

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lenka Fryčová

**MOŽNOSTI PŘÍSTUPU K DOSPĚLÝM KLIENTŮM S DYSFAGIÍ V PODMÍNKÁCH
POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím pouze uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne

.....
Lenka Fryčová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda za odborné a vlídné vedení práce poděkovala Mgr. Adéle Hanákové, Ph.D., za odborné konzultace a cenné připomínky také Mgr. Gabriele Solné.

Mé poděkování patří současně všem, kteří se na tvorbě audiovizuálního materiálu podíleli po technické stránce nebo v nich vystupují, protože bez jejich přispění, by tato práce nevznikla. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat zúčastněným domovům pro seniory a domovu se zvláštním režimem za projevený zájem o problematiku a milou spolupráci.

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Dysfagie	7
1.1 Úvod do problematiky, terminologie a klasifikace.....	7
1.2 Anatomie hlavy a krku.....	11
1.3 Fyziologie a patologie polykání.....	20
1.4 Etiologie.....	26
1.5 Symptomatologie a důsledky	30
1.6 Diagnostika	31
1.7 Terapie.....	40
2 Onemocnění v dospělém věku se současným výskytem dysfagie	47
2.1 Cévní mozková příhoda	47
2.2 Guillain Barré syndrom.....	49
2.3 Alzheimerova nemoc.....	50
2.4 Amyotrofická laterální skleróza.....	51
2.5 Parkinsonova nemoc	52
2.6 Roztroušená skleróza	54
2.7 Myastenia gravis.....	55
2.8 Huntingtonova choroba	56
3 Dysfagie a pobytové sociální služby	58
3.1 Pobytové sociální služby.....	58
3.2 Okruh pracovníků v sociálních službách.....	59
3.3 Logoped v resortu MPSV	61
3.4 Dysfagie v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem	62
II PRAKTICKÁ ČÁST	66
4 Analýza možností přístupu k dospělým klientům v podmínkách pobytových sociálních služeb	66
4.1 Metodologie a cíle výzkumného šetření	66
4.2 Výzkumný vzorek.....	68
4.3 Charakteristika audiovizuálního materiálu.....	71
4.4 Vlastní šetření.....	73
4.5 Shrnutí a interpretace výsledků	88
4.6 Závěr praktické části.....	90
4.7 Doporučení pro praxi.....	92

ZÁVĚR	93
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
SEZNAM ZKRATEK	105
SEZNAM GRAFŮ	106
SEZNAM TABULEK	107
SEZNAM OBRÁZKŮ	107
SEZNAM PŘÍLOH	108

ÚVOD

Dysfagie představuje oblast zájmu logopedie, která již nespadá do tradičně vymezovaných desíti okruhů narušené komunikační schopnosti dle Lechty (1990). V souvislosti se změnou paradigmatu došlo také k rozšíření záběru logopedie mimo jiné o problematiku poruch polykání a jejich intervencí. V České republice postupně přibývají pracoviště zabývající se touto dynamicky se rozvíjející oblastí. Kliničtí logopedi pracující s klientelou dospělých osob s poruchami polykání se nejčastěji pohybují v prostředí neurologických oddělení nemocnic či rehabilitačních zařízení. Pokud dysfagie perzistuje i po propuštění z těchto institucí a člověk se současně potýká se sníženou soběstačností, je zde pravděpodobnost, že se stane uživatelem některé z pobytových sociálních služeb. Kupříkladu tímto způsobem se management poruch polykání může dostat pod resort ministerstva práce a sociálních věcí, kde má svá specifika.

V této práci bychom chtěli ilustrovat povědomí personálu pobytových sociálních služeb, konkrétně domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, o problematice poruch polykání. Cílem dále bylo na základě zjištěných znalostí vytvořit audiovizuální materiál. Jeho prostřednictvím bychom rádi ovlivnili a ilustrovali vhodný přístup personálu ke klientům s dysfagií, poskytli jim chybějící informace a pomohli jim lépe se v oblasti dysfagií zorientovat.

Tato práce se vnitřně člení do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První, nejrozsáhlejší je úvodem k celé problematice a tvoří ji přehled poznatků o dysfagii obecně. Dále poskytuje informace o anatomii hlavy a krku, fyziologii i patologii celého procesu polykání. Následující kapitola se věnuje již specifickým případům výskytu dysfagie. Popisuje především typický klinický obraz dysfagie, případně její průběh a obvykle užívané intervenční přístupy u několika vybraných onemocnění, jež jsou typická pro dospělý věk. Třetí kapitola mapuje resort ministerstva práce a sociálních věcí, prostředí pobytových sociálních služeb ve vztahu k logopedii obecně a následně v souvislosti s poruchami polykání a jejich managementem. Praktická část analyzuje povědomí zaměstnanců pobytových sociálních služeb na základě odpovědí dotazníkového šetření. Prezentuje obsah audiovizuálního materiálu a v neposlední řadě také reakce a zpětnou vazbu personálu po jeho zhlédnutí.

Tato práce má především poukázat na současný přístup personálu pobytových sociálních služeb ke klientům s poruchami polykání, na jeho silné stránky, ale i nedostatky. Kromě toho má poskytnout materiál vhodný pro osvětlení problematiky dysfagií široké škále osob.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Dysfagie

Úvodní kapitola by měla poskytnout ucelený náhled na problematiku dysfagií. Věnuje se jejímu vymezení, příčinám dysfagie, symptomům, možnostem diagnostiky a terapie. Současně shrnuje poznatky z anatomie všech bezprostředně souvisejících struktur, zabývá se popisem fyziologického a následně i patologického průběhu procesu polykání.

1.1 Úvod do problematiky, terminologie a klasifikace

Termín dysfagie má svůj původ v řeckém slově *phagein*, jež znamená přijímání potravy, polykání. Ve spojení s předponou *-dys* se význam posouvá směrem ke snížení schopnosti, narušení či obtížím s polykáním (Groher, Puntil-Sheltman, 2015). Existuje množství definic tohoto pojmu, například Kaulfussová (2007, s. 552) definuje dysfagii jako „*poruchu polykání pevné nebo tekuté potravy, která může nastat z různých příčin v průběhu transportu požité pevné stravy či tekutiny od úst do žaludku*“. Odlišnou definici poskytuje Tanner (2007, s. 47), dle něj jde o „*poškození emocionální, kognitivní, sensorické a/nebo motorické aktivity podílející se na transportu látky z dutiny ústní do žaludku, výsledkem čehož je selhání udržení optimální hydratace a nutrice, a představující riziko dušení a aspirace*“. Logemann (1998) poukazuje na užití termínu také v širším pojetí, které zahrnuje veškeré procesy předcházející vlastnímu polknutí. Patří zde uvědomění si nadcházející situace spojené s přijímáním potravy, vizuální rozpoznání jídla, fyziologické reakce na vůni a přítomnost pokrmu.

Problematika poruch polykání je v povědomí logopedů od 30. let 20. století. Tehdy se věnovali potížím vyskytujícím se u dětí s mozkovou obrnou. V 70. letech 20. století došlo spolu s publikací množství odborných článků a studií zabývajících se klinickými diagnostickými metodami a užitím přístrojových vyšetřovacích technik k prudkému rozvoji této doposud nepříliš zpracované oblasti. V USA byly realizovány výzkumy zjišťující počty logopedů poskytujících péči osobám s dysfagií. V roce 1985 potvrdilo intervenci u těchto klientů 35 % logopedů, v roce 1999 již 46,9 % logopedů uvedlo poskytování pravidelné logopedické péče jedincům s poruchami polykání (American Speech-Language-Hearing Association, 2002). V České republice se problematice polykání dříve věnovala spíše fyzioterapie (Kaulfussová, 2007), na poli logopedie si však v posledních letech našla své nezastupitelné místo.

