltanem se nachází hrtan, který je při polykání uzavřen hrtanovou příklopkou. Příklopka se otevírá pouze při dýchání (Dylevský, 2009).

Koncovou částí je jícen, což je svalová trubice vystlaná sliznicí pokrytou dlaždicovým epitelem s podslizničním vazivem. Je dlouhý 25–28 cm, začíná na dolním konci hltanu ve výši 6. krčního obratle a přechází do kardiie (pars cardiaca) ležící v oblasti 11. hrudního obratle. Slouží pro transport potravy do nižších etáží trávicího traktu (Tedla a Chrobok, 2009).

## ***1.2 Příčiny dysfagie***

Příčiny poruch polykání zahrnují širokou oblast různých druhů onemocnění (Škodová et al., 2003). Rofes et al. (2010) uvádí, že poruchy polykání mohou vznikat na podkladě organické léze či funkční poruchy. Z časového hlediska lze dysfagie též dělit na akutní a chronické. Dále je možné je rozlišit také dle etiologie vzniku na zánětlivé, traumatické, nádorové, iatrogenní, kongenitální, metabolické, chemické a v neposlední řadě i autoimunitní, jak uvádí Hep a Dolina (2005).

K nejvíce užívanému typu dělení patří bližší dělení poruchy na oropharyngeální a jícnové, jak uvádí ve své publikaci například Donoval a Lukáš (2014). Oropharyngeální příčina je spojena s posunem sousta do jícnu. Často je tento stav spojen s regurgitací potravin a tekutin do nosu, což vede u pacientů ke kašli a v neposlední řadě i k aspiraci potravy. Nejčastější příčinou dysfagie horního typu je centrální a periferní neuromuskulární porucha, do které se řadí bulbární syndrom vyskytující se u amyotrofické laterální sklerózy a také cerebrovaskulárních onemocnění (Jeřábková, 2006). Ezophageální neboli jícnové dysfagie odkazují na polykání s obtížemi, které jsou připisovány obstrukci v těle jícnu či jícnové dysfunkci. K tomuto typu nejčastěji vedou mechanické příčiny a abnormality motility (Donald, 2015).

Je nezbytné zdůraznit, že je velmi podstatné rozlišovat mezi dysfagií a dalšími stavy, které samy o sobě klasickou dysfagií nejsou. Jedná se např. o odynofagii, která je definována jako bolestivé polykání, globus faryngeus, což je subjektivně vnímaný vjem něčeho cizího v krku, pocit svírání v krku nebo pocit váznutí sousta při polykání naprázdno. Významné je rozpoznat i tzv. fagofobii, tj. chorobný strach z globus faryngeus. Fagofobie je pokládána za multifaktoriální symptom, u kterého je za nejčastější příčinu považován extraezofageální reflux a v popředí je též psychologický a psychosomatický aspekt (Zeleník et al., 2010).

Literární zdroje uvádějí, že fagote je tzv. psychogenní dysfagie u mentální anorexie. Na straně druhé u pacientů s mentální anorexií byla popsána i jícnová dysfagie v souvislosti s gastroparézou, kde někteří autoři uvádí možnou příčinu v malnutrici (Holmes et al., 2014). Co se týká odynofagie, ne všichni odborníci ji staví proti dysfagii, neboť odynofagie velmi často polykací akt narušuje, a tím i poruchy polykání vyvolá. Dysfagii lze tedy považovat za velmi široký pojem a odynofagii za jednu užší podjednotku. Úzké propojení mezi odynofagií a dysfagii popsali např. Kitamura, Luchesiová a Mouráová (2014).

Přítomnost přidružených onemocnění a stavů může mít velmi zásadní vliv na polykání v různém věkovém období. Například onemocnění dýchacích cest je spojeno s aspirací a kašlem, proto je důležitá dobrá funkce dýchacího systému (Rösler et al., 2015). Dysfagie a zvýšený výskyt aspirace byly popsány také u pacientů se středně a velmi závažně narušenou kognitivní funkcí. Ve výzkumu Röslera et al. (2015), zaměřeném na výskyt aspirace u seniorů s demencí, byly známky aspirace v téměř 36 % případů.

Rofes et al. (2010) upozorovali, že je důležité i polohování a faktory týkající se chování (např. křik a hovor při jídle, agresivita, roztržitost či nezáměr o jídlo), dále také účinky léků na pacienta, přítomnost zmatenosti či demence. Existuje tedy řada stavů, které mohou hrát roli při polykání. V této souvislosti je důležité provádět screening nejen u seniorů, ale i u pacientů v neurologické a otorinolaryngologické sféře, neboť se při přítomnosti dysfagie může rozvíjet stav malnutrice.

Dysfagie se může vázat také na jiná onemocnění, která sama nejsou příčinou poruch polykání, ale dysfagie je u nich komplikací léčby (např. operačního výkonu) (Miller, 2013). Ziegenhagen a Bollschweiler (2010) uvádí, že dysfagie může vznikat také po operacích na mozku či v souvislosti s dlouhodobou intubací. Dále lze hovořit o tzv. neurogenní dysfagii, která se projevuje jako následek vážných zdravotních stavů. Dysfagii například trpí 42–67 % pacientů v prvních třech dnech od vzniku cévní mozkové příhody (dále jen CMP) (Trapl et al., 2007), s čímž se pojí vysoké riziko vzniku aspirační bronchopneumonie (Lasotová a Bednařík, 2013).

Jak zdůrazňuje Lasotová a Bednařík (2013), neurogenní dysfagie patří v praxi mezi nejčastější skupinu příčin této poruchy. Obvykle bývá tato porucha spojena s cévní mozkovou příhodou, roztroušenou sklerózou, cerebrálním traumatem, s Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou, amyotrofickou laterální sklerózou, myastenii gravis a dalšími nervosvalovými onemocněními. Dysfagie původu neurogenního je diagnostikována

a léčena hlavně na neurologii a neurochirurgii, ale její diagnostika a léčba může proběhnout i na jiných odděleních, například oddělení rehabilitace, anesteziologii, intenzivní péče a otorinolaryngologii (Lasotová a Bednařík, 2013).

### ***1.3 Příznaky dysfagie***

Rychlé rozpoznání příznaků dysfagie zkvalitní v brzké době pacientovi život, nehledě na to, že mu může život i zachránit. Včasná diagnostika dysfagie a zahájení intervence má pozitivní vliv na snížení morbidit a délky pobytu v nemocnici. Při identickém souboru základních onemocnění byla zjištěna průměrná délka hospitalizačního pobytu u všech pacientů 4,04 dnů proti 2,4 dnů u pacientů bez dysfagie (Lasotová a Bednařík, 2013). Diagnostikovat dysfagii však není snadné. Reflexní kašel, představující jeden z nejznámějších varovných symptomů dysfagie, je totiž u 50–60 % pacientů s neurogenními dysfagiemi oslabený, či dokonce naprosto nevybavný. Pacienti aspirují bez kašle, tak zvané tiše (Solná et al., 2014).

K příznakům, které mohou naznačovat dysfagii a jsou používané u mnohých screeningových nástrojů, lze řadit např. změnu intonace hlasu po polknutí, tzv. klokotavý hlas, kašel během jídla a po jídle, vytékání tekutin, slin a potravy z úst – tzv. drooling, oslabený dáivý reflex, dysfonii, dysartrii, afázii, oslabenou funkci hlavových nervů, oslabenou orofaciální motoriku a senzitivitu, mírný reflexní kašel nebo absenci reflexního kašle (Solná et al., 2014).

Během pozorování pacienta je vhodné věnovat pozornost symptomům. Všeobecně se čas příjmu potravy prodlužuje, což zapříčiňují jednotlivé symptomy nebo jejich kombinace. Jedním ze symptomů jsou problémy s umístěním jídla v ústech a kontrolou nad ním (jídlo může například vypadávat). Někdy se objevuje neschopnost jídlo vůbec polknout, případně zůstávající zbytky potravy v ústech po spolknutí. Pacient není schopen přijmout všechny typy konzistence potravy a vyskytuje se nezbytnost zapíjet tužší stravu. Přitom se může objevit bolestivost při polykání, pocit váznuocího sousta v krku, nadměrné slinění až kašel. Kašel může přejít i v dávení před polknutím sousta, během jídla nebo po jídle. V jiném případě se může vyskytnout i zvracení, návrat jídla do hltanu, úst nebo nosu. Po jídle se může objevit navýšený tlak na hrudníku či chraptivý, „vlhký“ hlas, eventuálně také zalití očí slzami, náhle vzniklá horečka či zápal plic (Asociace klinických logopedů ČR, 2017).

## ***1.4 Diagnostika dysfagie***

Diagnostika a terapie dysfagie vyžadují interdisciplinární přístup a spolupráci jak s lékaři z ORL a foniatry, tak i radiology, nutričními specialisty, neurology, fyzioterapeuty aj. Při poruše polykání může být narušena oblast komunikačních schopností. V těžkých případech dysfagie dokonce působí na nemocného tak, že se raději izoluje a má tím značný dopad na jeho fyzický a duševní život (Fritzlová, 2013). Východiskem diagnostiky dysfagie je určení, kde během polykání vzniká problém, aby bylo možné doporučit terapeutická opatření, zamezit aspiraci, bronchopneumonii či zamezit dehydrataci a malnutrici (Lasotová, 2012). K diagnostice dysfagie lze užít několik metod. Některé se vždy užívají společně s jinou vybranou metodou (např. nelze vynechat anamnézu pacienta), jiné se volí. Z používaných vyšetřovacích metod v praxi lze jmenovat: popsání příznaků pacientem – anamnézu, vyšetření orofaciální oblasti a polykání, objektivní zobrazovací vyšetření polykacího aktu (VFSS – tj. videofluoroskopie, FEES –tj. videoendoskopie) a dotazníky kvality života u poruch polykání (Lasotová, 2012).

V případě, že se u jedince objeví některý z výše uvedených příznaků, je na místě navštívit specialisty v oboru, kteří provedou základní, ale zejména potřebné vyšetření, po kterém mohou následovat další. Mohou jimi být např. EMG (elektromyografie), dále endoskopie nebo videofluoroskopie (jedná se o radiologické vyšetření, kterým lze monitorovat posun polykaného jídla v orální a hltanové fázi polykání). Pro klinickou i terapeutickou rehabilitaci je klíčové určení i typu aspirace (tj. vdechnutí stravy), zda nastane před, v průběhu nebo po spuštění polykacího reflexu (Lasotová a Bednařík, 2013). Pacienti s dysfagií velmi často dokáží poměrně přesně charakterizovat jejich subjektivní obtíže a určit místo jejich vzniku (Tedla a Chrobok, 2009). Anamnestické dotazy lékaře pomáhají identifikovat defekt polykání. Lékař pomocí otázek zjišťuje přítomnost varujících symptomů. Patří sem např. tyto anamnestické otázky: Měla jste potíže s polykáním? Zakašlete někdy, když pijete tekutiny? Ubýváte na své váze? Býváte zahleněn? Navrací se Vám nestrávené jídlo? Nevypadává Vám jídlo z úst? aj. (Lasotová, 2012).

Kromě anamnézy se v rámci diagnostiky užívá řada testů i metod, např. nástroj zvaný Test 3F Dysartrický profil – vyšetření orofaciální oblasti, který ukazuje příloha č.1. Do Dysartrického profilu Test 3F náleží vyšetření motoriky a sensoriky v oblasti tváří, rtů, jazyka, stavu dutiny ústní (evaluace v klidu i v pohybu; evaluace síly, symetrie, napětí, koordinace, rychlosti,...), vyšetření fonorespirace (hlasu, nasality, dýchání aj.) a vyšetření

fonetiky (srozumitelnost řeči, artikulace, správná výslovnost, intonace řeči aj.) (Roubíčková et al., 2011).

Nesmí být opomenuty ani dotazníkové metody. K nejčastěji využívaným dotazníkům patří MDADI (M.D. Anderson Dysphagia Inventory) či SWALQOL (Swallowing-Related Quality of Life). První zmíněný se orientuje na kvalitu života pacientů s onkologickým onemocněním a je rozdělen na škálu emoční, fyzickou, funkční a celkovou. Nástroj SWALQOL se zabývá kvalitou života pacientů s orofaryngeální dysfagií a klasifikuje deset parametrů kvality života. Spadá sem touha po jídle, výběr jídla, trvání jídla, frekvence symptomů, komunikace, mentální zdraví, strach, sociální status, nekvalitní spánek a únavnost (Tedla a Chrobok, 2009).

Dále je možné hovořit o tzv. screeningovém vyšetření polykání. Ze screeningových vyšetření lze jmenovat celou řadu, např. GUSS (viz příloha č.2), tedy účinnou a rychlou metodu u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou s rizikem dysfagie a aspirace (Lasotová, 2012). Dalším je tzv. „step by step“ vyšetření, které poskytuje kvalitativní a kvantitativní hodnocení schopnosti polykání. Stanovuje stupeň dysfagie (riziko aspirace) a posléze odborník navrhuje následná dietetická opatření. Patří sem předtestové vyšetření. Jedná se o tzv. nepřímé testování polykání, kde je hodnocena bdělost, volní kašel, polykání slin (drooling, schopnost polknout, změna hlasu). Druhým je pak přímé testování polykání, kdy jsou sledovány veškeré konzistence tekutin a stravy, pozoruje se způsobnost polykání, změna hlasu, drooling a kašel před polknutím, během polknutí a po polknutí (Trapl et. al., 2012). V neposlední řadě lze zmínit vyšetření zvané Swallowing Volume Test (SVT) či Swallowing Speed Test (SST), test polykání vody a další (Lasotová, 2012).

Při identifikaci dysfagického pacienta je uplatňován standardizovaný postup. Při něm sestra provede nejdříve screeningové vyšetření, které je součástí ošetrovatelského screeningu, a u pozitivního výsledku informuje lékaře. Lékař následně indikuje klinické logopedické vyšetření, po kterém se na základě doporučení klinického logopeda provede instrumentální objektivní vyšetření polykacího aktu a realizuje se terapie dysfagie za účasti užšího i širšího týmu odborníků (Lasotová a Bednařík, 2013).

K těmto vyšetřením se dále přidávají tzv. objektivní zobrazovací vyšetření. K objektivním zobrazovacím metodám je možno zařadit již v práci zmíněnou videofluoroskopii a flexibilní endoskopii. Je nutné zdůraznit, že během zobrazovacího vyšetření je nezbytná přítomnost klinického logopeda (Lasotová, 2012).



Podíl oddělení ORL na léčbě pacienta s poruchou polykání je důležitý. Na podkladě výsledků vyšetření je stanoven stupeň obtíží pacienta a podle toho se stanovují doporučení k dalším postupům. Protože takto je možné posoudit jen vědomou fázi polykání, provádí se ve spolupráci s lékaři z oddělení ORL a klinickým logopedem tzv. objektivní vyšetření polykacího aktu, flexibilní videoendoskopie. Jde o vyšetření, při kterém lékař zavede ústní dutinou ohebnou optickou sondu, pomocí které lze hodnotit stav jednotlivých anatomických struktur a jejich funkce v klidu i při mluvení, průchod stravy odlišné konzistence a zejména na úrovni hltanu případně také efekt kompenzačních technik či polykacích manévrů (Lasotová a Bednařík, 2013). Vyšetření si nežadá žádná zvláštní opatření a obvykle trvá 5–15 minut (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). ORL lékař zavádí pacientovi endoskop a logoped ponechává vyšetřovaného polknout nejdříve zahuštěnou tekutinu, tekutinu a posléze pevnou stravu. Společně pak sledují průběh polykání, který posléze hodnotí (Lasotová a Bednařík, 2013).