Mezinárodní asociace logopedů a foniatrů uvádí na základě nedávné studie, že celkový výskyt dysfagie v populaci je 13,5 % (International Association of Logopedics and Phoniatrics, 2014). Každoročně

1 z 25 dospělých ve Spojených státech amerických zakusí potíže s polykáním. Pouze malá část, necelých 23 %, z tohoto důvodu vyhledá odborníka i přesto, že subjektivní dopad těžkostí s polykáním je vnímán výrazně (Bhattacharyya, 2014).

Poruchy polykání jsou oblastí, kde je **týmová spolupráce** k dosažení optimálního výsledku nezbytností. Na některých pracovištích bývají sestaveny **dysfagiologické týmy** skládající se z odborníků různých profesí, jejichž činnost nejčastěji koordinuje klinický logoped. Složení těchto týmů je proměnlivé, ne u každého případu je nutnost přítomnosti všech členů. Pokud dysfagie souvisí s nádory hlavy či krku, zapojuje se otorinolaryngolog, stomatolog, klinický logoped a obvykle také neurolog. Radiolog je důležitou součástí týmu, neboť pomůže blíže specifikovat jádro obtíží. Při podezření na poruchu polykání jícnového původu naváže spolupráci gastroenterolog. Své místo v týmu má také ergoterapeut, fyzioterapeut, pneumolog, zdravotní sestra a nutriční terapeut (Groher, Puntil-Sheltman, 2015). Kaulfussová (2007) mluví o interdisciplinárním přístupu s úzkou spoluprací lékařských a nelékařských oborů a zároveň k participujícím disciplínám doplňuje foniatrii, endoskopii, interní lékařství, chirurgii, psychiatrii a neuropsychologii. Na našem území byl klinickými logopedkami G. Solnou, N. Lasotovou, Z. Lebedovou, J. Hofmanovou a E. Baborovou zpracován „Návrh jednotného postupu v péči o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR“, který mimo jiné specifikuje úlohy jednotlivých členů dysfagiologického týmu.

Americká asociace sdružující logopedy a audiology vymezuje roli logopedů při práci s jedinci s poruchami polykání následovně (American Speech-Language-Hearing Association, 2002):

- Provádí klinickou diagnostiku.
- Provádí diagnostiku s použitím přístrojových metod, dle potřeby ve spolupráci se zdravotnickým personálem.
- Rozpozná normální a abnormální anatomii a fyziologii polykání.
- Identifikuje příznaky nebo potenciální onemocnění horního trávicího traktu a odkáže na příslušné odborníky.
- Rozhoduje o podobě terapie poruch polykání.
- Vytváří plán terapie.
- Poskytuje terapii poruch polykání, dokumentuje pokroky a stanovuje podmínky ukončení terapie.
- Poskytuje informace a poradenství osobám s dysfagií, jejich rodinám.
- Vzdělává další profesionály o potřebách osob s poruchami polykání, úloze logopeda při diagnostice a terapii dysfagií.
- Dle potřeby je nedílnou součástí dysfagiologického týmu.

- Obhájí služby pro osoby s dysfagií.
- Skrze výzkumné aktivity rozšiřuje své znalosti.

Terminologie

V souvislosti s poruchami polykání je možné se setkat s několika specifickými pojmy (Dvořák, 2007; Kaulfussová, 2007; Venes, 2017). **Afagie** představuje úplnou neschopnost polykání. Dalším pojmem je **odynofagie**, užívá se v případě, kdy je deglutice spojena s bolestí. Při stravování může docházet k vypadávání části pevného nebo vytékání tekutého sousta z úst, jež se označuje jako **drooling**. Někteří autoři drooling ztotožňují s hypersalivací. O **leakingu** mluvíme, pokud osoba ztratí nad soustem kontrolu z důvodu snížené orální senzitivity nebo omezené orální mobility. Termíny **reflux** a **regurgitace** shodně označují zpětný tok. V souvislosti s polykáním se nejčastěji jedná o zpětný tok kyseliny z žaludku do jícnu, tzv. gastroesofageální reflux (podrobněji viz podkapitola 1.4), nebo o návrat sousta nosní dutinou (nasální regurgitace) v důsledku selhání velofaryngeálního¹ mechanismu.

Jedním ze stěžejních pojmů ve vztahu k důsledkům dysfagie je **aspirace**. Dvořák (2007, s. 29) ji definuje jako „*vdechnutí cizího tělesa do dýchacích cest*“. Příbuzným, ale ne totožným pojmem je **penetrace**, v této souvislosti Ekberg (2012) upozorňuje na terminologickou nejednotnost. Termín „penetrace“ se užívá k popisu vniknutí materiálu do dýchacích cest *v průběhu* polknutí, ale také k popisu situace, kdy se sousto dostane do dýchacích cest, ale pouze nad úroveň hlasivek. „Aspirace“ může vyjadřovat průnik bolusu do laryngu *po* polknutí, ale obvykle se uplatňuje, pokud se sousto dostane pod hlasivky do subglotického prostoru. V naší práci budeme tyto termíny využívat pro vystižení lokalizace materiálu v dýchacích cestách.

V zahraniční terminologii by se mělo rozlišovat mezi pojmy **swallowing disorder**, **feeding disorder** (Groher, Puntil-Sheltman, 2015). Feeding disorder se vztahuje k narušení transportu jídla mimo zažívací trakt. Příčinou bývá slabost nebo obtíže s koordinací ruky dopravující jídlo k ústům. Avšak ve Velké Británii a Spojených státech amerických, zejména u dětí, může být pojem feeding disorder pojímán jako synonymum swallowing disorder. Člověk, který má potíže dopravit jídlo k ústům (feeding disorder), může mít zároveň dysfagii (swallowing disorder), typickým příkladem jsou lidé s mozkovou obrnou.

¹ „týkající se zadní části měkkého patra a hltanu; oblast zodpovědná za uzavření nosohltanu při polykání“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 1066)

Klasifikace poruch polykání

Aktuální 10. revize **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (MKN-10) uvádí ve vztahu k poruchám polykání následující (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2008):

- R13 Dysfagie
- F45.8 Jiné somatoformní poruchy – psychogenní dysfagie včetně „globus hystericus“²
- D50.1 Dysfagie sideropenická – Kellyho-Petersonův syndrom, Plummerův-Vinsonův syndrom

Připravovaná 11. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů bude pravděpodobně kromě výše uvedených kategorií obsahovat také kódy pro dysfagii lusoria³ a funkční dysfagii (World Health Organisation, 2017).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která doplňuje MKN-10, zaměřenou spíše etiologicky, o hledisko funkční schopnosti, disponuje kategorií b510 funkce přijímání potravy:

b5105 Polykání	XXX.0	žádná porucha	0 – 4 %
Funkce posouvání potravy a nápojů ústní dutinou, hltanem a jícnem do žaludku, a to přiměřenou měrou a rychlostí.	XXX.1	lehká porucha	5 – 24 %
Obsahuje ústní, hltanovou nebo jícnovou dysfagii; poruchy při průchodu jícnem.	XXX.2	středně těžká porucha	25 – 49 %
	XXX.3	těžká porucha	50 – 95 %
b51050 Polykání ústy	XXX.4	úplná porucha	96 – 100 %
b51051 Polykání hltanem	XXX.8	nelze určit	
b51052 Polykání jícnem	XXX.9	nelze aplikovat	
b51058 Polykání, jiné			
b51059 Polykání, blíže neurčené			

Tab. 1: Kvantifikátory MKF

K určení rozsahu poruchy se užívá kvantifikátoru, který se doplňuje za kód (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF, 2008).

Taberův encyklopedický lékařský slovník rozlišuje 3 podtypy dysfagie (Venes, 2017):

- orofaryngeální d. – potíže s transportem sousta z dutiny ústní do jícnu

² „pocit přítomnosti kulovitěho tělesa v hrdle, který znesnadňuje polykání“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 352)

³ jícen je utlačován pravou podklíčkovou tepnou, konkrétně jejím odchylným odstupem označovaným jako arteria lusoria (Venes, 2013)

- faryngeální d. – vdechnutí jídla do trachey v průběhu polykání
- vaskulární d. – viz d. lusoria

Dvořák (2007) zmiňuje dva typy dysfagie - dysfagii funkční, hysterickou, psychogenní a na druhé straně dysfagii sideropenickou vznikající na podkladě anémie z nedostatku železa. Dále je možné klasifikovat poruchy polykání z pohledu lokalizace obtíží, mluvíme pak o dysfagii orofaryngeální, tzv. horní dysfagie a esofageální, dolní dysfagii. Alternativou je rozdělení kopírující jednotlivé fáze polykacího aktu na orální, faryngeální a esofageální dysfagii (Vitásková, 2005).

1.2 Anatomie hlavy a krku

Tato podkapitola poskytne nezbytné informace o strukturách podílejících se na procesu polykání, jejich stavbě, funkci, vzájemné provázanosti a neurální kontrole. Vzhledem k rozsahu práce jsou některé z oblastí, jež nemají bezprostřední vztah k našemu tématu, obsahově omezeny či vynechány.

KOSTRA HLAVY

Lebku (*cranium*) si pro lepší orientaci můžeme rozdělit na část mozkovou, kde patří kosti bezprostředně obklopující mozek, a část obličejovou, která je k mozkové části připojena zepředu bazálně. Z vývojového hlediska lebku členíme na *neurocranium* a *splanchnocranium*. Neurocranium formuje pevné pouzdro kolem mozku a smyslových orgánů, tvoří jej (Čihák, 2011):

- *os occipitale* – kost týlní
- *os parietale* – kost temenní
- *os temporale* – kost spánková
- *os sphenoidale* – kost klínová
- *os frontale* – kost čelní
- *os lacrimale* – kost slzní
- *os nasale* – kost nosní
- *os ethmoidale* – kost čichová
- *vomer* – kost radličná
- *concha nasalis inferior* – dolní skořepa nosní

Splanchnocranium se skládá ze skupiny kostí, které se nacházejí při začátku trávicí trubice. **Horní čelist** (*maxilla*) je párovou kostí skládající se z těla a čtyř výběžků. Maxilla ovlivňuje vzhled obličeje, stavbu stěn očníce a nosní dutiny. Tvoří anteriorní dvě třetiny tvrdého patra, čímž se značně podílí na jeho

tvary, a současně nese horní zubní oblouk. Další párovou kostí je **kost patrová** (*os palatinum*). Formují ji dvě ploché lamely, z nichž vodorovná *lamina horizontalis* dotváří zadní část tvrdého patra. Pomyslnou spojku mezi obličejovou částí lebky a neurocraniem představuje **kost lícní** (*os zygomaticum*). Spolu s výběžkem spánkové kosti tvoří jařmový oblouk (*arcus zygomaticus*), část očnice a má také vliv na tvar obličeje. **Dolní čelist** (*mandibula*) se skládá z těla dolní čelisti, které je vyklenuté do tvaru paraboly, a dále ze dvou vzestupných ramen nesoucích kloubní hlavice. Mezi spodinou úst a hrtanem v krčním svalstvu se nachází **jazyk** (*os hyoideum*). Je možné ji nahmatat. Sestává se z těla, malých rohů a typický tvar písmene U jazykce dodávají velké rohy (ibid.).

SVALY HLAVY

Na hlavě můžeme najít několik různorodých svalových skupin, liší se svou funkcí, ale také původem (Castillo Morales, 2006; Čihák, 2011; Čihák, 2013; Ekberg, 2012):

- **Svaly žvýkácí** (*musculi masticatori*)

Musculus temporalis začíná v jámě spánkové a jeho vlákna směřují dopředu a dolů, kde se upínají na mandibulu. Jeho funkcí je elevace a také retrakce dolní čelisti.

Musculus masseter se nachází na vnější straně mandibuly, začíná na *arcus zygomaticus*. Podílí se na přitažení dolní čelisti a zároveň způsobuje její protrakci. U novorozenců dochází zároveň k opačnému pohybu – retrakci, což má význam pro sání.

Musculus pterygoideus medialis má stejný průběh vláken jako *musculus masseter*, ale na vnitřní straně dolní čelisti. Při jeho oboustranné aktivitě dochází k elevaci mandibuly. Pokud je aktivní pouze jednostranně, způsobuje tah mandibuly na opačnou stranu. Tento pohyb je zásadní pro třecí žvýkácí pohyby.

Musculus pterygoideus lateralis se upíná pod hlavicí dolní čelisti. Symetrická kontrakce vede k předsunutí mandibuly, jednostranná akce vyvolá pohyb na protilehlou stranu.

- **Svaly mimické** (*musculi faciei*)

Tyto svaly jsou uloženy spíše na povrchu. Upínají se přímo do kůže, svou aktivitou jí proto pohybují, ovlivňují vzhled a lokalizaci ústní a oční štěrbin, výsledkem je proměna výrazu obličeje. Mimické svaly se dělí do několika funkčních celků:

a) svaly kolem štěrbiny ústní

Musculus orbicularis oris je formován svalovými vlákny, jež okolo dutiny ústní vytvářejí kruh. Při mírné kontrakci zejména vnitřní části svalu (*pars labialis*) dochází k uzavěru úst, při silnější kontrakci s převahou okrajových vláken (*pars marginalis*) se rty špulí dopředu.

Shora a z laterální strany se do *musculus orbicularis oris* připojují tyto svaly, které zdvihají horní ret a táhnou okraje úst do stran: *musculus levator labii superioris*, *musculus zygomaticus minor*, *musculus zygomaticus major*, *musculus levator anguli oris*, *musculus risorius*. Zdola se přidružují *musculus depressor anguli oris* a *musculus depressor labii inferioris*, jež stahují dolní ret a ústní koutek směrem dolů.

Musculus mentalis vysunuje dolní ret nahoru a dopředu.

Platysma přísluší k mimickému svalstvu svým původem. Jedná se o tenký, plochý sval, jehož obličejová část zasahuje do mimického svalstva na bradě a na dolním rtu. Spolupodílí se na otevírání čelistí, ovládá napětí kůže krku.

b) svaly na nose

Musculus levator labii superioris alaeque nasi začíná na okraji orbity a jde podél nosu do nosního křídla a horního rtu. Rozšiřuje nosní křídla a zvedá střední část horního rtu.

Musculus nasalis mění průsvit nosních křídel.

c) *Musculus buccinator* představuje hlubokou vrstvu mimického svalstva a vytváří svalový podklad tváří. Jeho úkolem je přitlačit tvář k dásním, účastní se při foukání, rozšiřování dutiny ústní a brání uskřinutí tváře při kousání.

d) svaly kolem štěrbiny očních víček

e) svaly na klenbě lebeční

f) svaly boltce ušního

- **Svaly jazyka**

a) Extraglosální svaly

Začínají mimo jazyk a pohybují jím jako celkem.

Musculus genioglossus je největší sval jazyka vějířovitého tvaru, začíná ve střední části dolní čelisti a směrem k dorsální části jazyka se rozšiřuje. Vlákna v dolní části svalu táhnou kořen jazyka anteriorně a ta zbývající jej přitahují ke spodině úst.