### ***1.5 Terapie dysfagie***

Exaktní údaje o účinnosti terapie dysfagie nejsou k dispozici, výstupy pocházejí jen z klinických zkušeností přístupů, které jsou fyziologicky založené. Z toho vyplývá akutní nutnost kvalitního výzkumu účinnosti terapie dysfagie (Lasotová a Bednařík, 2013). Léčba se vždy odvíjí od daného klinického nálezu. Léčebné postupy tak tkví v několika možných variantách. Je možné u pacienta navrhnout změnu v držení těla či ve strategii polykání. Také je možné změnit mu konzistenci potravy. V tomto případě je nutná spolupráce s nutričním specialistou, který pomůže s volbou vhodného druhu stravy. Další možností je cvičení a stimulace orofaciální oblasti a zlepšení pohyblivosti měkkého patra. Takováto cvičení se zařazují nejen po vzniku poruch polykání, ale slouží i jako prevence jejich vzniku. V rámci léčebných strategií lze využít řadu různých forem léčby. Lze hovořit o tzv. aktivním přístupu, kdy jedinec aktivně samostatně cvičí. Spadá sem výše zmíněná motorika orofaciálního svalstva, cviky pro zlepšení pohyblivosti rtů, spodní čelisti, měkkého patra, jazyka, hrtanu a hlasivek. K aktivním léčebným přístupům se řadí mimo jiné i tzv. myofunkční terapie, která si za cíl klade zejména nápravu nesprávného průběhu orálního polykání a porušených svalových funkcí orofaciálního svalstva. Jako příklad lze uvést několik typů cviků. Pro cvičení jazyka jsou to např. tzv. počítání zubů či kroužení na jejich vnější straně nebo pomocí vysouvání jazyka směrem k nosu, uším, bradě nebo cvičení se špátlí. Pro cvičení rtů např. přetahování rtů přes jazyk, jejich „špulení“, úsměvy, kulatě nebo široce otevřené rty atd. Pro cvičení sání se užívají cviky, jako např. přísátí jazyka na patro,

přisávání jazyka s gumovými kroužky. Pro cvičení polykání se používá např. polknutí slin, polknutí slin se dvěma či třemi gumovými kroužky, polknutí pevné stravy, polykání rozličné pevné stravy, dále polknutí tekutiny, kousání a polykání jak s otevřenými, tak zavřenými rty. Druhý přístup je pasivní, kdy se pacient na cvičení aktivně nepodílí. Sem spadají různé stimulační i masážní techniky, např. stimulační techniky podle Bobatha, Castilla Moralese nebo Kabata (Společnost Parkinson, 2010). Chirurgická léčba je možná jen u menšího počtu pacientů. Chirurgické zákroky mají za cíl zmírnit vzniklé potíže nebo zabránit dalším komplikacím, kterými mohou být aspirace (vdechnutí potravy) s možnou následnou aspirační pneumonií (Fritzlová, 2013).

U motility jícnu je možné hovořit o následném terapeutickém postupu. To znamená, že při sekundárních spazmech bude zjištěna i odstraněna primární příčina onemocnění. Ezofagoskopie sama také může ovlivňovat příznivě spazmy u neurotiků. Zmírnění problémů může nastat také po dilataci sondou nebo po infiltraci svaloviny jícnu anestetikem. Z medikamentózní terapie se používají ataraktika, sedativa, sympatikolytika (u spasmů dolního ústí), parasympatikolytika (u spasmů horního ústí). Dále je možné použít prokainové obstrukce ganglion stellatum, krční vagosympatické blokády dle Višněvského a dietní režim. V případě neúspěchu u medikamentózní terapie je indikováno chirurgické řešení, zejména u spasmů a achalazií u dolního jícnového ústí (Šlapák et al., 2017).

V terapii pomáhají kompenzační techniky, kam patří úprava stravy např. mixováním či zahuštěním, velikost soust a podobně. Dále posturální techniky, kterými jsou např. poloha těla nebo pozice hlavy během polykání. Poslední variantou jsou terapeutické metody, např. cvičení motoriky tváře, jazyka a uvedených polykacích manévrů (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). Efektivita terapie se odvíjí i od typu onemocnění, etiologie vzniku poruchy polykání, věku daného pacienta a řady dalších faktorů. Dysfagie mohou být jak přechodného, tak dlouhodobého rázu (Fritzlová, 2013).

U těžších případů podstatně ovlivňuje porucha polykání život pacienta a také jeho rodiny. Izolací, která může kvůli potížím s polykáním nastat, mohou pacienti začít trpět i duševně. Tento aspekt musí logoped také zohlednit při terapii, věnovat se pacientovi i jeho rodině i v tomto ohledu a poskytnout mu také psychickou podporu, působit na pacienta motivačně a všemi možnými prostředky přispívat ke zvýšení kvality jeho života i jeho rodinného zázemí (Fritzlová, 2013).

Některé typy polykací poruchy je možné rehabilitovat speciálními technikami a pomoci tak pacientovi obnovit dostačující perorální příjem, neboť hrozí riziko dehydratace a podvýživy. Nutriční péče je primární součástí léčby. Podle formy dysfagie je možné použít perorální nutriční doplňky, dále modulovou dietetiku, enterální výživu sondou či pomocí PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie) (Grofová, 2008). Perkutánní endoskopická gastrostomie patří k metodám, které se používají k aplikaci enterální výživy. Enterální výživa se obecně indikuje, pokud je nemocný v malnutrici, nebo mu malnutrice hrozí a současně má funkční trávicí ústrojí. Dlouhodobá enterální výživa se indikuje např. u pacientů s gastroenterologickými, neurologickými či onkologickými diagnózami, kteří mohou trpět v rámci svého onemocnění i dysfagickými obtížemi (Mlčoch, 2011). Cenným zdrojem informací jsou v tomto ohledu konzultace s nutričními terapeuti. Podstatná je totiž individualizace nutričního režimu. Výběr správné konzistence stravy je klíčový, jelikož musí být nastaven tak, že pacient dokáže potravu spolknout. Někdy je nezbytné zahustit tekutiny, nebo naopak změkčit, zvlhčit či rozmixovat stravu tuhou. Kvalifikovaná rada odborníka a včasné aplikování správného typu výživy, včetně výživy enterální, významně zvyšují kvalitu života pacientů a zabraňují nepříznivým následkům dysfagií (Grofová, 2008).

Léčba i rehabilitace jsou vždy týmovou záležitostí odborníků a jejich spolupráce je nezbytná. Týká se tak otorinolaryngologů i foniatrů, neurologů, internistů, gastroenterologů, nutričních specialistů, radiologů, zubních specialistů, rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů a dalších odborníků. Koordinátorem celého týmu by měl být však zkušený klinický logoped, který na podkladě všech získaných potřebných vyšetření zahájí danou terapii i rehabilitaci dysfagie (Roubíčková, 2017).

### ***1.6 Enterální výživa***

Enterální výživa je indikována u pacientů, u kterých obnovení perorálního příjmu není možné v souvislosti s neřešitelnou obstrukcí polykacích cest či těžkým neurologickým poškozením. Při postižení ezofageální fáze polykání také nelze předpokládat nápravu při rehabilitaci. Tyto situace je nezbytné řešit enterální výživou. Doporučovanou cestou je PEG čili perkutánní endoskopická gastrostomie (Grofová, 2008).

Pokud pacient trpí vážnější poruchou polykání nebo je schopen spolupracovat s ošetřujícím personálem jen velmi omezeně, výživa je zajišťována pomocí nasogastrické sondy či PEG. Obě metody jsou výhodnější než parenterální výživa. Příjem stravy může být také

kombinovaný, např. částečně do nasogastrické sondy/do perkutánní endoskopické gastrostomie a částečně také ústy (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017).

Enterální výživa sondou či pomocí PEG je vhodná i tam, kde pacient aspiruje 10 % a více u každého jídla. Bez specifického vyšetření to nelze odhadnout, ale je možné se orientovat podle toho, zda pacient ubývá na váze, ačkoli se o perorální příjem maximálně snaží. Hubnutí je primárním znakem podvýživy. Pacienta je však nutné skutečně zvážit, nikoli se ho pouze ptát, zda nehubne. Opakované pravidelné zhodnocení nutričního stavu pacienta tvoří primární předpoklad pro úspěšnou nutriční péči. Perkutánní endoskopická gastrostomie je doporučována při nulové, kombinované či nedostatečné stravě prostřednictvím úst. Užívá se také u pacientů, kteří již měli zavedenou nasogastrickou sondu a v průběhu 3 týdnů nenastalo zlepšení polykacích funkcí. Sonda nemůže být zavedena delší dobu, protože její dlouhodobé zavedení je spojeno s rizikem dalších komplikací (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). Se zavedením PEG se nedoporučuje čekat ani u stavů, u kterých je předpokládána delší rehabilitace. Pacient se má během rehabilitace polykání koncentrovat na nácvik polykacího aktu pod vedením odborného klinického logopeda/polykacího terapeuta (v zahraničí tzv. speechtherapists nebo swallowtherapists). Rozhodně nemá být vystavován stresu tím, zda se uživí, nebo nikoli. Jelikož se ukázalo, že rehabilitace polykání zabere více jak 3–4 týdny, je na místě PEG vytvořit (Grofová, 2008).

### ***1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií***

V rámci ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií je nezbytné vědět, jak postupovat již při samotném podezření na takovou poruchu. Při výskytu některých z výše v textu uvedených projevů poruch polykání je nezbytné, aby pacienta vyšetřil klinický logoped či lékař neurolog. Ten určí, zda je pro dotyčného jedince polykání rizikové a do jaké míry. Provádí se tzv. dysfagický test dle definovaného protokolu (Kusyn a Solná, 2014). Podle daného nálezu bude posléze rozhodnuto, jaký způsob stravování pacientovi pomůže. Bude určeno, zda bude potřebovat dopomoc od jiné osoby, jestli bude nezbytná úprava stravy, zahájení terapie polykání či zda bude potřeba užívat specifické kompenzační pomůcky. V rámci efektivní pomoci se jeví jako žádoucí, aby byli poučeni i rodinní příslušníci (Kusyn a Solná, 2014).

Do ošetrovatelské intervence je řazeno posouzení příčin i souvisejících faktorů. Polykací schopnost pacienta se určuje podáním malého množství čaje. Posuzuje se i smyslové vnímání, pozornost pacienta či motorická koordinace. U zhodnocení dutiny ústní se zjišťuje

stav sliznic, chrupu, jazyka, případně výskyt otoků a zánětů v dutině ústní a nosohltanu. Sleduje se také výskyt kašle, projevy zvracího reflexu, dýchání a eventuálně i zvládnutí nasazení zubní protézy (VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2012). Dále lze hovořit o tzv. prováděcí intervenci. Patří sem zajištění vhodné polohy pacienta během jídla s hlavou v mírném předklonu a principy stravování. Mezi ně patří přestávky na odpočinek, pacientovi se připomíná, aby jedl pomalu, důkladně žvýkal a soustředil se na své polykání (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). Je-li pacient hemiplegický, vkládá se mu jídlo do úst v malých soustech na nepostiženou stranu a vybízí se, aby zapojil jazyk. Je snaha pacientovi jídlo vkusně upravit, nepodává se jídlo, které pacientovi nechutná. Podává se jídlo takové konzistence, aby ho pacient lehce spolknul, kontroluje se dutina ústní po každém soustu a odstraňuje se jídlo, které pacient nemůže spolknout. Při krmení se bere ohleduplnost na způsob a rychlost jídla podle zvyklostí pacienta, nesmí se na něj pospíchat. Při pití se používá sklenička s hadičkou nebo brčkem. Po každém krmení se vyčistí dutina ústní, případně se zváží přechod na podávání výživy sondou. Kromě prováděcí intervence se hovoří i o posílení duševního zdraví a pomáhá se pacientovi nebo jeho blízkým zvládat techniku krmení nebo cviky pro podporu polykání. Pacient je povzbuzován k pokračování v programu cvičení pro udržení nebo zlepšení svalové síly u mimických i žvýkacích svalů a s dietologem je konzultováno sestavení optimálního plánu diety (VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2012).

### ***1.7.1 Základní zásady***

Je prokázáno, že screening poruch polykání může snížit incidenci pneumonie. Role sestry při screeningu dysfagie je přitom podstatná vzhledem k její neustálé dostupnosti na odděleních, kde je poskytována péče těmto pacientům a vzhledem k nedostatku klinických logopedů v některých státech. O tomto trendu svědčí srovnání výsledků dvou auditů z Velké Británie orientovaných na kvalitu terapie i péče poskytované pacientům s cévní mozkovou příhodou (CMP). Audit z roku 2006 potvrdil, že včasný screening polykání (screening do 24 hodin od příjmu pacienta v daném zdravotnickém zařízení) byl vykonán u 66 % pacientů, přičemž není jasné, zda jej prováděly zrovna sestry. Podle auditu z roku 2010 byl včasný screening realizován u 83 % případů, a to všeobecnou sestrou. Screening dysfagií založený na jednoduchém vyšetření je v kompetenci také českých sester. Je-li výsledek pozitivní (abnormální), musí se všeobecná sestra držet zásady upozornit lékaře (případně klinického logopeda) na možnost existence polykacích potíží. Ti pokračují v následné diagnostice, pokud je nezbytná (Mandysová et al., 2012).

K jednomu z oblastí, na které se zásady vztahují, patří i polohování pacienta. Pro zajištění bezpečného příjmu stravy je nezbytné, aby pacient během stravování zaujímal vzpřímený sed včetně mírného naklonění hlavy směrem dopředu. Sedět může jak na židli, tak v invalidním vozíku či na lůžku. Podstatné je vzpřímené držení jeho těla a pocit bezpečného i pohodlného sezení (Kusyn a Solná, 2014).

Důležité je zdůraznit to, že poruchy polykání mohou vést díky nedostatečnému příjmu podstatných živin k podvýživě (malnutrici). V takovou chvíli je nutné udělat vše proto, aby byla pacientovi podána plnohodnotná strava zabraňující vzniku podvýživy. Je však nezbytné přistupovat k pacientovi individuálně. Ne každý má stejné polykačí problémy, takže co vyhovuje jednomu pacientovi, nemusí vyhovovat druhému. Pro kvalitní nutriční záznam (screening) je podstatné zaznamenávat také množství přijaté potravy. Není-li pacient schopen sníst běžnou porci pokrmu najednou, doporučuje se konzumovat stravu po menších částech a v častějších intervalech. Při nedostačujícím pokrytí energie běžnou stravou je na místě doplnit (suplementovat) chybějící energii speciální výživou, např. sippingem (Holišová, 2014). V současnosti trh poskytuje speciální výživové doplňky (tzv. modulární dietetika), jež obsahují jen jednu živinu a jsou určeny pro zvýšení energetické hodnoty připravovaného pokrmu. Patří sem tzv. Protifar pulvis (čistá bílkovina), dále Fantomalt pulvis (sacharid maltodextrin) a Nutilis, Ressource Thicken Up (instantní zahušťovadla na bázi kukuřičného škrobu). Je-li potřeba navýšit energii v pokrmu, lze si vystačit i s běžnými potravinami, které jsou lehce dostupné. Pokrmy lze energeticky obohatit např. plnotučným mlékem, medem, smetanou, máslem či vařenými vločkami (Holišová, 2014). U podvýživy je nezbytné navýšit pacientovi přísun kalorií z kvalitních živin. To poskytuje např. produkt zvaný Nutridrink Crème. Jde o speciální výživu s krémovou konzistencí a zvýšeným obsahem energie i bílkovin, který pomáhá zajistit výživu lidem s poruchou polykání. K dispozici je pro pacienty ve čtyřech příchutích (vanilka, čokoláda, lesní ovoce a banán) (Výživa v nemoci, 2012).