Musculus hyoglossus se upíná na velký roh jazyčky. Pokud je jazyčka fixovaná, způsobuje pohyb jazyka dozadu a dolů.

Musculus styloglossus se vyskytuje na bocích jazyka a směřuje až k jeho apexu. Táhne hrot jazyka dozadu vzhůru.

Musculus palatoglossus se z hlediska funkce řadí ke svalům měkkého patra, kde má i svůj počátek.

b) Intraglossální svaly

Mají svůj počátek i konec v jazyku. V důsledku jejich činnosti jazyk mění svůj tvar.

Musculus longitudinalis superior (superficialis) zkracuje délku jazyka.

Musculus longitudinalis inferior (profundus) zkracuje jazyk.

Musculus transversus linguae způsobuje zúžení hmoty jazyka.

Musculus verticalis linguae zplošťuje jazyk.

• Svaly měkkého patra

Musculus tensor veli palatini je napínačem vela.

Musculus levator veli palatini zdvihá měkké patro při polykání a při řeči.

Musculus uvulae je párový sval nacházející se podél čípku. Mění jeho tvar a délku.

Musculus palatoglossus podílí se na zúžení hltanové úžiny v důsledku zdvihnutí kořene jazyka.

Musculus palatopharyngeus z funkčního hlediska se řadí ke zdvihačům hltanu. Jeho zadní část se při polykání vyklenuje a společně měkkým patrem uzavírá nosohltan.

• Svaly hltanu

a) Svěrače hltanu

Musculus constrictor pharyngis superior vyklenuje zadní stěnu hltanu proti velu a při jeho současném zdvižení zabraňuje při polykání vniknutí sousta do nosohltanu.

Musculus constrictor pharyngis medius posouvá při polykání sousto kaudálním směrem.

Musculus constrictor pharyngis inferior je největším svěračem hltanu a stejně jako předchozí sval se podílí na posunu bolusu.

b) Zdvíhače hltanu

Musculus stylopharyngeus

Musculus palatopharyngeus

Musculus salpingopharyngeus

- **Svaly hrtanu**

Jedná se o příčně pruhované, párové svaly, které ovládají pohyb chrupavek hrtanu.

Dle umístění rozlišujeme:

a) Přední svaly

Musculus cricothyroideus začíná na přední straně prstencové chrupavky a táhne se k dolnímu okraji chrupavky štítné. Sklání ji anteriorně a tím, napíná hlasové vazy.

b) Postranní svaly

Musculus cricoarytenoideus lateralis se táhne od laterální stěny prstencové chrupavky k hlasivkové chrupavce. Způsobuje vnitřní rotaci hlasivkové chrupavky, v jejímž důsledku dojde k addukci hlasivkových vazů.

Musculus thyroarytenoideus se upíná od štítné chrupavky k chrupavce hlasivkové. Podílí se na addukci hlasových vazů. Jeho vnitřní část, jež přímo naléhá na ligamentum vocale se nazývá *musculus vocalis*.

Musculus thyroepiglotticus se rozpíná od štítné chrupavky k laterálnímu okraji epiglottis a do podslizničního vaziva ústí hrtanu. Způsobuje rozšíření vchodu do hrtanu tažením za okraj hrtanové příklopky.

c) Zadní svaly

Musculus cricoarytenoideus posterior jde od zadní stěny prstencové chrupavky k hlasivkové chrupavce. Vede k abdukci hlasových vazů a současně je napíná.

Musculus arytenoideus zezadu spojuje hlasivkové chrupavky. Jeho dvě části *musculus arytenoideus transversus* a *musculus arytenoideus obliquus* jsou nejsilnějšími adduktory hlasových vazů.

SVALY KRKU

V důsledku odlišného původu jednotlivých svalů, případně svalových skupin, mají různou inervaci. Tvoří je (Castillo Morales, 2006; Čihák, 2011):

- **Nadjazylkové svaly** (*musculi suprahyoidei*)

Jedná se o horní svaly jazyky nacházející se mezi lebkou a jazykou. Zahrnují:

Musculus mylohyoideus je plochý sval tvořící dno dutiny ústní (*diaphragma oris*). Umožňuje depresi mandibuly při fixované jazylce a elevaci jazyky při fixované mandibule.

Musculus digastricus se skládá ze dvou svalových bříšek propojených šlachou v oblasti jazyky. Stejně jako předchozí sval při fixované jazylce snižuje dolní čelist a při fixované mandibule zvedá jazyku.

Musculus stylohyoideus je štíhlý sval fixující jazyku a táhnoucí ji směrem dozadu a nahoru.

Musculus geniohyoideus má počátek na mandibule a upíná se na tělo jazyky. Spolu s *musculus mylohyoideus* tvoří pružné dno dutiny ústní. Při fixované mandibule zvedá jazyku nahoru a dopředu, při fixované jazylce táhne dolní čelist směrem dolů.

- **Podjazylkové svaly** (*musculi infrahyoidei*) se nazývají podle svých úponů. Ty se nacházejí na hrudní kosti, lopatce nebo chrupavce štítné. Funkce těchto čtyř svalů – *musculus omohyoideus*, *musculus sternothyroideus*, *musculus thyrohyoideus* a *musculus omohyoideus* je totožná, fixují jazyku a směřují ji kaudálně.

- **Platysma** – viz mimické svaly výše

- **Musculus sternocleidomastoideus**

- **Musculi scaleni**

- **Hluboké svaly krční**

NEURÁLNÍ KONTROLA POLYKACÍHO AKTU

Polykání je komplexní děj, z tohoto důvodu jeho řízení podléhá několika různým oblastem centrální nervové soustavy. Jelikož se zčásti uplatňuje reflexní aktivita a částečně volní, neurální kontrola se dělí mezi dva mozkové regiony – **mozkovou kůru a kmen**. Na volní iniciaci polykání se bilaterálně podílí frontální, prefrontální a parietální oblasti mozkové kůry, konkrétně primární motorická a sensorická area, precentrální gyrus. Další korové oblasti ve spojitosti s polykáním zahrnují frontální operculum, orbifrontální kůru a insulu. Mозková kůra je stěžejní nejen pro volní spuštění polykání, ale také pro zapojení pohybů tváře a souvisejících struktur. Avšak koordinace a načasování celého procesu, včetně vyvolání polykacího reflexu spadá pod mozkový kmen do **prodloužené míchy**. Mозkový kmen

také zajišťuje vzájemnou souhru mezi polykáním, dýcháním a žvýkáním, která je vzhledem k jejich blízkému anatomickému i fyziologickému vztahu nezbytná (Leslie, McHanwell, 2008).

Polykání je spuštěno senzitivním vjemem v důsledku přítomnosti jídla či tekutin. Oblasti, ve kterých je možné vyvolat polykací reflex, se nacházejí v čelisti, posteriorní části jazyka, patrových obloucích a horní části hltanu. Aferentní vlákna, která přenášejí sensorické informace, se sbíhají v *nucleus tractus solitarius*. Poté dochází k jejich přepojení v interneuronech a následnou motorickou odpověď spustí *nucleus ambiguus* (Love, Webb, 2009). Na tyto dvě skupiny neuronů okolo nucleus tractus solitarius a nucleus ambiguus se pohlíží jako na **centra polykání** (Leslie, McHanwell, 2008; Tedla, 2009) a spolu s interneurony vytváří tzv. centrální generátor (Larson, 1985).

U většiny lidí je kontrola polykání **asymetrická**, jedna hemisféra se jí účastní více než druhá, ale bez ohledu na lateralitu. V návaznosti na tento jev vznikly hypotézy vysvětlující prevalenci obtíží s polykáním po cévní mozkové příhodě a také zotavení vyskytující se u většiny pacientů v odstupu několika týdnů (Leslie, McHanwell, 2008). Hamdy a Rothwell (1998) považují poškození hemisféry mající větší kontrolu za iniciátora dysfagických potíží. Díky kompenzačním mechanismům, však dojde k využití kapacity a reorganizaci nezasažené hemisféry, čímž obtíže postupně vymizí.

Hlavové nervy zúčastňující se polykacího aktu:

Nervus trigeminus (V.)

Čihák (2016) popisuje trojklanný nerv jako nejmohutnější z hlavových nervů. Jak z názvu nervu vyplývá, skládá se ze tří hlavních větví: *nervus ophthalmicus*, *nervus maxillaris* a *nervus mandibularis*. Pro řeč a polykání je významná druhá a třetí větev (Tedla, 2009). Nervus maxillaris senzitivně inervuje **horní čelist, zuby, alveoly, patro**, sliznici zadních dvou třetin nosní dutiny, kůži a sliznici tváře od oční štěrbiny po ústa a nosohltan. 3. větev nervus trigeminus – nervus mandibularis je specifická tím, že obsahuje nejen vlákna senzitivní, ale také motorická vlákna pro **žvýkací svaly**, musculus mylohyoideus a přední břicho musculus digastricus. Přivádí také motorická vlákna z jádra VII. nervu do musculus tensor tympani a z IX. nervu do musculus tensor veli palatini. Senzitivně inervuje kůži a sliznici **dolní čelisti, zuby, alveoly, přední dvě třetiny jazyka** a kůži v okolí spánkové krajiny (Čihák, 2016).

Nervus facialis (VII.)

Jeho sensorická vlákna vedou **chuťové vjemy** z předních dvou třetin jazyka. Motorická vlákna lícního nervu (okolo 60 % vláken) inervují převážně **mimické svaly**, také zadní břicho musculus digastricus, musculus stylohyoideus, musculus stapedius a musculus tensor tympani, jehož vlákna poté vede V. nerv (ibid.). Při poruše tohoto hlavového nervu, jak uvádí Tedla (2009), dochází ke kousání do sliznice tváří a k vytékání jídla a slin z úst.

Nervus glossopharyngeus (IX.)

Motoricky inervuje svaly **patrových oblouků, měkkého patra**, musculus stylopharyngeus, společně s nervus vagus i svaly hltanu. Senzitivní vlákna vede z hltanu, tonsil, **zadní třetiny jazyka** a Eustachovy trubice. Přivádí také informace z chuťových receptorů zadní třetiny jazyka (Čihák, 2016). Podle Lowe a Web (2009) je nervus glossopharyngeus považován za primární aferentní nerv polykacího reflexu, nervus vagus jako sekundární.

Nervus vagus (X.)

Bloudivý nerv je smíšeným nervem s nejrozsáhlejším inervačním polem. Společně s IX. nervem zajišťuje motorickou inervaci **hltanu a měkkého patra**. Sám vede motorická i senzorká vlákna z **hrtanu**. Nejvýznamnější větve bloudivého nervu, jež inervují oblasti související s degluticí, ventilací a fonací, zahrnují *nervus laryngeus superior*, *nervus laryngeus recurrens* a *nervus laryngeus inferior* (Čihák, 2016).

Nervus hypoglossus (XII.)

Nervus hypoglossus je zodpovědný za **pohyby jazyka**. Tento výlučně motorický nerv inervuje všechny intraglossální svaly a extraglossální svaly mimo musculus palatoglossus, který patří mezi svaly měkkého patra. Při poškození podjazykového nervu dochází k obrně svalů jazyka. Pokud je jednostranné, při protruzi se jazyk uchyluje ke straně (ibid.). Lowe a Web (2009) zdůrazňují význam nervus hypoglossus, nervus glossopharyngeus a nervus vagus pro posun bolusu hltanem po spuštění polykacího reflexu.

STRUKTURY (ORGÁNY) PODÍLEJÍCÍ SE NA POLYKÁNÍ

Dutina ústní (cavitas oris)

Je místem, kde proces polykání začíná. **Rty (labia oris)** představují přední zevní hranici dutiny ústní. Místa setkání horního a dolního rtu (*labium superius a labium inferius*) se nazývají **anguli oris** neboli ústní koutky. Na vnější straně rty pokrývá kůže, která je velmi tenká a bez pigmentu, na vnitřní straně sliznice. Svalovina tvořena *musculus orbicularis oris* a do něj paprscitě vbíhajícími svaly vytváří labiální uzávěr. Sliznice rtů a tváří plynule přechází v dásně (*gingiva*), jež pokrývá alveolární výběžky. Z nich ve dvou řadách vystupují **zuby (dentes)**. Jsou tvořeny třemi velmi tvrdými tkáněmi s vysokým podílem minerálních látek a zubní dřeni. Zubovina neboli *dentin* je hlavní hmotou zubu a svou tvrdostí převyšuje kost. Sklovina – *enamelum* představuje nejtvrďší tkáň lidského těla, pokrývá zevnějšek korunky. Obměněná kost nacházející se na krčku a kořeni zubu je zubní cement. Zubní dřev se rozprostírá uvnitř každého zubu, jde o měkkou růžovou tkáň obsahující cévy a nervy. Na zubu rozlišujeme korunku, krček a kořen. Korunka obsahuje množství ploch – **facies**. Z hlediska mechanického zpracování potravy je

významná plocha kousací (*facies occlusalis*) nesoucí různé množství kousacích hrbolků. Například stoličky (*dentes molares*) mají čtyři kousací hrbolky, zuby třenové (*dentes premolares*) jsou pouze dvojhrbolkové (Čihák, 2013; Tedla 2009).

Jazyk (lingua) je lokalizován v centru ústní spodiny. Jejich vzájemné spojení představuje jazyková uzdička (*frenulum linguae*). Na jazyku rozlišujeme hrot (*apex linguae*), nejužší, volně pohyblivá část jazyka, tělo (*corpus linguae*) a kořen (*radix linguae*). Ve vztahu k polykání se lingua rozděluje na část ústní, která se aktivně podílí na řeči, orální fázi polykání a je pod volní neurální kontrolou. Druhá, hltanová část jazyka odpovídající kořeni se táhne až k jazylce, je aktivní při hltanové fázi polykání a nepodléhá volní kontrole, i když je možné uplatnit určitý stupeň volního úsilí (Čihák, 2013; Logemann, 1998).

Chuť je vnímána skrze specializované receptory, jež se označují jako chuťové pohárky (*caliculi gustatorii*), obdobně fungují také volná nervová zakončení v dutině ústní. Pohárky se nacházejí převážně ve sliznici jazyka, každý z pohárků může vnímat všechny čtyři základní chutě – slanou, sladkou, kyselou, hořkou a jejich kombinace. Lepší vnímání konkrétní chutě je však zprostředkováno z určité oblasti jazyka, například sladkost je nejkvalitněji pociťována na hrotu jazyka. S postupujícím věkem dochází k redukci chuťových pohárků (Čihák, 2016).

V ústech se nalézají tři páry velkých slinných žláz (*glandula parotis*, *glandula submandibularis*, *glandula sublingualis*), které vylučují sliny na základě neurálního podnětu, a dále množství malých slinných žláz (v jazyku, tvářích, patře a rtech) provádějících sekreci slin průběžně. Produktem slinných žláz může být řídký - serózní sekret štěpící škroby nebo hlenovitý – mucinózní, jenž napomáhá polknutí bolusu (Čihák, 2013; Tedla 2009).