Mezi stravovací doporučení pro pacienta patří před i po jídle vyčistit dutinu ústní pomocí měkkého zubního kartáčku a ústní vodou bez alkoholu, aby se předešlo vdechnutí zbytků stravy. Pro příjem potravy zajistit klidné prostředí i dostatek času. Jídlo dostatečně žvýkat a polykat, upřednostnit stravování vlastní rukou nežli krmení druhou osobou. Každé sousto důsledně „dopolykávat“ a po polknutí aktivně odkašlat. U jídla se zbytečně nerozptylovat hovorem – omezit se pouze na slovní vedení během jídla (pokud to je potřeba), po jídle zůstat 15 minut vsedě (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). Ke stravovacím

doporučením pro blízké daného pacienta patří dohlížet (fyzicky) na pacienta během stravování, i když je schopen jíst samostatně. V případě zaskočení sousta a následného dušení ihned poskytnout pomoc. Na místě je i polohování – pro omezení záklonu hlavy (dávat přednost pití v předklonu). Obecně je možné říci, že dle místa lokalizace či příčiny se užívají při řešení poruchy polykání kompenzační i terapeutické strategie. Ke kompenzačním strategiím patří technika v držení těla, posílení sensorických podnětů, změna konzistence potravy, upravení objemu stravy i rychlosti při jejím příjmu. K terapeutickým strategiím patří zlepšení motoriky mluvidel (zmíněná cvičení na zlepšení pohyblivosti rtů, aj.), zlepšení senzomotorické integrace (např. chuťová stimulace) nebo zmíněné polykací manévry (Logopedické pomůcky, 2009).

Na podkladě doporučení klinického logopeda se doporučuje užít řadu kompenzačních pomůcek (např. speciální lžice, hrníčky), jež usnadní pacientovi s dysfagií stravování (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). Z kompenzačních pomůcek lze využít gumové nádoby, které pomáhá v případě, že pro vkládání do úst nevyhovují tvrdé přístroje. Navíc vidličky, nože i lžice s tlustší gumovou rukojetí umožňují pacientovi snadnější uchopení. Tyto speciální přístroje a lžice jsou navrženy tak, aby přenos potravin do úst byl snadnější. K dalším pomůckám této kategorie patří brčka. Pro pacienty s dysfagií jsou klíčovou pomůckou, jelikož jim umožňují pít v předklonu. To napomáhá zajistit, aby se během pití pacient tekutinami nedusil. Existují speciální brčka pro zdravotnická zařízení, které mají otvor s vhodným průměrem, a tak pacient nemusí vynaložit příliš velké úsilí k příjmu tekutin. Jako další pomůcky lze zmínit polštáře, které pacientovi pomáhají držet hlavu i krk vzpřímeně během jídla. Zmínit lze též speciální kelímky a plastové hrníčky s držadly po obou stranách (Health Winesino, 2015). Vhodné je užívat i žvýkací pomůcky. Jsou to pokrokové orálně-motorické pomůcky, které díky svému povrchu umožňují rozvoj kousacích i žvýkacích dovedností pacienta. Tyto trubičky mají bezpečnou netoxickou plochu pro procvičení kousání i žvýkání. Např. tzv. „Suregrip“ je pohárek, který byl navrhnout pro sebejisté sevření i úchop. Je vybavený ventilem ve víčku, který zabraňuje úniku tekutiny při nahnutí nebo převrácení pohárku a je navíc vyhotoven tak, že se lehce drží malýma či oslabenýma rukama (Soukromá klinika LOGO, 2009). Dysphagia Cup patří k pomůckám, které byly navrženy tak, aby uspokojily potřeby jedinců, kteří mají potíže s úspěšným polykáním potravy. Provale Cup hrnek poskytuje zase přesné dávkování tekutiny během jednoho náklonu. Tento typ hrnku umožňuje pití určitého množství tekutiny, kdykoli je hrnek nahnut. To zajišťuje kontrolovatelné přijímání tekutin pro lidi, jež mají potíže

s polykáním. Kapi-cup je pro lidi s poruchami polykání stavěn tak, aby jeho uživatel nemusel zaklánět hlavu, když přijímá tekutiny. Tzv. Spoons – lžice jsou vhodné pro děti i dospělé se stravovacími potížemi (Soukromá klinika LOGO,2009).

### ***1.7.2 Výběr nejlepší možné konzistence stravy***

Co se týče stravy, důležitý je výběr co nejlepší možné konzistence pro co nejsnazší konzumaci jídla (Grofová, 2008). Úprava konzistence daných pokrmů i tekutin snižuje také riziko případného poranění dutiny ústní či jícnu. Při „dysfagické formě stravování“ je nezbytné upřednostňovat pokrmy hladké s jemnou strukturou, bez obsahu tvrdých slupek, zrníček či například šlach (Holišová, 2014). Pacient, kterému vytékají tekutiny nosem, bude potřebovat tekutiny zahustit, a naopak jedinec s poškozenou orální fází bude zase potřebovat jídlo značně řidké konzistence. Jedinec s opožděným polykáním ve fázi faryngeální bude potřebovat tekutiny i stravu hustší (Grofová, 2008).

Užívání zahušťovadel pro zahuštění tekutin i k dosažení nejlepší možné konzistence je již běžné. Co ovšem není tak rozšířeno, je užití zahušťovadel v přípravě jídla. Pacienti s dysfagií standardně vyžadují úplně hladkou stravu. Mixované jídlo ale pro dlouhodobou konzumaci není pro člověka příliš vábné a řada lidí neatraktivní jídlo posléze odmítá. Existuje, ale způsob, jak stravu uzpůsobit a pacientovi zatraktivnit, použitím zahušťovadel. Jídlo se připraví podle obvyklé receptury (např. se upeče či uvaří maso), posléze se rozmixuje na řídkou kašičku, do které se přidá zahušťovadlo. Po minutě stání se hmota plní do formiček, v nichž se dá i zmrazit (jinak nejde vyklopit) či se vkusně upravuje na talíř pomocí porcovaček, různých tvořítek nebo zdobicích sáčků. Tato úprava je ve svém praktickém důsledku efektivní (Kohutová, 2017).

Cílem terapie poruch polykání je obnovení perorálního příjmu, který je potřeba pacientům co nejvíce usnadnit. Je dobré znát možnosti příloh (rýže či těstoviny). Knedlíky, ačkoliv jsou měkké, jsou pro lidi s dysfagií většinou nespoknutelné. Výše popsaným stylem lze připravit i speciální dietu ve stravovacích provozech či v domácím prostředí. Zahustit na požadovanou konzistenci je možné i perorální nutriční doplňky (Grofová, 2008).



## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s dysfagií.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### Výzkumná otázka č. 1

Jak sestry monitorují úroveň polykacích schopností u nemocného s dysfagií?

#### Výzkumná otázka č. 2

Jaké specifické intervence provádí sestra u nemocného s dysfagií?

#### Výzkumná otázka č. 3

Jak sestry v rámci péče o pacienta s dysfagií spolupracují s dalšími specialisty?

#### Výzkumná otázka č. 4

Jaké kompenzační pomůcky u nemocných s dysfagií ošetrovatelský personál využívá?

#### Výzkumná otázka č. 5

Jaké specifické potřeby mají pacienti s dysfagií?

#### Výzkumná otázka č. 6

S jakými problémy se potýkají pacienti s dysfagií?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Metodika výzkumu***

Pro výzkum této práce byla zvolena metoda kvalitativního šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru (interview). Kvalitativní výzkum je vhodné zvolit, chceme-li zjistit více informací o malém počtu respondentů. Polostrukturovaný rozhovor je dle Miovského (2006) nejrozšířenější formou metody interview, a to proto, že je jakýmsi zlatým středem mezi nestrukturovaným i plně strukturovaným interview. V polostrukturovaném rozhovoru je vytvořeno určité schéma, které je pro tazatele závazné. Většinou schéma vede k vytvoření sady otázek, přičemž pořadí otázek není závazné.

Výzkum probíhal v dubnu 2018. Zúčastnilo se ho 8 respondentů. Před zahájením rozhovoru byli respondenti seznámeni s účelem výzkumného šetření a ujištěni o anonymitě rozhovoru. Rozhovor se skládal z 6 základních okruhů, které tvořily předem připravené otázky. První okruh se zabýval monitorace pacientů s dysfagií. Druhým tématem bylo, jaké specifické intervence provádí sestra u nemocného s dysfagií. Třetí okruh se týkal spolupráce s dalšími specialisty, čtvrtá část rozhovoru se zabývala kompenzačními pomůckami, které ošetrovatelský personál využívá. Pátým tématem byly specifické potřeby pacientů a konečně šestý okruh se zaměřil na problémy, se kterými se pacienti s dysfagií potýkají.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na nahrávací zařízení a následně doslovně přepsány a upraveny do spisovné češtiny. Získaná data jsem analyzovala metodou kódování („tužka a papír“). Data byla analyzována do jednotlivých kategorií a podkategorií, jak uvádí ve své knize Švaříček a Šedřová (2016).

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor nebyl vybrán náhodně, jednalo se o záměrný kritériální výběr. Na základě tohoto výběru byly osloveny všeobecné sestry setkávající se během své praxe na pracovištích s pacienty s dysfagií. Záměrem bylo sehnat sestry z různých typů oddělení, jako jsou standartní lůžková oddělení, oddělení akutní péče i oddělení dlouhodobé péče. Před začátkem výzkumného šetření se výzkumník představil, sdělil účel výzkumu, typ zjišťovaných informací a ubezpečil probandy o anonymitě. Dále byly všeobecné sestry seznámeny s možností odmítnutí rozhovoru či nezodpovězení některé z otázek a byly ujištěny, že jejich odpovědi nebudou žádným způsobem použity proti nim.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola se zaměřuje na vyhodnocení výsledků z výzkumného šetření. Vše je uspořádáno do přehledných schémat, která jsou tvořena kategoriemi a následně jejich podkategoriemi, které vznikly po analýze rozhovorů s respondenty.

### 4.1 Základní údaje o informantech

Respondent	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Oddělení/pracoviště	Délka praxe
R1	27	Vyšší odborné Dis.	Jednotka intenzivní péče	8 let
R2	53	Středoškolské s maturitou	Neurologické oddělení	38 let
R3	29	Vyšší odborné Dis.	Neurologické oddělení	5 let
R4	27	Vyšší odborné Dis.	Neurologické oddělení	5let
R5	29	Vysokoškolské Bc.	Interní oddělení	4,5 roku
R6	26	Vyšší odborné Dis.	Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče	2 roky
R7	60	Středoškolské s maturitou	Otorinolaryngologické oddělení	30 let
R8	33	Vyšší odborné Dis.	Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče	7,5 roku

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tabulka 1 je shrnutím identifikačních údajů výzkumného souboru. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 8 žen ve věku od 26 let do 60 let. Nejvyšší dosažené vzdělání informantů bylo v jednom případě vysokoškolské bakalářské, v pěti případech vyšší odborné vzdělání zakončené titulem Dis. a ve dvou případech středoškolské zakončené maturitou. Délka praxe u jednotlivých informantů se pohybuje v rozmezí od 2 let až po dobu 38 let na konkrétním oddělení.

### 4.2 Kategorizace získaných dat

Kategorie A – Monitorace	Kategorie D – Kompenzační pomůcky
Kategorie B – Specifické intervence	Kategorie E – Potřeby pacientů
Kategorie C – Spolupráce s odborníky	Kategorie F – Problémy pacientů

*Stručný přehled jednotlivých kategorií*

#### 4.1.1 Kategorie A) Monitorace

##### 4.1.1.1 Podkategorie Popis pacientů – frekvence kontaktu, věk, příčiny vzniku dysfagie

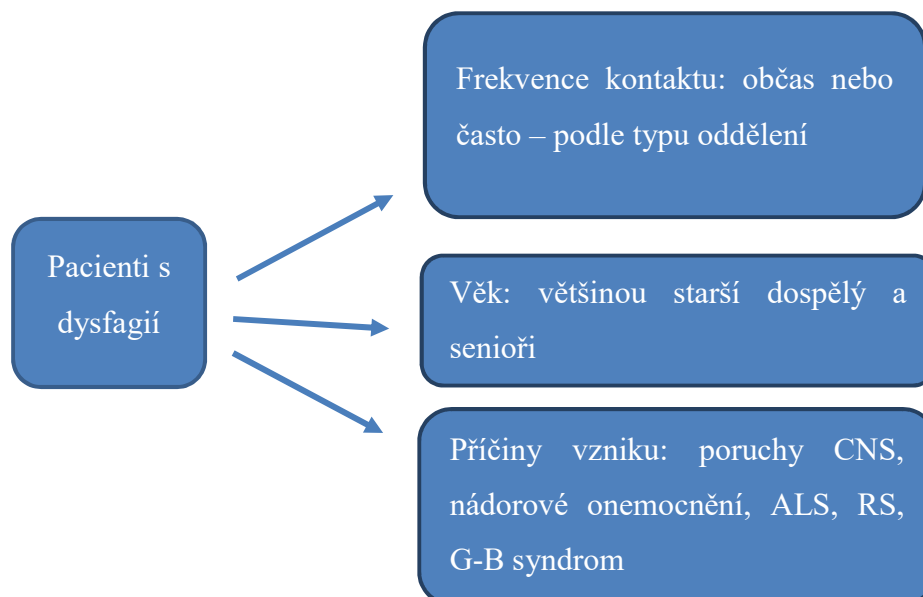
Otázka týkající se frekvence kontaktu s pacienty s dysfagií skýtala různorodé odpovědi a není možné je jednoznačně interpretovat. Pochopitelně se různily podle toho, na jakém oddělení tázaná sestra pracovala. R2 a R5 se setkávaly s pacienty s dysfagií velmi často, R4 a R7 často a zbytek dotázaných, tedy 4 respondentky, odpověděl občas.

Otázka zjišťující obvyklý věk pacientů s dysfagií naopak zahrnuje poměrně jednotné odpovědi. Z výzkumu tedy vyplývá, že nejčastější věk pacientů s dysfagií je v rozmezí 50–90 let, tedy se jedná o starší dospělé a seniory. R7 a R1 uvedly, že věk pacientů nelze blíže specifikovat.

Odpovědi na otázku zjišťující nejčastější příčiny dysfagie byly opět velmi rozmanité. Nejčastěji byly zmiňovány poruchy CNS (CMP, demence), dále nádorové onemocnění (nádory jazyka, hltanu, hrtanu), pak také ALS, RS, ale i Guillainův–Barrého syndrom.