Strop dutiny ústní tvoří patro, zároveň ji odděluje od dutiny nosní. V přední části se nachází **tvrdé patro (palatum durum)** s kostěným podkladem, na něj navazuje **měkké patro (palatum molle)**. Uprostřed posteriorního okraje měkkého patra vystupuje čípek (*uvula palatina*). Mezi předním patrovým obloukem (*arcus palatoglossus*) a za ním uloženým *arcus palatopharyngeus* je uložena mandle patrová (*tonsilla palatina*). Tyto tři struktury vytvářejí hltanovou úžinu (*isthmus faucium*), která představuje pomezí mezi ústní dutinou a hltanem (Čihák, 2013).

Hltan (pharynx)

Hltan je trubicovitý útvar komunikující s dutinou nosní, dutinou ústní a hrtanem, odtud vychází jeho dělení na nosovou (*nasopharynx*), ústní (*oropharynx*) a hrtanovou část hltanu (*hypopharynx*, *laryngopharynx*). Nasopharynx je součástí dýchacích cest, uvnitř se nachází *tonsilla pharyngea* a také vyústění Eustachovy trubice. Na nasopharynx navazuje ústní část hltanu. Oropharynx vpředu

přes *isthmus faucium* přechází do dutiny ústní, jeho zadní stěna je v úrovni 2. – 4. krčního obratle. Hrtanová část má počátek na horním okraji jazyky a sestupuje až na úroveň 6. krčního obratle, kde se zužuje (Čihák, 2013; Tedla, 2009).

Jícen (oesophagus)

Jícen je svalová trubice o délce přibližně 25 cm připojící se na hltan kaudálně. Horní jícnový svěrač v klidovém stavu tyto dvě struktury odděluje. Dále jícen prochází bránicí otvorem označovaným jako *hiatus oesophageus* a nakonec ústí do žaludku. Dolní jícnový svěrač umožňuje průchod sousta do žaludku a zároveň brání zpětnému toku žaludečního obsahu do jícnu. V klidu se průměr jícnu pohybuje okolo 1,5 cm, sousto dokáže jeho průměr až zdvojnásobit. Horní třetina jícnu je tvořena příčně pruhovanou svalovinou, dolní třetina svalovinou hladkou a uprostřed se nachází kombinace hladkého i příčně pruhovaného svalstva. Svaly vytváří typickou vnitřní kruhovitou a vnější podélnou vrstvu. Při selhání koordinace jícnových svalů dochází k poruchám peristaltiky, nekoordinované kontrakce se označují jako terciární kontrakce (Čihák, 2013; Tedla, 2009).

Hrtan (larynx)

Čihák (2013) hrtan popisuje jako „nepárový dutý orgán“ zavěšený pomocí vazivové membrány na jazylce. Jeho podkladem je soubor chrupavek (*cartilago thyroidea, cartilago cricoidea, cartilagine arytenoideae, cartilago epiglottica* a další menší chrupavky), které jsou vzájemně spojené klouby, vazy a svaly. Hranici mezi faryngem a laryngem tvoří vchod do hrtanu – *aditus laryngis*. Hrtan zastává funkci fonační, respirační a v neposlední řadě také ochrannou, čímž chrání dýchací cesty před vniknutím potravy. Pro fyziologický průběh polykání je nezbytná schopnost elevace spolu s anteriorním pohybem hrtanu, stejně jako jeho opětovný návrat do výchozí pozice, podrobněji viz následující podkapitola (Čihák, 2013; Tedla, 2009).

1.3 Fyziologie a patologie polykání

Pro diagnostiku a terapii dysfagií je znalost běžné anatomie a fyziologie polykání nezbytná (Logemann, 1998). Průběh polykání můžeme částečně ovládat vůlí, ale po započetí reflexní fáze, jej již nelze přerušit (Tedla, Mokoš, 2009). Tento složitý proces provází člověka po celý den, v průběhu jídla a pití, při polykání slin, ale také ve spánku. Dodds et al. (1989) uvádí, že v noci dospělý jedinec polkne jednou za minutu nebo může přestat polykat úplně, dle Logemann (1998) dochází k polknutí jednou za 20 i více minut. Frekvence polknutí za jeden den se pak pohybuje v rozmezí 580 (ibid.) až 2500 (Tedla, 2009).

Dýchání a polykání jsou dva vzájemně propojené děje. Z důvodu sdílení stejných struktur, musí být jejich činnost výborně koordinována. Aby mohl proběhnout bezpečný transport jídla a tekutin do jícnu, je nutno zabránit jejich vstupu do dýchacích cest. K polknutí obvykle dochází v průběhu expirace. Při reflexním průběhu hltanové fáze je dýchání zastaveno, tato doba závisí na velikosti a pravděpodobně i konzistenci bolusu (Leslie, McHanwell, 2008). Až u 100 % intaktních osob po opětovném otevření dýchacích cest výdech pokračuje (Klahn, Perlman, 1999), což působí jako preventivní mechanismus.

Polykání bylo v centru zájmu mnoha vědců a jedním z prvních byl Mogandie. Společně s Heurmanem jak první popsali funkci epiglottis a mluvili o třech fázích polykání (Castillo Morales, 2006): orální fázi, faryngeální fázi a esofageální fázi. V současné literatuře (Arvedson, Brodsky, 2002; Groher, Crary, 2015; Kaulfussová, 2007; Logemann, 1998; Vitásková, 2005) se proces polykání obvykle rozděluje do 4 fází:

- přípravná fáze (orální přípravná fáze)
- orální fáze
- faryngeální fáze
- esofageální fáze

Fáze přípravná

Senzorické rozpoznání jídla předchází započítí této fáze (Logemann, 1998). Přípravná fáze je pod volní kontrolou. V jejím průběhu dochází k odkousávání potravy, jejímu rozmělnění a promíchání se slinami. Cílem je vytvoření bolusu (Kaulfussová, 2007). Trvání orální přípravné fáze je velmi variabilní, Lowe a Webb (2009, s. 185) uvádějí, že „...závisí na kvalitě sousta, výkonnosti žvýkacích mechanismů a na dalších faktorech, jako je např. vůle si jídlo vychutnat...“.

Jakmile se jídlo dostane do úst, retní uzávěr zabraňuje jeho úniku z dutiny ústní. Pokud jde o materiál vyžadující žvýkání, uplatní se rotační pohyby mandibuly a jazyka. Ty se opakují, dokud nedojde ke zformování bolusu (Logemann, 1998). Vytvořený bolus může být následně držen mezi středem jazyka a tvrdým patrem se současnou elevací špičky jazyka, tento vzorec se podle Doddse et al. (1989) vyskytuje u 80 % populace, nebo na dně dutiny ústní před jazykem.

Tonus tvářových svalů uzavírá laterální sulcus⁴ a tím působí jako prevence vniknutí kousků jídla do tohoto prostoru. Pokud nedochází k aktivnímu žvýkání, velum je spuštěno směrem dolů

⁴ prostor v dutině ústní mezi tváří a alveolami (Logemann, 1998)

a dopředu, odděluje tak dutinu ústní od hltanu. Hltan i hrtan jsou v průběhu přípravné fáze v klidové poloze, dýchací cesty jsou otevřeny a probíhá nosní dýchání (Logemann, 1998).

Fáze orální

Orální fáze, jak uvádí Lowe a Webb (2009), za normálních okolností trvá méně než 1 sekundu, ale s rostoucí viskozitou bolusu se její trvání mírně prodlužuje (Logemann, 1998). V případě, kdy byl bolus držen na dně dutiny ústní, nejprve následuje anteriorní pohyb hrotu jazyka, kterým sousto umístí na jazyk (ibid.). Poté nastává transport sousta směrem vzad, jazyk se chová jako rampa (Lowe, Webb, 2009). Jeho přední část se pohybuje směrem vzhůru a tlačí na tvrdé patro, tím způsobuje posteriorní posun bolusu směrem k hltanu (Castillo Morales, 2006). V momentu, kdy se jazyk dostane do kontaktu s měkkým patrem, se velum zvedá a přikládá se k zadní stěně hltanu (Tedla, Mokoš, 2009). Uzavírá vstup do dutiny nosní.