**Kategorie:** Monitorace

**Diagram:** Pacienti s dysfagií



##### 4.1.1.2 Podkategorie Jak monitorace probíhá (včetně využití specifické metody monitorace)

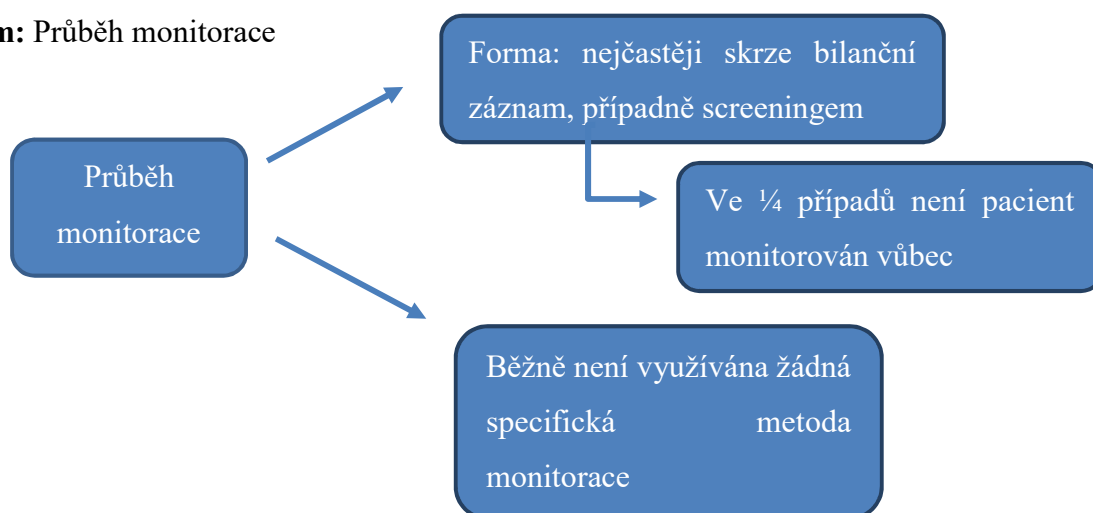
Sestry nejčastěji monitorují úroveň polykacích schopností nemocného skrze příjem a výdej tekutin (bilanční záznam). Takto odpověděly respondentky číslo 2, 3, 7. Další způsob

monitorace je screenigem tvrdily respondentky číslo 3 a 6. R5 monitoruje dle ošetrovatelské anamnézy, 1 respondentka monitoruje skrze kontakt s pacientem, 1 respondentka vede nutriční záznam. R1 a R8 uvedly, že pacienty nijak nemonitorují. Příklad odpovědi: „Vedeme bilanční záznam, dále pak screening sestrou a lékařem při stravování a pití.“

Otázka na specifickou metodu se odvíjí od otázky na samotný způsob monitorace a logicky byly získány velmi jednotné odpovědi – většina sester (7 respondentek) nevyužívá žádnou specifickou metodu, kromě vlastního zraku. R7 uvedla stejnou odpověď jako na otázku předešlou, tedy bilanční záznam a screening. Př. Odpovědi: „Vlastní zrak a rozum“.

**Kategorie:** Monitorace

**Diagram:** Průběh monitorace



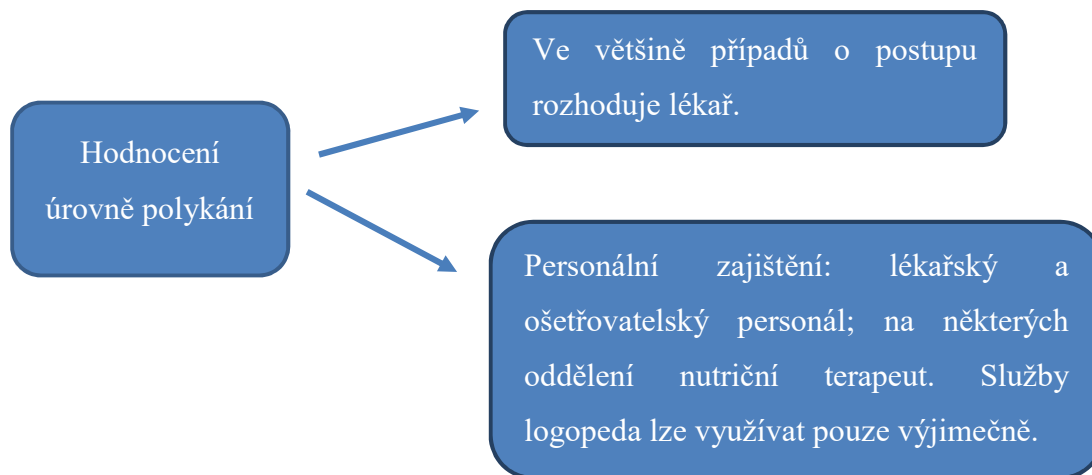
#### 4.1.1.3 Podkategorie Hodnocení úrovně polykání

Odpovědi na otázku týkající se postupu v případě zjištění poruchy polykání byly v zásadě dvojí. 5 respondentek informuje pouze lékaře a další postup nechá na něm, např.: „Informuji lékaře, lékař ordinuje dále, co chce.“ 3 respondentky (R5, R6, R8) kontaktují prvně lékaře a následně nutričního terapeuta, např.: „Informujeme lékaře a nutričního terapeuta.“

Odpovědi na otázku ohledně personálního zajištění při hodnocení úrovně polykání lze jen obtížně kvantifikovat, neboť byly získány od každé respondentky jiné informace. Výsledkem tedy je, že toto probíhá na každém oddělení jinak a podílejí se: lékař, sestra, ošetrovatelský personál, nutriční terapeut a výjimečně i logoped. Např.: „Sesterský a ošetrovatelský tým, ošetřující lékař, nutriční specialista.“ uvádí respondentka č.5.

**Kategorie:** Monitorace

**Diagram:** Hodnocení úrovně polykání



#### **4.1.1.4 Podkategorie Péče o pacienty**

Respondentky nejčastěji zjišťují u pacientů problémy s polykáním tím, že je při podávání tekutin a jídla sledují (tato odpověď zazněla celkem 6krát, např.: „*Sleduji, zda pacient obtížně polyká.*“). Další přirozenou metodou je přímý dotaz (R1, R3, R5, R6) a objevily se i metody jako „anamnéza“ nebo „každodenní 24 hodinová péče o pacienta“.

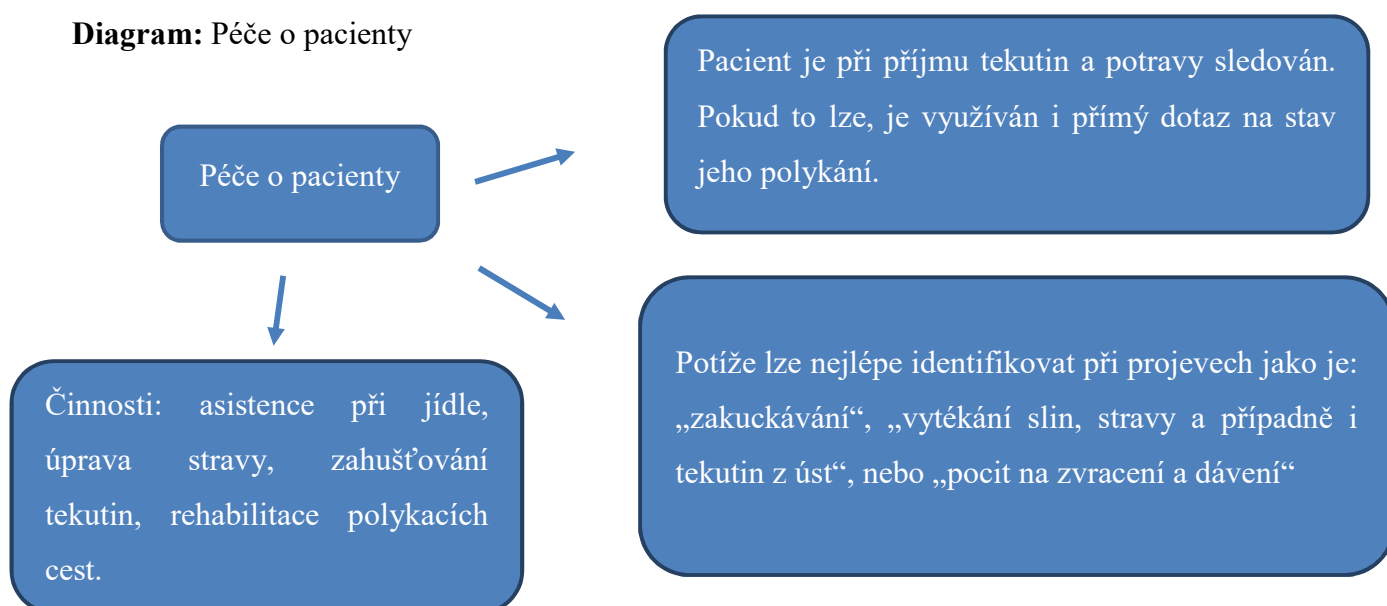
Na otázku, čeho si respondentky na pacientech všímají, byly získány opět rozmanité odpovědi. Zdá se, že nejvýraznějším projevem problémů s polykáním je pro výzkumný soubor „*zakuckávání*“, dále pak „*vytékání slin, stravy a případně i tekutin z úst*“, nebo „*pocit na zvracení a dávení*“. Zmiňováno bylo též „*slzení očí*“, „*stav chrupu*“, „*jakou konzistenci stravy je pacient schopný pojmout*“.

Co se týká otázky, jakými činnostmi respondentky pomáhají řešit klientův problém s polykáním, bylo zjištěno, že zcela zásadní je asistence při jídle a úprava stravy do přijatelné formy. Celkem takto odpovědělo 6 respondentek: „*Asistence při jídle, zajištění vhodné úpravy stravy tak, aby byl pacient schopný ji přijmout.*“

Dále bylo také zmiňováno zahušťování tekutin (2 odpovědi) a pomoc s rehabilitací polykacích cest (2 odpovědi).

**Kategorie:** Monitorace

**Diagram:** Péče o pacienty



#### 4.1.2 Kategorie B) Specifické intervence

##### 4.1.2.1 Podkategorie Výživa a stravovací návyky

Podkategorie Výživy a stravovací návyky byla nejobsáhlejší podkategorií a tvořilo jí dohromady 8 otázek. Je to z důvodu, že tuto část svého výzkumu považují za nejzásadnější.

Rozbor otázek: Strava nemocného je ve většině případů upravována v nemocniční kuchyni, oddělení sama stravu neupravují, maximálně zahušťují (5 odpovědí, např., „*Strava přichází dle naordinované diety z kuchyně, ve vhodné konzistenci, tekutiny se zahušťují speciálními přípravky.*“). 2 respondentky nepochopily zcela moji otázku a odpověděly, že podávání zahuštěnou a kašovitou stravu, „*podává se kašovitá nebo mletá strava.*“

Co se týká rozhodování o dietě, 3 respondentky odpověděly, že rozhoduje lékař po poradě s nutričním terapeutem („*O dietě rozhoduje lékař ve spolupráci s nutričním terapeutem.*“), 3 respondentky odpověděly, že rozhodují sestry („*O dietě rozhodují sestry, neboť tráví více času s nemocným než lékař.*“) a 2 respondentky uvedly, že rozhoduje pouze lékař. Ze zahušťovadel výrazně převažuje Nutilis (6 odpovědí), méně využíván Ressource (2 odpovědi).

Otázka, jakým potravinám se sestry vyhýbají, skýtala opět velmi rozmanité, bohaté odpovědi. Za zmínku určitě stojí, že nejčastěji byla zmiňována jako nevhodná potravina rýže

(5 odpovědí). Sestry se ale shodovaly i na jiných typech potravy, např. pokrmy se zrníčky (3 odpovědi), velké kusy ovoce nebo zeleniny (2 odpovědi), lepivé potraviny jako knedlíky (3 odpovědi), sladké drobné pečivo (3 odpovědi) nebo tekuté nápoje (2 odpovědi). Příklady odpovědí: „*Nevhodné jsou smíšené pokrmy pevná/kapalná složka (polévky se zavářkou apod.), čisté tekutiny (nezahuštěné), tuhé potraviny, drobné potraviny, lepivé potraviny.*“ Nebo: „*Vyhýbáme se rýži. Nevhodné jsou sypké směsi a potraviny se zrníčky a slupkami.*“

V otázce, jakým způsobem sestry hodnotí, že je upravená strava pro pacienty efektivní, byly získány v zásadě 3 typy odpovědí. Nejčtenější byl způsob skrze zaznamenávání snědené porce, takto odpověděly 3 respondentky, „*Máme od nutriční terapeutky papír, na který zaznamenáváme snědenou porci.*“ Dále se objevoval způsob, který lze nazvat jako „*vizuálně*“, kdy sestry dohlížejí, jak se pacientovi jí (3 odpovědi, „*Vizuálně, kolik sní z podané porce.*“). Dále sestry sledují, jak pacientovi chutná (také 3 odpovědi, „*Dotazem, jak pacientovi chutnalo.*“). Pouze 1 respondentka sleduje také přibývání na váze.

V otázce na hodnocení stavu výživy odpověděly 3 respondentky, že věc hodnotí nutriční terapeut. 3 respondentky uvedly, že je kontrolován kožní turgor, 2 respondentky kontrolují tělesnou hmotnost. 1 respondentka provádí nutriční screening a 1 respondentka uvedla, že stav výživy není nijak hodnocen. Příklady odpovědí: „*U nás hodnotí stav výživy nutriční specialista, případně sestry dle váhy pacienta, zda nehubne po dobu hospitalizace.*“ Nebo: „*Kontrola kožního turgoru, také příjem výdej tekutin, vážení nemocného.*“

V případě toho, jak sestry postupují, není-li pacientův příjem potravin dostatečný, většina respondentek se shodla, že je potřeba vše konzultovat s lékařem (případně nutričním terapeutem, je-li k dispozici) – takto odpovědělo 5 respondentek, např.: „*Informujeme lékaře a podle výsledku nutričního screeningu obeznámím nutričního terapeuta.*“ Mezi další časté techniky patří zavedení sondy (4 odpovědi), případně PEG, pokud to diagnóza vyžaduje (4 odpovědi). 2 respondentky odpověděly, že ještě praktikují podávání nutričních přípravků (2 odpovědi), např.: „*Nabízíme sipping jako je Nutridrink a Nutripudink různých příchutí. Když, ani to není dostatečné tak sonda, když je to nenávratná dysfagie tak PEG.*“

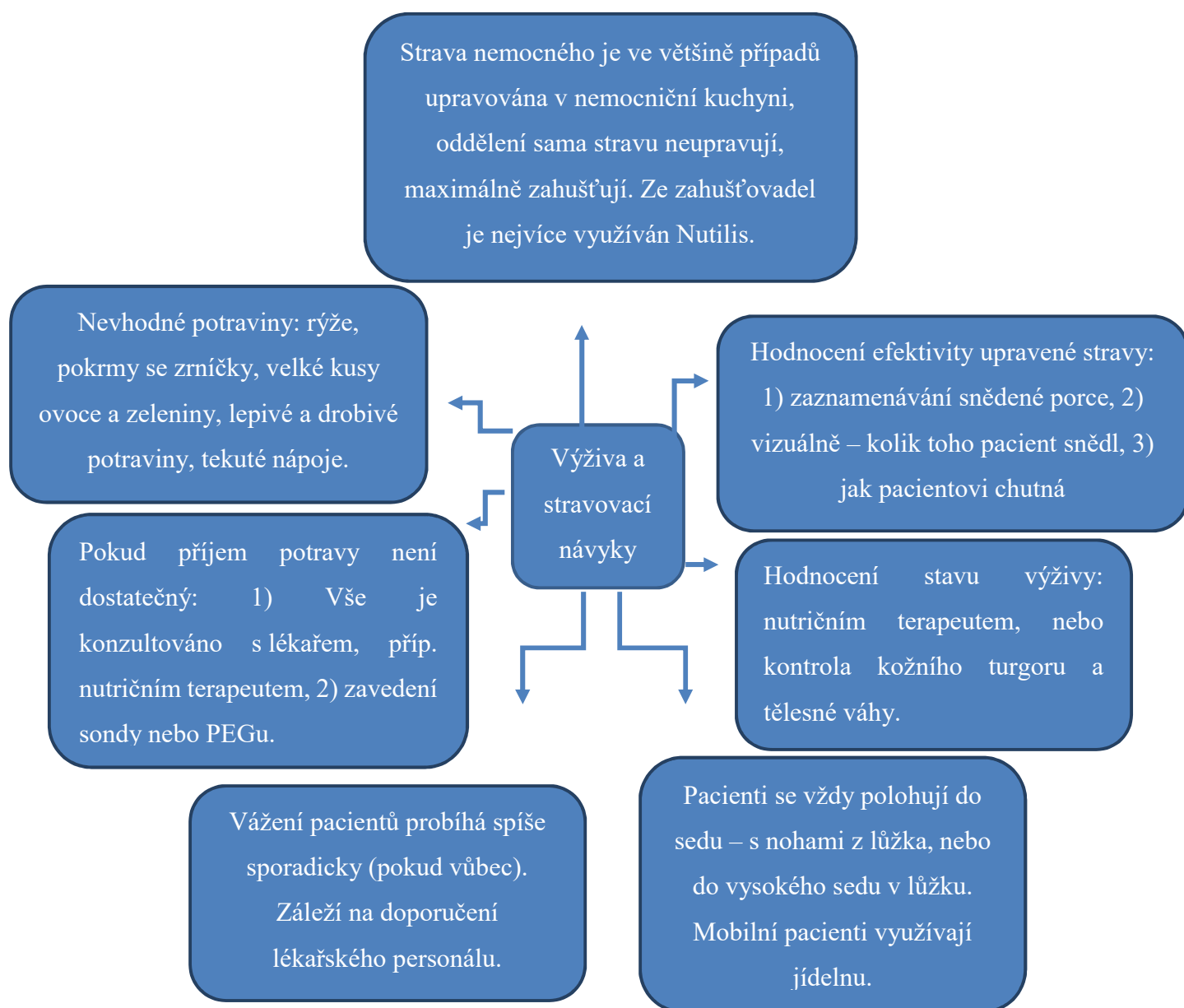
V otázce, zjišťující intervaly vážení, odpověděly 2 respondentky konkrétním časovým údajem („*Každý druhý den*“, „*1x týdně nebo 1x za 14 dní*“). 2 respondentky uvedly, že váží pacienty málo kdy a ty imobilní vůbec, „*Málo kdy. Klienty imobilní vůbec.*“. 2 respondentky uvedly, že záleží na požadavcích lékaře nebo nutričního terapeuta, „*Dle požadavků nutričního terapeuta.*“ 2 respondentky přiznaly, že pacienty neváží vůbec.



Poslední otázka, zjišťující, jakým způsobem jsou pacienti při podávání stravy polohováni, přinesla zajímavé odpovědi, neboť zde panuje mezi sestrami konsensus. Odpovědi se mírně lišily v případě, že sestry pracovaly na oddělení i s mobilními pacienty, jinak ale praktikovanou metodou je: „Do sedu, resp. s oporou zad s nohama z lůžka, nebo v lůžku se zvednutým horním panelem.“ V případě přítomnosti hybných pacientů je využívána jídelna.

Hybní pacienti využívají k jídlu jídelnu. Např.: „Mobilní plně hybné pacienty posíláme jíst do jídelny na oddělení, kde jí společně s dalšími nemocnými. A upoutané na lůžko posazujeme s nohama z lůžka, nebo do vysokého sedu v lůžku.“

**Kategorie:** Specifické intervence **Diagram:** Výživa a stravovací návyky



#### **4.1.2.2 Podkategorie: Edukace pacienta s dysfagií**

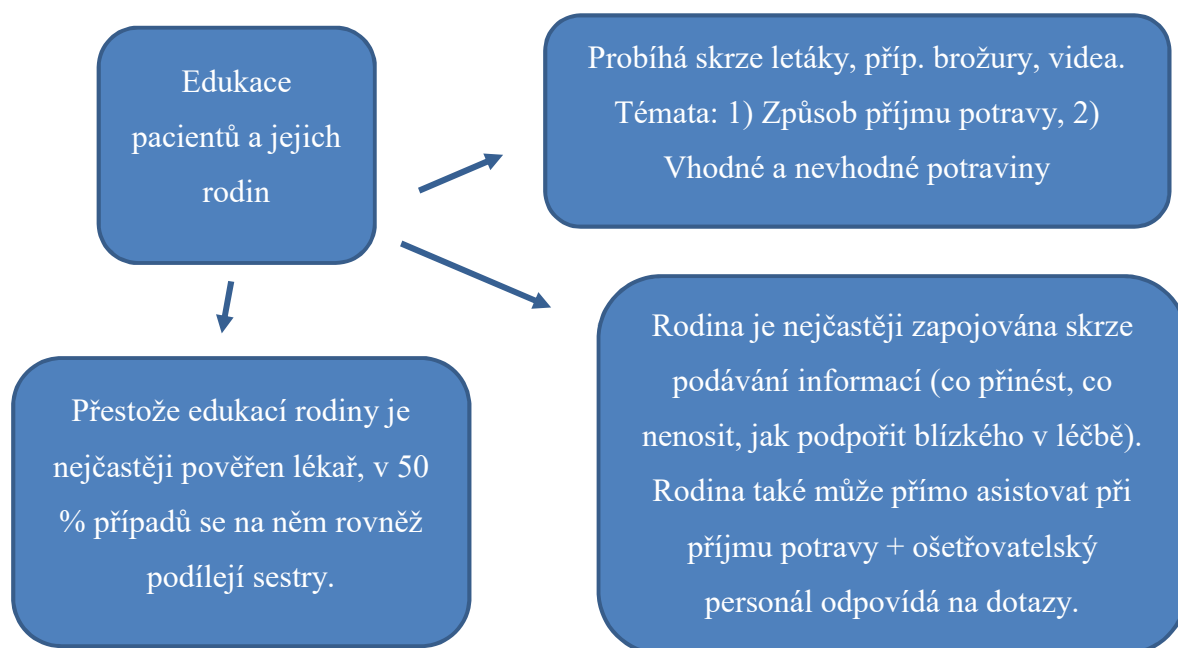
U otázky, jakým způsobem sestry edukují pacienty, odpověděly pouze 2, že využívají letáky. R7 navíc používá videa a brožury. Co se týká témat edukace, lze odpovědi zobecnit na dva hlavní proudy: 1. Způsob příjmu potravy (R2: „*Edukuji o pomalém pití, trpělivosti, pomalém jezení, ...*“), 2. Vhodné a nevhodné potraviny (R5: „*Aby si zvolil správný jídelníček,*“ R6: „*Edukuji o vhodných potravinách*“).

Na otázku, jakým způsobem respondentky zapojují rodinu do péče o nemocného, byly opět získány velmi různorodé odpovědi. Nicméně, nejčastěji (celkem 4krát) se objevovala odpověď, kterou bych nazvala jako „Podávání informací, co nemocnému přinést, jak ho podpořit v léčbě, příp. motivovat k nošení oblíbených potravin“ . 2 respondentky uvedly, že rodina přímo asistuje u pacienta při příjmu potravy a tekutin (R8: „*Rodina asistuje při příjmu potravy a tekutin.*“), 2 respondentky uvedly, že zodpovídají na dotazy (R3: „*Pokud o to rodina stojí, jsem schopná jim odpovědět na otázky a poskytnout literaturu a edukační materiál.*“).

Na otázku, jestli sestry edukují rodinné příslušníky o přípravě a podávání stravy, byly získány jednoznačné odpovědi. Polovina respondentek odpověděla, že rodinné příslušníky edukují (R2: „*Zde to dělají sestry a doplňují doporučením k nutriční terapeutce.*“), druhá polovina, tedy 4 respondentky, odpověděla, že needukují (R8: „*Needukují, edukuje lékař.*“). Pověřen je ovšem ve většině případů lékař (6 odpovědí), nebo nutriční terapeut (2 odpovědi).

**Kategorie:** Specifické intervence

**Diagram:** Edukace pacientů a jejich rodin



#### 4.1.3 Kategorie C) Spolupráce s odborníky

V otázce, s jakými dalšími specialisty je pracováno v rámci péče o nemocného, výrazně převažuje nutriční terapeut (7 odpovědí), dále samozřejmě specifictí lékaři (lékař ORL, gastroenterolog, chirurg, neurolog, radiolog), logoped (3 odpovědi) a jedenkrát byla zmíněna i dietní sestra či rehabilitační sestra. Např. R4: „*Dietní sestra, nutriční terapeut, lékař. logoped...pouze na pozvání.*“

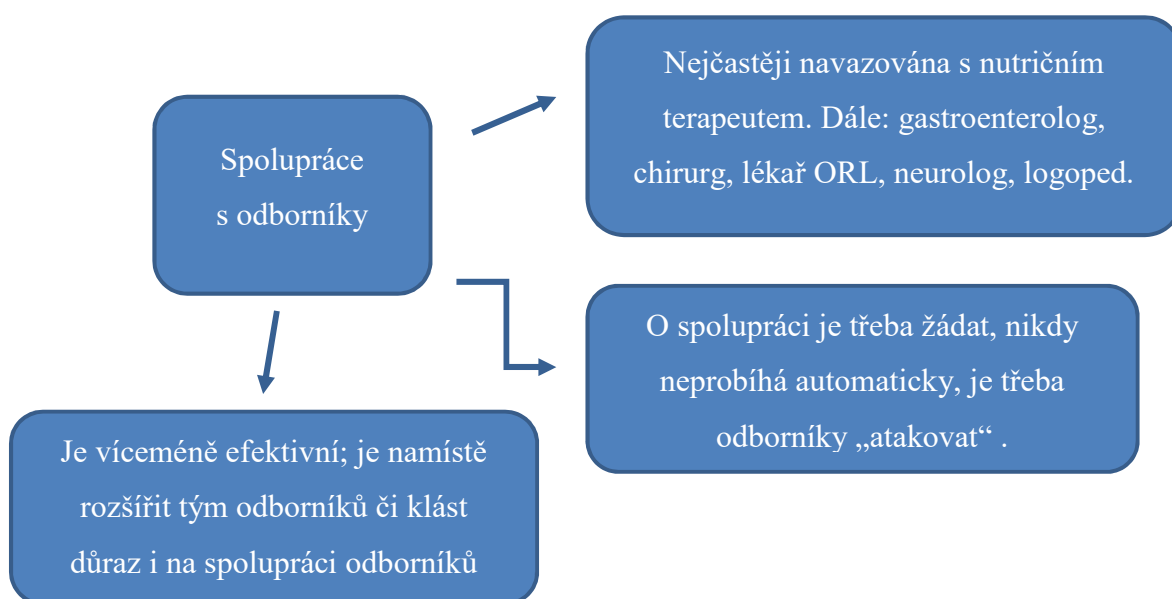
Spolupráce není ideální, většinou o ni musí požádat lékař, na některých odděleních je třeba vypsát žádost o konzilium (R7: „*Někdy komunikace vážne, ale většinou po žádosti neurologického lékaře o konzilium se vždy někdo dostaví.*“). 2 respondentky uvedly, že informace předává nutriční terapeut (R1: „*Ošetrovatelský personál sleduje stav pacienta, jeho schopnost polykat. Informace předává nutriční terapeutka, která upravuje jídelníček pacientům.*“)

Odpovědi na to, jak sestry spolupráci vnímají, byly poněkud překvapující, protože výrazně špatné hodnocení bylo získáno jen u 2 respondentek (např. R4: „*Bídňě. Měli by chodit automaticky, zeptat se třeba zda máme nějakého klienta.*“). R3 navrhla rozšíření týmu specialistů: „*Mohla by se více rozšířit o více specialistů v naší nemocnici. např: ergoterapeut*

a další.“ R6 zmiňovala především rozměr spolupráce veškerého lékařského i ošetrovatelského personálu v kombinaci s rodinou: „Důležitá je souhra všech specialistů a ošetrujícího personálu a rodiny, tak aby následovalo zlepšení pacientova nejen psychického stavu, ale i navrácení do normálního života.“ Dalším 3 respondentkám se stávající spolupráce s odborníky jeví jako efektivní, např. R7: „Přijde mi celkem efektivní, když si všichni pomáhají a spolupracují.“

**Kategorie:** Spolupráce s odborníky

**Diagram:** Spolupráce s odborníky



#### 4.1.4 Kategorie D) Kompenzační pomůcky

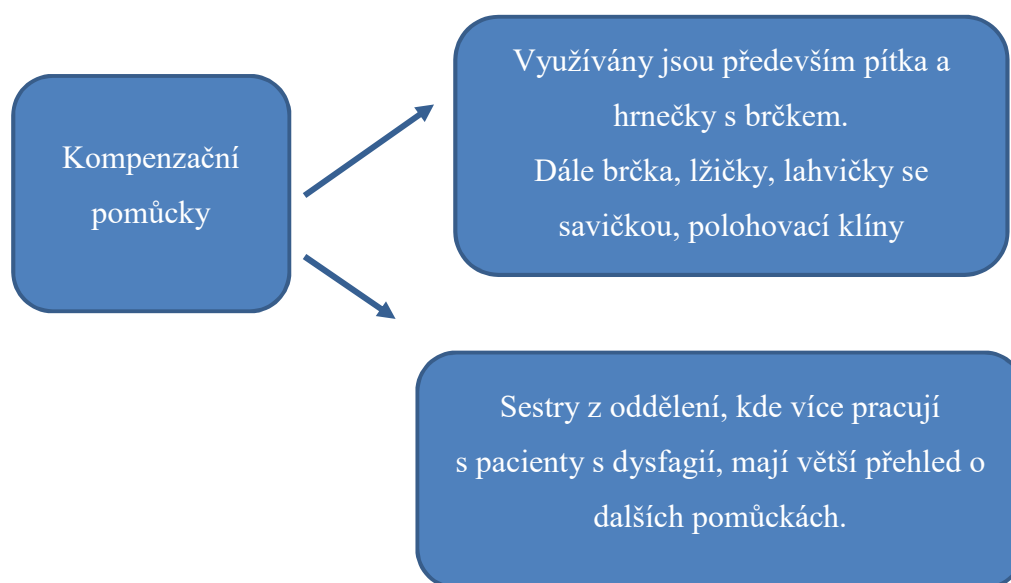
Většina respondentů se shoduje v odpovědi, že nutné je mít u pacienta pítka, případně hrneček s brčkem u soběstačnějších pacientů. 3 respondentky doplňují své odpovědi o brčka, lžičky, lahvičky se savičkou (např. R8: „Pítka, brčko, lžičky“). R7 ještě zmínila polohovací klíny: „Polohovací klíny, pítka, lžičky, lahve se savičkou.“ Tristní se mi ovšem na celé situaci zdá, že 3 respondentky nemají na svém oddělení žádné kompenzační pomůcky (R5: „Bohužel žádné v našem zařízení nemáme.“).