Fáze faryngeální

Jedná se o nevědomou část polykacího aktu trvající méně než jednu sekundu. Začíná ve chvíli, kdy bolus podráždí přední patrové oblouky a dojde ke spuštění polykacího reflexu (Love, Webb, 2009; Tedla, Mokoš, 2009). Odezvu tvoří několik současně probíhajících dějů (Logemann, 1998; Tedla, Mokoš, 2009):

- **Velofaryngeální uzávěr** – brání zatékání potravy do dutiny nosní a umožňuje vybudování potřebného tlaku v hltanu. Funkční polykání je možné i bez tohoto uzávěru, ale pouze za předpokladu, že ostatní struktury podílející se na této fázi polykání jsou intaktní.
- **Uzávěr hrtanu** – uskutečňuje se na třech úrovních a postupuje laryngem směrem vzhůru. Jako první dochází k uzávěru na úrovni hlasivek, následně vestibulárních řas, nakonec se zavírá epiglottis. Tyto mechanismy chrání dýchací cesty před vniknutím potravy. Při addukci hlasivek dochází k zastavení dýchání, tzv. apnoická pauza.
- **Elevace a zároveň anteriorní pohyb hrtanu a jazyky** – elevace přispívá k uzávěru dýchacích cest, anteriorní pohyb se podílí na otevření horního jícnového svěrače.
- **Kontrakce hltanu** – probíhají v kraniokaudálním směru a dopraví sousto k hornímu jícnovému svěrači. K navýšení tlaku přispívá retrakce kořene jazyka, který se přibližuje ke stěně faryngu.
- **Relaxace horního jícnového svěrače** – nastává při elevaci hrtanu a po jeho poklesu se sfinkter opět uzavírá. V momentu relaxace je možný průchod sousta do jícnu.

Logemann (1998) uvádí, že pokud by nedošlo k reflexnímu vyvolání této fáze, žádný z výše uvedených dějů by neproběhl. Je sice možné naučit se vůlí ovládat uzávěr dýchacích cest nebo otevřít horní jícnový svěrač, jako například polykači mečů, ale kontrakce hltanu nijak nahradit ani nacvičit nelze.

Fáze esofageální

Bolus je při esofageální fázi posouván peristaltickými pohyby od horního jícnového svěrače do žaludku. Peristaltická vlna, která má podobu vlnovité svíravé kontrakce, posouvá sousto rychlostí 2 – 4 cm za sekundu. Uvedená rychlost však není v průběhu transportu jícnem konstantní. Dolní jícnový svěrač se otevře v důsledku tlaku vyvíjeného bolusem a sousto doputuje do žaludku (Castillo Morales, 2006). Celá fáze dle Logemann (1998) trvá 8 – 20 sekund. Kaulfussová (2007) doplňuje klesání hrtanu a jazyky do původní polohy, zvedání epiglottis a opětovnou průchodnost dýchacích cest.

Variabilita fyziologie polykání

Logeman (1998), Cichero a Halley (2006) shodně uvádějí proměnu fyziologie polykání vázanou na vlastnosti sousta (např. textura, objem, chuť a teplota). Vyšší viskozita stravy má kupříkladu za důsledek potřebu větší svalové síly a tlaku k přípravě a transportu sousta, čímž se prodlužuje i trvání celého procesu. Také při polykání tekutin se zapojují odlišné fyziologické vzorce a to v závislosti na tom, zda pijeme postupně po jednotlivých doušcích nebo vypijeme vodu ve sklenici najednou, prostřednictvím několika bezprostředně po sobě následujících polknutí. Při kontinuálním polykání obvykle přechod z orální do faryngeální fáze trvá déle. Sousto pak vchází do hypofaryngu a může zde dokonce krátce setrvat, než bude spuštěna reflexní odpověď. Také jazyka a hrtan po dosažení maximální elevace klesají jen částečně a do klidové polohy se uloží až po posledním polknutí (Cichero, Halley, 2006). Odlišná fyziologie je rovněž přítomná při pití slámkou. Jedná se o jeden ze způsobů jak modifikovat podání sousta a dostat jej do zadní části úst. Avšak je nezbytné identifikovat nevhodné a potenciálně nebezpečné pití slámkou, které probíhá skrze nádech. Tímto způsobem vzniká nebezpečí vniknutí materiálu do dýchacích cest (Logemann, 1998).

Variabilita fyziologie polykání v závislosti na věku

V průběhu života dochází k proměnám ve fyziologii polykání. Specifické je v tomto ohledu období raného věku a další změny přichází spolu se stárnutím organismu. Je důležité odlišit tyto přirozené, zcela normální variace od patologie.

Schopnost polykání se vyvíjí již v prenatálním období, u plodu se objevuje ke konci prvního trimestru, tj. asi od 12. týdne těhotenství (Arvedson, Brodsky, 2002). Po polknutí nemusí docházet k uzavření úst, rty mohou zůstat pootevřeny. Retní uzávěr v průběhu polykání se objevuje mezi 30. – 32. týdnem.

Komplexní pohyby jazyka zahrnující protruzi jazyka, následovanou předozadními pohyby a vytvořením žlábků vídáme okolo 27. – 28. týdne těhotenství (Piontelli, 2015). U novorozenců a později u kojenců je proces polykání odlišný od dospělých. Při sání mléka dítě opakovaně pumpuje jazykem a tímto způsobem hromadí mléko v ústech. Ve chvíli, kdy bolus dosáhne optimální velikosti, dojde ke spuštění faryngeální fáze. Ta se liší ve dvou bodech. Elevace hrtanu je omezená, protože hrtan je fyziologicky umístěn ve vyšší poloze pod kořenem jazyka. Druhým bodem je rozsáhlejší pohyb zadní stěny hltanu směrem dopředu. Poté co kojeneček přejde na polykání soust o konzistenci pyré nebo měkká kašovitá jídla, průběh orální i faryngeální fáze je totožný jako u dospělých s výjimkou elevace hrtanu (Logemann, 1998). Po prvním roce života je dítě obvykle schopno sníst i jídla, jejichž konzistence vyžaduje žvýkání. Koordinovaný vzorec vertikálních a laterálních pohybů čelisti při žvýkání si osvojí až mezi 3. – 6. rokem života (Cichero, 2006). Mechanismus polykání poté zůstává stabilní po mnoho let. Významnější změny v důsledku stárnutí jsou dle Logemann (1998) zaznamenatelné ve věku nad 60 let. V této souvislosti se používá pojem presbyfagie, který poukazuje na změny ve spojitosti se zpomalením celého organismu, nižší svalovou silou a horší koordinací celého procesu polykání (Vedrödyová, Schindler, 2016). Starší lidé bolus mnohem častěji drží v pozici na dně dutiny ústní a při započetí orální fáze jej nejprve hrotem jazyka zvednou (Dodds et al., 1989). Trvání ústní fáze bývá mírně prodlouženo, stejně tak dochází k lehce opožděnému spuštění faryngeální fáze. Rovněž bylo zaznamenáno častější ulpívání residuí v hltanové fázi polykání, což vede k opětovné potřebě polknout naprázdno, dále potíže s otevřením horního jícnového svěrače a méně efektivní transport jícnem (Logemann, 1998; Nogueira, 2015).