Informovanost sester o pomůckách, které se dají využít u nemocného s poruchou polykání, byly průměrné. Na oddělení, kde se vyskytují pacienti s dysfagií jako je ORL a Neurologie

respondentky odpovídaly více a více věděly než na oddělení, kde s touto problematikou nepřijdou tolik do styku. Např. R2: „*Vim, že existují speciální pítka, lžičky, ale osobně jsem je v ruce nedržela.*“ Kontra R6: „*Speciální přístroje, žvýkací pomůcky, anatomicky tvarované polštáře, hrníčky s uchy.*“

**Kategorie:** Kompenzační pomůcky

**Diagram:** Kompenzační pomůcky



#### 4.1.5 Kategorie E) Potřeby pacientů

V otázce, jaké specifické potřeby respondentky u pacientů pozorují, byla opět poměrně vysoká variabilita odpovědí. Nejvíce (3 respondentky) uvádí, že nejčastější potřebou je mít dostatek času na stravování a přijímání tekutin (např. R3: „*Potřebují mít dostatek času.*“). Dále byla zmiňována úprava stravy a tekutiny do adekvátní formy současně s dopomocí sestry (např. R8: „*Jenom to, že se jim musí upravit strava a také to, jak jsou odkázáni na mou pomoc. To, že se jim musí sehnat pomůcky. Proto je důležitá trpělivost.*“). Mezi další odpovědi se řadí aktivizace, sehnání pomůcek, nadrcení léků. Jeden z respondentů odpověď vůbec nevedl.

Odpovědi na otázku ohledně zcela nových potřeb u nemocného lze jen obtížně kvantifikovat, neboť byly získány velmi různorodé informace. Výsledkem tedy je, že důležitá je psychická podpora a tolerance doplněná pochopením (dopomocí) při každodenních aktivitách nemocného. R1: „*Potřebu toho, aby okolí tolerovalo, že je nemocný a stravování mu trvá déle.*“ Nebo R6: „*Ano, potřebují, aby na ně nikdo nespěchal, věnoval jim hodně trpělivosti a byl empatický. Chápal jejich změnu nálady.*“

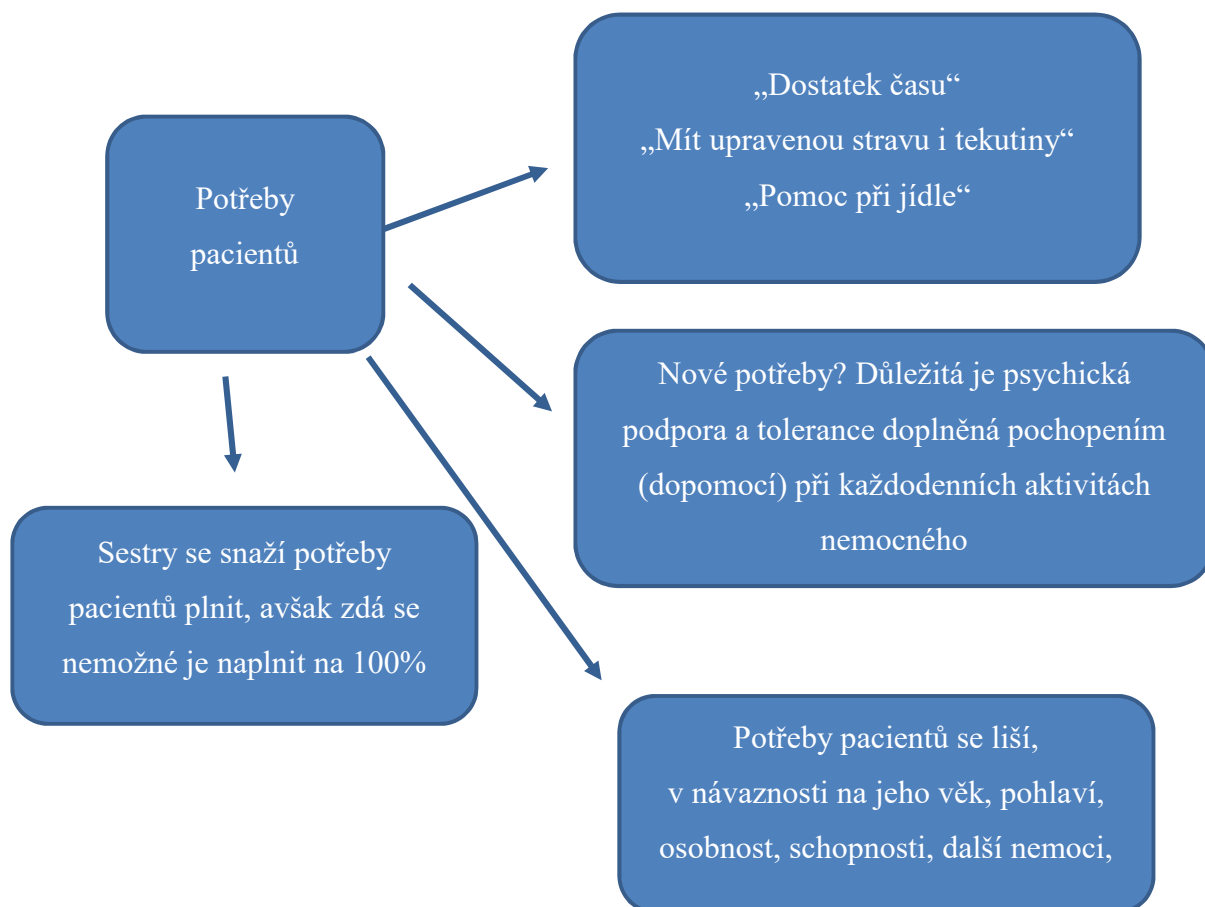
U otázky, jak sestry s potřebami nemocného pracují, byla odpověď jednoznačná. 6 respondentek odpovědělo, že se bude snažit potřeby nemocného splnit a udělá proto maximum (např. R5: „*Pokouším se pacientovi potřeby naplnit*“). 1 respondentka neuvedla odpověď a 1 odpověděla krátce a výstižně „*těžko*“.

Odpovědi na otázku, jestli je v silách sestry potřeby splnit, byly různé, některé respondentky dlouho váhaly, co říci slušně. Odpovědi zněly například: „*Ne. Ne alespoň ne v lůžkách akutní péče. Řekla bych, že třeba někde v následných péčích a podobně. Nebo vůbec ne a prostě úzce spolupracovat s odborníky na danou problematiku.*“, jak uvádí R2. „*Bohužel ne, není dostatek personálu.*“, jak uvádí R6. V podobném znění byly odpovědi v dalších 3 případech. Mimo to zaznělo též, že: „*Ne, dnešní trend a dokumentace nám to neumožňuje* (R7).“

V poslední otázce sestry nejčastěji odpovídaly, že potřeby pacientů se velmi liší. Takto odpovědělo 5 respondentek (např. R1: „*Potřeby se liší dle věku pacienta, jeho schopností, osobnosti*“). Což není vůbec k údivu. Dále zazněly odpovědi, jako je R4: „*Jak kdy, když potom mají velké polykací potíže, tak se liší od normálních pacientů.*“ Nebo R3: „*Přijdou mi podobné.*“

## Kategorie: Potřeby pacientů

### Diagram: Potřeby pacientů



#### 4.1.5 Kategorie F) Problémy pacientů

Otázka týkající se nejčastějších problémů skýtala bohaté odpovědi. V souhrnu by se odpovědi daly typizovat na 2 témata: 1) Odmítání stravy a tekutin z důvodu bolestivosti či nechutenství (R3: „Bolestivost, nechut' k jídlu, odmítání stravy či i tekutin“, R4: „Nechutenství, nauzea, zvracení, nemožnost polykání“, 2) Špatný psychický stav (R1: „Pocit méněcennosti, nadbytečnosti, stud, strach + přidružené problémy související se základním onemocněním.“).

V otázce, jakým způsobem výše uvedené problémy ovlivňují pacientův život, se nejčastěji (celkem 5krát) vyskytovala odpověď, že je narušený společenský život (R3: „Společenský život je narušený, stydí se jít například do restaurace“). Zbylé uváděly: R2: „Změna z hlediska peněz, neboť kompenzační pomůcky a doplňky něco stojí“, R5: „Úbytek na váze

a dehydratace se často podepisují na tělesném vzhledu,“ R1: „Pacienti si připadají být nadbyteční, obtížní, ztrácí chuť do života.“

Odpovědi v otázce na názor sester, jaký je největší problém pacientů s dysfagií, lze zobecnit do dvou hlavních mezníků. 1) Pacienti jsou často depresivní, mají sklony k suicidnímu chování, neboť stav je často nezvratný – proto odmítají spolupracovat; tento mezník uvedly 4 respondentek (R6: „To že jsou depresivní a vzdávají léčbu“). 2) Riziko aspirace a dehydratace (3 respondentky, např. R8: „Riziko aspirace, dehydratace a i suicida.“) .

**Kategorie:** Problémy pacientů

**Diagram:** Problémy pacientů





## 5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s dysfagií. Cílem výzkumné části bylo zmapovat zkušenosti sester s těmito pacienty, a to napříč různými typy oddělení. Pro sběr empirického materiálu bylo využito kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. na neurologickém, otorinolaryngologickém a standardním interním oddělení, na interní jednotce intenzivní péče a v Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče v Nejdku na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Výzkum proběhl v dubnu 2018 a celkem bylo uskutečněno 8 rozhovorů. Všichni respondenti byli předem uvědomeni, že data budou využita výhradně ke studijním účelům a budou získávána anonymně.

Otázky rozhovorů byly rozčleněny do 6 kategorií, kterými jsou: Monitorace, specifické intervence, spolupráce s dalšími odborníky, kompenzační pomůcky, potřeby pacientů a problémy pacientů.

Získané informace byly analyzovány metodou kódování v ruce. Všechny rozhovory byly doslovně přepsány a data byla dále analyzována do jednotlivých kategorií a podkategorií, jak je uvádějí Švaříček a Šedová (2016).

Jak zmiňuje Mandysová et al. (2012), při identifikaci pacienta s dysfagií je uplatňován postup, při kterém sestra nejdříve provede screeningové vyšetření a poté u pozitivního výsledku informuje lékaře. To se v našem případě potvrdilo jen částečně. Sestra na některých odděleních screening používá a oznámí lékaři informaci o pozitivním výsledku, ale někdy monitorace dysfagie neproběhne vůbec. Z našich výsledků vyplynulo, že monitorace probíhá pouze metodou vlastního pozorování a žádné jiné specifické metody nejsou využity, případně se zavede bilanční záznam.

Úroveň polykání hodnotí na většině oddělení lékař. Stejně tak je to on, kdo rozhoduje o dalším léčebném postupu, jak sdělily respondentky R3, R6, R7 a R8. Na odděleních, kde je větší výskyt pacientů s dysfagií (jako ORL či NEU), je možné využívat služeb nutričního terapeuta. Totéž například uvádějí (Kusyn a Solná, 2014).

Nejčastěji jsou problémy s polykáním u pacientů zjišťovány přímým sledováním při příjmu tekutin a potravy. Sestry si všímají zejména „zakuckávání“, dále pak „vytékání slin, stravy,

*a případně i tekutin z úst“* nebo „*pocitu na zvracení a dávení“*, stejně jako uvádějí Solná et al. (2014). V návaznosti na tyto obtíže pak sestry pomáhají pacientům při podávání tekutin a stravy, stravu upravují na požadovanou konzistenci, případně zahušťují tekutiny či pomáhají s rehabilitací polykacích cest.

Podstatná část výzkumu se zaměřovala na výživu a stravovací návyky pacientů s dysfagií. Tato oblast je dle mého názoru pro téma méj bakalářské práce velmi důležitá. Usuzuji tak ze své praxe, při které jsem měla možnost setkat se s pacienty, kteří trpěli poruchami polykání, ať už na oddělení neurologie, či na oddělení otorinolaryngologie. Měla jsem možnost dopomáhat pacientům, kteří měli různou formu dysfagie. Proto si myslím, že povědomí o otázce stravování je důležitou součástí ošetrovatelské péče proto, aby mohla být naplněna jedna z biologických potřeb člověka.

Strava nemocného je ve většině případů připravována v kuchyni, ošetrovatelský personál pokrmy a nápoje případně zahušťuje (ze zahušťovadel je využíván především Nutilis). O dietě rozhoduje lékař, lékař ve spolupráci s nutričním terapeutem, či přímo ošetrovatelský personál, neboť je pacientovi blíže. Vždy záleží na povaze konkrétního oddělení. Některé sestry zaznamenávají snědené porce do připravených archů, stále ovšem mnohem více převažuje hodnocení efektivity připravené stravy skrze kontakt s pacientem, a sice na základě toho, jakým způsobem a s jakou chutí potraviny konzumuje. Výzkumný soubor se shodl, že mezi nevhodné potraviny patří především rýže, velké kusy zeleniny či ovoce, lepkavé a drobivé potraviny stejně jako tekuté nápoje. Na další upozorňuje Kohutová (2017), a jsou jimi například sušené ovoce, tuhé kousky masa, dráždivé koření. Stav výživy někdy hodnotí nutriční terapeut, ale mezi běžné techniky patří také měření kožního turgoru a tělesné hmotnosti. Bohužel vážení pacientů stále nepatří mezi pravidelné činnosti ošetrovatelského personálu. R2 uvádí zajímavé informace: „*Vážíme pouze, když tu máme žákyně, a to pacienty chodící. Ležící nemáme jak zvážit, nemáme na to vybavení.*“

Tázané sestry odpovídaly, že při nedostatečné výživě je běžné zavést sondu či PEG, to samé je uvedeno na stránkách (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017).

Kvalita polohování pacientů je vysoká, například na oddělení respondentky R7, „*motivují pacienty ke konzumaci v jídelně, pokud je pacient dostatečně mobilní*“. S tímto postupem souhlasí i Kusyn a Solná (2014). V případě imobility pacientů všechny dotázané sestry rozlišují polohy s nohama z lůžka nebo do vysokého sedu v lůžku.

Edukace pacientů a rodinných příslušníků probíhá na všech odděleních přirozeně, především podávání informací běžně „tváří v tvář“, což považují za důležité Kusyn a Solná (2014). Sestry informují pacienty o tom, které způsoby přijímání potravy jsou nejlepší, stejně jako které potraviny jsou vhodné a které naopak nevhodné.

Fritzlová (2013) shledává důležitým zapojit do péče rodinu, neboť ta je velkou psychickou podporou pro nemocného, a proto se sestry snaží zodpovídat dotazy, vysvětlit rodině, jak důležitá je podpora nemocného i pravidelné navštěvování. Bohužel tištěné materiály respondentky využívají jen málo. Přestože edukací je pověřen většinou lékař, sestry jsou v této aktivitě velmi angažované.

Sestry mají všeobecně dobré povědomí o tom, jací specialisté by se mohli (a měli) na léčení pacientů s dysfagií podílet. V drtivé většině případů sestry spolupracují zejména s nutričními terapeuty, ale byl zmiňován i lékař ORL, gastroenterolog, logoped či neurolog. Fritzlová (2013) doplňuje zmíněný seznam o další specialisty, jako je například foniatr, radiolog, fyzioterapeut. Ti však nebyli uvedeni ani u jedné z respondentek.

Spolupráce jako taková není ideální, je třeba dotyčné specialisty „atakovat“, psát žádosti o konzilia apod. Například R3 uvádí: „*Někdy komunikace vážne, ale většinou po žádosti neurologického lékaře o konzilium se vždy někdo dostaví.*“ Je třeba si spolupráci vymínit. Jakmile je ovšem už spolupráce započata, zdá se sestrám dostačující až efektivní. Výrazně špatné hodnocení na probíhající spolupráci bylo zjištěno jen okrajově.

Výsledky v kategorii Kompenzační pomůcky přinesly zjištění, že sestry nejsou dobře zásobeny pomůckami, které mohou pacientům s dysfagií výrazně ulevit. Až tristní pro mne byla skutečnost, že na třech odděleních (na oddělení R1, R6, R8) nepoužívají žádné kompenzační pomůcky.

Z pomůcek je nejčastěji využíváno pítka nebo hrneček s brčkem. Brčka patří do klíčových pomůcek, protože pacientům pomáhají pít v předklonu, jak uvádí Health Winesino (2015). Dále mají sestry k dispozici lžičky, lahvičky se savičkou, okrajově polohovací klíny. Sestry z oddělení NEU a ORL měly dobré povědomí i o dalších pomůčkách (jako jsou gumové příbory, žvýkácké pomůcky, anatomicky tvarované polštáře aj.), ty například nabízí na stránkách Soukromá klinika LOGO (2009). Ostatní sestry nemají na nacházení dalších informací v této oblasti bohužel kapacitu.

*„Pacienti s dysfagií potřebují mít na přijímání tekutin a stravy dostatek času,“* zmínila v otázce 23 respondentka R7. Potřebují také mít stravu a tekutiny vhodně upravené, na čemž se shodují respondentky i webové stránky (VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové, 2012). Stejně tak by se neobešli bez přímé dopomoci při konzumaci. Sestry se shodly, že nejdůležitější je psychická podpora a tolerance doplněná pochopením (dopomocí) při každodenních aktivitách nemocného, což uvedla i respondentka R8: *„Potřebu toho, aby okolí tolerovalo, že je nemocný a stravování mu trvá déle.“*

Potřeby pacientů se liší podle pacientova věku, pohlaví, osobnosti, schopností a v souvislosti s jeho dalšími nemocemi. Přestože se sestry snaží dělat maximum, je složité (až nemožné v současných podmínkách práce) vyhovět všem potřebám nemocného.

Mezi největší problémy nemocného patří na jedné straně fyzické projevy, jako jsou nechutenství, nauzea a bolest při příjmu tekutin či stravy, na straně druhé je to špatný psychický stav, tj. stud, strach, deprese, pocity méněcennosti. To například dobře vystihla respondentka R4: *„Všeobecně to musí být těžké po psychické stránce pacienta. Dokážete si představit, že najednou nemůžete polykat? Já tedy rozhodně ne.“* Tyto problémy výrazně narušují společenský život nemocného. Odmítání spolupráce zapříčiněné pocity beznaděje a depresivními stavy (které vedou i k suicidnímu chování) je snad nejsložitější bariérou k uzdravení nemocného.

## Závěr

Má bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií“ se zabývala problematikou péče o pacienta s dysfagií. Cílem této práce bylo zmapovat specifika této péče. V souvislosti s tímto cílem bylo stanoveno šest výzkumných otázek. Výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jaké specifické intervence sestry vidí v péči o klienta s dysfagií a jakých specifických potřeb si sestra u tohoto klienta všímá. Dále bylo zjišťováno, jaké jsou používány kompenzační pomůcky, jaké problémy pacienty postihují, jak je monitorována úroveň polykacích cest a jak probíhá spolupráce s dalšími specialisty.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že některé sestry mají nedostatečné znalosti v oblasti spojené s ošetřováním pacienta, který trpí dysfagií. Dalším negativním zjištěním bylo, že ani v jednom zařízení (v Karlovarské krajské nemocnici a.s. ani v Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče) nemají sestry dostatek času věnovat se klientům, neboť je jich tam nedostatečný počet. V neposlední řadě chybí na odděleních odborníci, kteří se danou problematikou zabývají. A to i přesto, že klienti vyžadují zvýšenou péči nejen o fyzické potřeby, ale především o potřeby psychické. V nynější situaci bychom jako vhodné řešení viděli navýšení personální obsazenosti odbornými pracovníky. Co vidíme jako pozitivní, je uvědomění sester, že by se péče dala poskytovat i lépe, pokud by k tomu měly dostatečný prostor. Bohužel ten k tomu často nemají. Hodiny tráví vyplňováním dokumentů, místo aby se věnovaly klientům. Často na plnění svých vlastních rolí v péči o blaho klienta a jeho rodiny kvůli roli sekretářky čas nemají. Ano, plní roli poskytovatelek ošetrovatelské péče, ale ostatní role za ně často přejímají ostatní pracovníci. Což samozřejmě není chybou, sestra je členem multioborového týmu. Z výzkumu vyplývá, že sestra nemá dostatek času věnovat se rozhovorům s klientem a jeho rodinou. Jsme přesvědčeni o tom, že autor této práce využije informace vyplývající z jejích výsledků při seberealizaci ve své profesi a sám se také bude podílet na realizování adekvátní ošetrovatelské péče o pacienty s dysfagií.

## Seznam literatury

ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ, 2017. Dysfagie – poruchy polykání [online]. [cit. 2017-26-06]. Dostupné z: <http://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>.

ČERNÝ, M., KOTULEK, M., CHROBOK, V. 2011. FEES – flexibilní endoskopické vyšetření polykání. *Endoskopie*. 20(2), 70–75. ISSN 1211-1074.

ČIHÁK, R. et al. 2013. *Anatomie 2*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

Číselník diagnóz MKN-10, 2017. *R13 – Dysfagie*. [online]. Číselník diagnóz MKN-10. [cit. 2017-16-06]. Dostupné z: <http://www.ciselnikdiagnoz.cz/mkn-10/r13-dysfagie/>.

DONALD, C., 2015. Dysfagie a refluxní choroba jícnu In: MARCELO, V. et al. *Refluxní choroba jícnu-GERD*. Praha: Grada, 173 s. ISBN 978-80-247-4063-8

DONOVAL, R., LUKÁŠ, R., 2014. Dysfagie a odynofagie In: LUKÁŠ, K., ŽÁK A. et al. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 185 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

*Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně*. Dysfagie – porucha polykání [online]. 2017. [cit. 2017-06-23]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/dysfagie-%E2%80%93-porucha-polyk%C3%A1n%C3%AD>

FRITZLOVÁ, K. ©2013. *Dysfagie, poruchy polykání* [online]. Klinická logopedie Mgr. Kateřina Fritzlová. [cit. 2017-06-23]. Dostupné z: [http://www.logopedie-fritzlova.cz/?page\\_id=103](http://www.logopedie-fritzlova.cz/?page_id=103).

GROFOVÁ, Z. 2008. Výživa u poruch polykání [online]. *Med. Pro Praxi* 2008; 5(10): 399–400. [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/13.pdf>

HEP, A., DOLINA, J. Funkční poruchy horní části trávicího traktu z pohledu specialisty. *Interní medicína pro praxi*, 2005, 1: 17-19. ISSN: 1212-7299

HOLIŠOVÁ, H. 2014. Výživa při dysfagických potížích [online]. [cit. 2017-23-06]. DEBRA. Dostupné z: <http://www.debra-cz.org/sites/default/files/perm/document/vyziva-pri-dysfagickych-potizich-2014.pdf>.

HOLMES, S. R.M., GUDRIDGE, T. A., GAUDIANI, J. L., MEHLER, P.S. Dysphagia in severe anorexia nervosa and potential therapeutic intervention: a case series. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 2012, 121(7): 449-456. ISSN:0003-4894.

HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J., 2006. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum. 44 s. ISBN 80-246-1019-1.

JEŘÁBKOVÁ, P., 2006. *Poruchy polykání – diferenciální diagnóza*[online]. Lékařské listy (3). [cit. 2017-03-01]. Dostupné z:<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-polykani-diferencialni-diagnoza-170867>

KOHUTOVÁ, M., 2003–2014. Výživa při dysfagii [online]. *Angisrevue*. 2017 (3), [2018-03-10]. Dostupné z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/205/>

KUSYN, M., SOLNÁ, G., 2014. Dysfagie = Porucha polykání [online]. [cit. 2017-16-06]. Brno. Dostupné z:<http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/ambulance/logopedickeambulance/logopedicka-ambulance-1/ke-stazeni/dysfagie.pdf>

LASOTOVÁ, N., BEDNÁŘÍK, J., 2013. *Koncept péče o neurogenní dysfagie* [online]. Fakultní nemocnice Brno. [cit. 2017-06-13]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/koncept-pece-o-neurogenni-dysfagie/t4942>.

LASOTOVÁ, N. 2012. *Péče klinického logopeda o pacienty s neurogenní dysfagií* [online]. Neurologická klinika LF MU a FN Brno. [cit. 2017-06-12]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2012-04-12-brno-fn-bohunice/pece-klinickeho-logopeda-o-pacienty-s-neurogenni-dysfagii.pdf>.

Logopedické pomůcky, © 2009. Dysfagie. [online]. [cit. 2017-23-06]. Dostupné z: <http://www.logopedie-pomucky.cz/dysfagie/>.

LUCESI, K. F., KITAMURA, S., MOURÃO, L. F. Higher risk of complications in orodysphagia-associated dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2014, 72(3): 203-207. ISSN: 1678-4227.

MACHOVÁ, J., 2008. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum. 83 s. ISBN 978-80-7184-867-7.

MANDYSOVÁ, P. et al. 2012. Tvorba osmi položkového testu pro screening poruch polykání sestrou [online]. [cit. 2017-23-06]. Dostupné z: [http://www.osetrovatelstvo.eu/\\_files/2012/02/45-tvorba-osmipolozkoveho-testu-pro-screening-poruch-polykani-sestrou-2012-2-2.pdf](http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2012/02/45-tvorba-osmipolozkoveho-testu-pro-screening-poruch-polykani-sestrou-2012-2-2.pdf).

MILLER, N., 2013. Oropharyngeal dysphagia in an elderly post-operative hip fracture population. *Age and Agein*. 42(6), 679–681. ISSN 1468-2834.

MIOVSKÝ, M., 2006, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1362-4

MLČOCH, Z., 2011. Zavedení PEG, perkutánní endoskopické gastrostomie - video [online]. Zbyněk Mlčoch.cz. [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/video-fotografie-obrazek/zavedeni-peg-perkutanni-endoskopicke-gastrostomie-video>.

Online Encyclopedia, Thesaurus, 2012. *Dysfagie* [online]. [cit. 2017-16-06]. Dostupné z: <http://dictionary.sensagent.com/Dysfagie/cs-cs/>.

PRŮCHA, I., 2007. Polykací cesty. In: HAHN, A. et al. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada. 157 s. ISBN 978-80-247-0529-3.

ROFES, L., ARREOLA, V., ROMEA, M., PALOMERA, E., ALMIRALL, J., CABRÉ, M., SERRA-PRAT, M., CLAVÉ, P., 2010. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterology & Motility*. 22(8), 851–858. ISSN 1365-2982.

RÖSLER, A., PFEIL, S., LESSMANN, H., HÖDER, J., BEFAHR, A., VON RENTELNKRUSE, W., 2015. Dysphagia in dementia: influence of dementia severity and food texture on the prevalence of aspiration and latency to swallow in hospitalized geriatric patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 697–701. ISSN 1525-8610.

ROUBÍČKOVÁ, J., 2017. *Dysfagie – poruchy polykání* [online]. Asociace klinických logopedů České republiky [cit. 2017-16-06]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>.



ROUBIČKOVÁ, J. et al., 2011. *Testy 3F – Dysartrický profil*. Praha: Galén. 86 s. ISBN 978-80-7262-714-1.

RUŠAVÝ, Z. 2007. Diagnostika a léčba malnutrice. Sipping [online]. [cit. 2017-27-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-lecba-malnutrice-sipping-289472>

SMITHARD, D. G., SMEETON, N. C., WOLFE, C. D., A., 2007. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age and Ageing*, 36(1), 90–4. DOI:10.1093/ageing/afl149. PMID 17172601.

SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N., LEBEDOVÁ, Z., HOFMANOV8, J., BABOROVÁ, E., 2014. *Návrh jednotného postupu o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR*. [online]. Vítkovická nemocnice. [cit. 2017-06-13]. Dostupné z: <http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>

Soukromá klinika LOGO, s. r. o., 2009. Pomůcky pro poruchy polykání. [online]. [cit. 2017-23-06]. Dostupné z: <http://www.moje-klinika.cz/pomucky-pro-poruchy-polykani>

Společnost Parkinson, o. s. 2010. VÝŽIVA U PARKINSONOVY CHOROBY [online]. [cit. 2017-23-06]. PARKINSON – časopis Společnosti Parkinson, o. s. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/014/001551.pdf>.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. 551 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠLAPÁK, I., BARTOŇKOVÁ, K., MÁCHALOVÁ, M., 2017. *Jícen. Poruchy motility jícnu* [online]. Výukový text Dětská otolaryngologie. [cit. 2017-27-06]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-orl/index.php?pg=jicen--poruchy-motility-jicnu>

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TEDLA, M., CHROBOK, V., 2009. *Poruchy polykání: Poruchy prehl'tania*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. 312 s. ISBN 978-80-7311-105-2.

TRAPL, M., ENDERLE, P., NOWOTNY, M., TEUSCHL, Y., MATZ, K., DACHENHAUSEN, A., BRAININ, M., 2007. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *Stroke*. 38, 2948–2952. ISSN: 0039-2499.

TROJAN, S., LANGMEIER, M., 2003. Polykání. In: MAREŠ J. *Lékařská fyziologie*, Praha: Grada, s. 327–328. ISBN 80-247-0512-5.

VANÁSKOVÁ, E., HEP, A., VIŽDA, J., TOŠNEROVÁ, V., 2007. Poruchy polykání ve vztahu k vertebrogenním dysfunkcím. [online]. *Cesk Slov Neurol N*. 70/103(6), 692–696. [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?id=nn\\_07\\_06\\_13.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?id=nn_07_06_13.pdf).

VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. 2012. Ošetrovatelské diagnózy [online]. [cit. 2017-23-06]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=103&iid=22>.

Vyzivavnemoci.cz, 2012. Poruchy polykání mohou vést k vážné podvýživě. Nepodceňujte je! [online]. [cit. 2017-23-06]. ISSN 1803-017X Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/vyziva-dospelych/aktuality/detail/zprava/poruchy-polykani-mohou-vest-k-vazne-podvyzive-nepodcenujte-je-1/>.

Winesino.com., 2015. Adaptivní zařízení pro dysfagie. [online]. [cit. 2017-23-06]. Dostupné z: <http://cs.winesino.com/conditions-treatments/eating-disorders/1010003849.html>

ZELENÍK, K., KOMÍNEK, P., STÁREK, I. a kol., 2010. Diagnostika a léčba globus faryngeus. *Gastroenterologie a hematologie*, 64(1), 27–33. ISSN 1804-803X

ZIEGENHAGEN, D.J., BOLLSCHWEILER, E., 2010. Dysfagie. In: STEFFEN, H. M., GRIEBENOW, R., MEUTHEN, I., SCHRAPPE, M., ZIEGENHAGEN, J. D. (eds). *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. Vydání 5. Praha: Grada publishing, a.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Test 3F Dysartrický profil-vyšetření orofaciální oblasti

Příloha č.2: GUSS – Gugging Swallowing Screen

Příloha č.3 Přehled vybraných screeningových metod

Příloha č.4 Povolení k realizaci výzkumného šetření v Karlovarské krajské nemocnici a.s

Příloha č.5 Povolení k realizaci výzkumného šetření v Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, příspěvková organizace

Příloha č.6 Podklad pro rozhovor

Příloha č.7 CD Přepisy rozhovorů

Příloha č. 1 Test 3F Dysartrický profil-vyšetření orofaciální oblasti

<b>DYSARTRICKÝ PROFIL TEST 3F</b>				<b>Nynější onemocnění</b>			
<b>Stav před nynějším onemocněním</b> Stav kognitivních, jazykových, řečových funkcí Sluch + - Zrak brýle na čtení				<b>Poznámky</b>			
<b>Jméno pacienta</b>				<b>Orientační předtestové vyšetření</b>			
				<i>Afázie</i> ano ne	<i>orální nebo verbální apraxie</i> ano ne	<i>jiná porucha řeči</i> ano ne	
<i>Rodné číslo</i>	<i>Vyšetřil</i>			<i>chrup</i> : neúplný úplný	<i>jazyková fascikulace, fibrilace</i> : ano ne	<i>jazyková atrofie</i> : ano ne	
<i>Datum vzniku poruchy</i>	<i>Datum vyšetření I. a II. vyšetření:</i>			<i>jazyk pláží</i> : nepláží vůbec, uchyluje ke straně, ve středu	<i>tvář symetrická v klidu</i> : ano ne	<i>tvář symetrická v pohybu</i> : ano ne	
<i>Dysartrický index I. a II. vyšetření:</i> 0-17 velmi těžká dysartrie - anartrie 17-35 těžká dysartrie 36-56 středně těžká dysartrie 57-73 lehká dysartrie 74-85 velmi lehká dysartrie 85-90 bez poruchy				<i>přijímá plně jídlo jakékoli konzistence orálně</i> : ano ne	<i>obtíže při příjmu tekutin</i> : často občas ne	<i>obtíže při příjmu tuhé stravy</i> : často občas ne	
				<i>kontrakce vela při opakované prodloužené fonaci hlásky (a)</i> : vydatné, snížené, jednostranné, nejsou		<i>dávivý reflex</i> : nevybavný snížený zvýšený, přiměřený	
<b>FACIOKINEZE (maximum 30)</b>				<b>FONORESPIRACE (maximum 30)</b>		<b>FONETIKA (maximum 30)</b>	
<b>1. Rty (maximum 10)</b>				<b>4. Respirace (maximum 10)</b>		<b>7. Artikulace (maximum 10)</b>	
1.1 Protruze a retrakce rtů mezi zuby				4.1 Klidová prodloužená expirace		7.1 Přesnost opakování samohlásek	
1.2 Pevnost sevření rtů v klidu				4.2 Síla výdechového proudu		7.2 Přesnost opakování souhlásek	
1.3 Pevnost retního uzávěru při nafouknutých tvářích				4.3 Výdrž expirace při syčení (sss...)		7.3 Přesnost artikulace při čtení TEXT	
1.4 Zaostrění koutků do úsměvu				4.4 Opakování sérií (ss-ss-ss...)		7.4 Diadochokineze s fonací (p-t-k) (o-e)	
1.5 Diadochokineze bez fonace				4.5 Plynulé zesilování a zeslabování sykotu		7.5 Spontánní řeč	

<b>2. Čelist (maximum 10)</b>		<b>5. Respirace při fonaci (maximum 10)</b>		<b>8. Prozodie (maximum 10)</b>	
2.1 Otevření a zavření úst (volné)		5.1 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky m		8.1 Udržení rytmu v rytmickém celku TEXT	
2.2 Otevření a zavření úst proti odporu		5.2 Výdrž expirace při prodloužené fonaci hlásky ííí		8.2 Základní větné intonace TEXT	
2.3 Posouvání mandibuly doprava – doleva		5.3 Synchronizovanost respirace s fonací fffííí		8.3 Přemísťování kontrastního důrazu TEXT	
2.4 Kroužení mandibulou do stran		5.4 Délka výdechové mluvní fráze		8.4 Intonační variabilita TEXT	
2.5 Kontrakce žvýkacích svalů		5.5 Mluvní respirace		8.5 Komplexní prozodické faktory	
<b>3. Jazyk (maximum 10)</b>		<b>6. Fonace (maximum 10)</b>		<b>9. Srozumitelnost (maximum 10)</b>	
3.1 Vysunutí jazyka z úst a zasunutí		6.1 Kvalita hlasu		9.1 Srozumitelnost předřikávaných slov TEXT	
3.2 Zvednutí špičky jazyka vzhůru a spuštění zpět		6.2 Rezonance		9.2 Srozumitelnost předřikávaných vět TEXT	
3.3 Vysunutí, obrácení špičky jazyka před ústy vzhůru		6.3 Přiměřená a ovládaná hlasitost		9.3 Srozumitelnost četby slov TEXT	
3.4. Přesunutí jazyka z koutku do koutku		6.4 Přiměřená a ovládaná výška		9.4 Srozumitelnost četby textu TEXT	
3.5 Kruhovitě olíznutí horního a spodního rtu		6.5 Hlasový rozsah		9.5 Srozumitelnost spontánní mluvy	

(zdroj: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/dysartrie/t4497>)

Příloha č. 2 GUSS – Gugging Swallowing Screen

**GUSS** Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:	.....
Datum:	.....
Čas:	.....

**1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání**

		ANO	NE
<b>Bdělost</b>	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Kašel a/nebo odkašlávání</b>	<u>Volný</u> kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Polykání slin:</b>			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>Celkem:</b>		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = pokračujte s částí 2	

**2. Přímý test polykání** (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovadlo, chléb)

V následujícím pořadí:	1 →	2 →	3 →
	ZAHUŠTĚNÁ TEKUTINA*	TEKUTINA**	PEVNÁ STRAVA***
<b>POLYKÁNÍ:</b>			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>KAŠEL (bezděčný):</b> před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING:</b>			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>ZMĚNA HLASU:</b> (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>CELKEM:</b>	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později <sup>1</sup> 5 = norma
<b>CELKEM:</b> (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) ..... (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny		
<sup>1</sup>	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

## GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ	
<b>20</b>	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normální dieta.</li> <li>▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).</li> </ul>
<b>15-19</b>	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla).</li> <li>▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku.</li> <li>▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS.</li> <li>▪ Upozornit klinického logopeda.</li> </ul>
<b>10-14</b>	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahuštěnými konzistencemi jako přeseidávka a doplnění parenterální výživou.</li> <li>▪ Všechny tekutiny musí být zahušťovány!</li> <li>▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou.</li> <li>▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence.</li> <li>▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS.</li> <li>▪ Upozornit klinického logopeda.</li> </ul> <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
<b>0-9</b>	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Žádná strava per os</li> <li>▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS.</li> <li>▪ Upozornit klinického logopeda.</li> </ul> <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

(zdroj: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>)

### Příloha č.3 Přehled vybraných screeningových metod

Přehled vybraných screeningových metod (odkazy viz příloha 1)

screeningová metoda/autor	senzitivita / specificita	vzorek počet/homogenita	dostupnost metody	následná dietetická opatření
MMASA The Modified Man Assessment of Swallowing Ability / Man et al. 1999	pro dysfagii: senz 71% spec 72% pro aspiraci: senz 93% spec 55%	homogenní skupina CMP	plně opublikovaný, vč. záznamového archu, originální verze dostupná, překlad možný pouze s úhradou autorských práv	doporučení per os / non per os – bez doporučení konzistence, textury a tekutiny, bez stanovení stupně dysfagie
Daniels test / Daniels et al. 2000	senz 92,3% spec 66,7%	homogenní skupina 56 pacientů s akutní CMP do 5 dnů od vzniku	plně opublikované sledované rizikové faktory; bez záznamového archu	0
GUSS Gugging Swallowing Screen / Trapl et al. 2007	senz 100% spec 50 – 69%	homogenní skupina akutní CMP do 24 hodin od vzniku 50 pac	plně opublikovaný, oficiální překlad české verze záznamového archu uveden v této publikaci	doporučená dietetická a režimová opatření vč. tekutin dle stupně dysfagie
TOR-BSST Toronto Bedside Swallowing Screening Test / Martino et al. 2009	senz 91,3 % spec 93,3%	homogenní skupina CMP 311 pac., z toho 103 v akutním stadiu	plně opublikovaný, vč. záznamového archu, originální verze dostupná, překlad možný pouze s úhradou autorských práv	0
NOD Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia step-wise concept / Ickenstein et al. 2010	neuvedeno	homogenní skupina CMP 114 pac.	plně opublikovaný vč. záznamového archu, originál dostupný	doporučená dietetická a režimová opatření vč. tekutin dle stupně dysfagie
Acute Stroke Dysphagia Screen / Edmiaston et al. 2010	pro dysfagii: senz 91% spec 74% pro aspiraci: senz 95% spec 68%	homogenní skupina 300 pacientů s CMP	plně opublikovaný vč. záznamového archu, originál dostupný	0
Osmipoložkový test pro screening poruch polykání sestrou / Mandysová et al. 2012	senz 73,9% – 95,5% spec 25,8% – 46,7 %	nehomogenní skupina neurologických a ORL onemocnění 144 pac.	plně opublikovaný, instruktážní školení týmem autorů	0

(zdroj:<http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>)



## Příloha č.4 Povolení k realizaci výzkumného šetření v Karlovarské krajské nemocnici a.s.

Vážená pani  
Mgr. Gabriela Pichová  
Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu  
Karlovarská krajská nemocnice

### Věc: Žádost o povolení provedení kvalitativního výzkumu

Vážená pani Pichová,

Chtěla bych Vás požádat o povolení výzkumu ve Vaší nemocnici. Jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Výzkum bude prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami na oddělení neurologie, otolaryngologie, interního oddělení a jednotky intenzivní péče. Se všemi údaji bude nakládáno v anonymitě. V práci bude uvedeno pouze název nemocnice.

Za vyřízení mockrát děkuji.

*Markéta Barešová*

Markéta Barešová

JOUHLAVÁ A PICHOVÁ výzkumy.

G. Pich

Karlovarská krajská nemocnice a.s.  
nemocnice v Karlových Varech, IČZ: 42008  
Náměstek pro nelékařská povolání  
Tel.: č. 353 115 203 (1)

V Karlových Varech dne 3.4.2018

Příloha č.5 Povolení k realizaci výzkumného šetření v Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, příspěvková organizace

Vážená paní  
Olga Pištejová, Dis.  
Ředitelka  
Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, příspěvková organizace

**Věc: Žádost o povolení provedení kvalitativního výzkumu**

Vážená paní Pištejová,

Chtěla bych Vás požádat o povolení výzkumu ve Vašem zařízení. Jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Výzkum bude prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami na oddělení . Se všemi údaji bude nakládáno v anonymitě. V práci bude uvedeno pouze název zařízení.

Za vyřízení mockrát děkuji.

.....*Markéta Barešová*.....

Markéta Barešová

V *Nejdku* .....dne *3.9.2018*.....

*SOUHLASÍ*

REHOS  
Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, příspěvková organizace  
IČO: 252 21 117  
252 21 117



## **Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií**

### **Polostrukturovaný rozhovor**

- Kolik je Vám let?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jak dlouho pracujete na zdejší oddělení?

#### Vlastní otázky rozhovoru

1. Jak často se ve Vaší práci setkáváte s pacienty s dysfagií? Jakého bývají věku? Dokázala byste říci, jaké jsou nejčastější příčiny dysfagie u Vašich pacientů?
2. Jak u Vás na oddělení monitorujete úroveň polykacích schopností u nemocného s dysfagií?
3. Jakou specifickou metodu nebo metody k této monitoraci používáte?
4. Jak postupujete v případě, že zjistíte poruchu polykání u konkrétního pacienta jako první?
5. Kdo všechno se podílí na hodnocení úrovně polykání na Vašem pracovišti?
6. Jakým způsobem zjišťujete, že má Váš klient problém s polykáním?
7. Čeho si u pacienta všímáte?
8. Jakými činnostmi jako sestra pomáháte řešit klientův problém s polykáním?
9. Jakým způsobem upravujete stravu nemocnému s tímto problémem? Kdo na Vašem oddělení rozhoduje o dietě nemocného?
10. Využíváte u těchto pacientů nějaká zahušťovadla? Jaká to jsou?
11. Jakým potravinám se u nemocných s dysfagií vyhýbáte? Které jsou podle Vás nevhodné?
12. Jakým způsobem hodnotíte, zda je upravená strava pro pacienta efektivní?
13. Jakým způsobem hodnotíte stav výživy u nemocných s dysfagií?
14. Můžete mi popsat jakým způsobem si počínáte, pokud pacientův příjem stravy není dostatečný?
15. V jakých intervalech tyto pacienty vážíte?
16. Jakým způsobem pacienty polohujete pro podávání stravy?
17. S jakými dalšími specialisty spolupracujete v rámci péče o nemocného s dysfagií?

18. Jak tato spolupráce probíhá?
19. Jak Vy jako sestra tuto spolupráci vnímáte?
20. Jaké kompenzační pomůcky využíváte v případě potřeby u pacientů s dysfagií?
21. Znáte nějaké pomůcky, které jsou určené pro pacienty s tímto problémem?
22. Jaké specifické potřeby u klientů s dysfagií nejčastěji pozorujete?
23. Přináší podle Vás porucha polykání nemocnému nějaké zcela nové potřeby?
24. Jak jako sestra s těmito potřebami nemocného pracujete?
25. Myslíte si, že je v silách sestry tyto potřeby efektivně uspokojit?
26. Jsou podle Vašich zkušeností potřeby těchto pacientů hodně podobné nebo se výrazně liší u každého nemocného?
27. Jaké problémy podle Vašich zkušeností nejčastěji trápí pacienty s poruchou polykání?
28. Jakým způsobem podle Vás tyto problémy ovlivňují jejich život?
29. Co Vy jako sestra považujete u těchto pacientů za největší problém?
30. Jakým způsobem a o čem edukujete nemocného s poruchou polykání?
31. Jakým způsobem se snažíte zapojit rodinu do péče o nemocného?
32. Edukujete jako sestra rodinné příslušníky o přípravě a podávání stravy pacientům s touto poruchou? Pokud ne, kdo je tím v případě potřeby pověřen?

(zdroj: vlastní)

## Seznam použitých zkratk a symbolů

CMP	Cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
Dys.	Porucha
EMG	Elektromyografie
FESS	Flexibilní endoskopické vyšetření polykání, Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing
GUSS	Gugging Swallowing Screen
MDADI	M.D. Anderson Dysphagia Inventory
NEU	Neurologie
ORL	Ušní nosní krční, Otorhinolaryngologie
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
SST	Swallowing Speed Test
SVT	Swallowing Volume Test
SWALQOL	Swallowing-Related Quality of Life
VFSS	Videofluoroskopie, videofluoroscopic swallowing study
WHO	Světová zdravotnická organizace, World Health Organization