Patologie polykacího aktu

Potíže mohou vzniknout v kterékoli fázi polykání. **Přípravná a orální fáze** může být narušena v důsledku nedostatečného retního uzávěru. V jeho důsledku pak dochází k vytékání jídla a pití z úst, které označujeme jako tzv. drooling (Tedla, Mokoš, 2009, Kaulfussová, 2007). Stejný výsledek je možné pozorovat také v důsledku tongue thrust⁵. Jazyk se soustem se pohybuje směrem dopředu k předním řezákům a ke rtům, tím posouvá jídlo vpřed. Často jej takto vytlačí z úst. Potíže s formováním, držním a s posunem bolusu do zadní části dutiny ústní působí omezená koordinace a pohyblivost jazyka. Problém představuje také nízký tonus tvářového svalstva, který nedovoluje uzavřít laterální sulcus, a tudíž se projeví ulpíváním zbytků jídla v tomto prostoru. Předčasnému úniku sousta do hltanu obvykle brání spuštěné měkké patro, jež je v kontaktu s kořenem jazyka. Avšak nedostatečná kontrola jazyka může způsobit vytvoření štěrbin umožňující volný průchod části nebo celého bolusu do faryngu. Protože nedošlo ještě ke spuštění polykacího reflexu, sousto může spadnout do otevřených

⁵ jazykový lis

dýchacích cest a vzniká riziko aspirace před polknutím. Pokud k tomuto ději dojde v průběhu žvýkání, nejedná se o patologii, ale o přirozený stav, kdy se vlivem aktivních pohybů jazyka poruší těsný kontakt vlna a kořene jazyka (Logemann, 1998). Ekberg (2012) uvádí, že abnormality v orální fázi polykání zpravidla vedou k jejímu delšímu trvání i početnějšímu ulpívání reziduí v ústech.

Dle Logemann (1998, s. 96) „...poruchy **faryngeální fáze** polykání zahrnují dysfunkce jakéhokoli z neuromuskulárních komponentů, které uvádějí do chodu faryngeální fázi, nebo charakterizují motorickou odpověď hltanu...“. O opožděném spuštění faryngeální fáze mluvíme v případě, kdy sousto již doputovalo do hltanu, avšak polykací reflex nebyl doposud spuštěn. Opět zde nastává riziko vniknutí bolusu do dýchacích cest a to ještě před zahájením hltanové fáze polykání. Zpoždění trvající déle než 2 sekundy nebo kratší, při kterém ale sousto vstupuje do dýchacích cest, je považováno za abnormální u dospělých jakéhokoli věku. I při správném načasování faryngeální fáze se sousto může dostat do laryngu. Příčinou bývá selhání uzávěru na úrovni hlasivek, nepravých hlasivek, epiglottis či jeho nedostatečná elevace (ibid.).

Insuficience velofaryngeálního mechanismu se v hltanové fázi polykání projeví zatékáním potravy do nosní dutiny (Tedla, Mokoš, 2009). Logemann (1998) doplňuje, že nasální regurgitace může být také projevem dysfunkce níže ve faryngu. Ke zpětnému toku jídla a zejména tekutin dochází, pokud z nějakého důvodu nedokáže projít hltanem do jícnu. Důsledkem oslabených kontrakcí hltanu je dle Ekberga (2012) méně efektivní transport bolusu směrem do jícnu a navýšení množství reziduí. Zbytky jídla zůstávající v hltanu po polknutí mohou být následně vdechnuty, a tudíž představují riziko aspirace. Dále se mohou vyskytnout potíže s otevřením horního jícnového svěrače, které bývají způsobeny neschopností relaxace krikofaryngeálního svalu, jeho omezenou pružností, hypertrofií či hyperplasií (ibid.).

Narušení **esofageální fáze** polykání se může manifestovat zadržováním potravy v jícnu. Příčinou mohou být mechanické obstrukce jícnu v důsledku zjizvení či tumoru, narušení motility jícnu, což se projevuje ochablostí svalstva nebo spasmu. Případně se jedná o poruchy otevírání dolního jícnového svěrače (Vitásková, 2005). Některé z poruch jícnové fáze se projevují faryngeálními symptomy, neboť způsobují zpětný tok potravy z jícnu do hltanu, a pokud materiál přeteče do dýchacích cest, může být příčinou aspirace. Jedná se například o selhání relaxace dolního jícnového sfinkteru, reflux, stenózu či nádory. Jako aspirace po polknutí se také může projevat tracheoesofageální fistula, která umožňuje tok jídla z jícnu do trachey (Logemann, 1998).

1.4 Etiologie

Tato podkapitola představuje přehled různorodých příčin potíží s polykáním. Jak zdůrazňuje Groher a Puntil-Sheltman (2015), **dysfagie je pojímána jako symptom** základního onemocnění, které s polykáním nemusí primárně souviset, proto se může pojít s mnoha variabilními příčinami a diagnózami. Podrobnější zpracování některých onemocnění s výskytem dysfagie bude prezentováno v samostatné kapitole.

Vitásková (2005) pohlíží na etiologii z hlediska orgánového nebo funkčního. V této práci jsme jednotlivé příčiny sdružili do následujících, vzájemně přesahujících kategorií:

- poruchy polykání u neurologických onemocnění,
- poruchy polykání při tumorech hlavy a krku a jako následek jejich léčby,
- poruchy polykání po chirurgických výkonech,
- poruchy polykání a onemocnění jícnu,
- poruchy polykání způsobené užíváním léků,
- jiné příčiny poruch polykání.

Poruchy polykání u neurologických onemocnění

Hlavní příčinou neurogeně podmíněných poruch polykání jsou poruchy senzomotorického řízení procesu polykání, konkrétně poruchy centrální nervové soustavy, hlavových nervů, periferního nervového systému, neuromuskulární poruchy, onemocnění svalů, strukturální změny orgánů a bezprostředně blízkých struktur podílejících se na deglutici (Dobias, 2014; Jaradeh in Hiller, 2008).

Logemann (1998) vyděluje dvě hlavní skupiny onemocnění. První skupina obsahuje ty z nich, jež vznikají náhle a je očekáváno úplné nebo přinejmenším částečné obnovení funkce polykání. Zde řadí cévní mozkové příhody, traumatické poranění mozku, poranění míchy, dětskou mozkovou obrnu, Guillain-Barré syndrom, Riley-Day syndrom. Na druhé straně stojí onemocnění s progredujícím charakterem způsobující postupné zhoršování schopnosti polykání. Ehler (2009) v této skupině rozlišuje degenerativní onemocnění, zánětlivé choroby, pozánětlivé stavy a autoimunitní progredující nemoci. Jedná se především o Alzheimerovu nemoc, amyotrofickou laterální sklerózu, Parkinsonovu nemoc, roztroušenou sklerózu, myasthenii gravis, svalovou dystrofii. Příčinou poruch polykání mohou být také neuroinfekce – encefalitidy či meningoencefalitidy. Dysfagie může doprovázet mozkové tumory, některá onemocnění páteře a míchy a další neurologické diagnózy (ibid.).

Poruchy polykání při tumorech hlavy a krku a jako následek jejich léčby

Poruchy polykání jsou častou komplikací při nádorech hlavy a krku. Tedla a Chorváth (2009) uvádějí přítomnost odynofagie nebo dysfagie jako možný indikátor výskytu onkologického onemocnění v oblasti hlavy a krku. Dysfagie vzniká také v důsledku následné chirurgické léčby, radioterapie nebo chemoterapie, případně kombinací těchto přístupů (Groher, Puntil-Sheltman, 2015).

Míra potíží s polykáním je přímo úměrná lokalizaci a rozsahu chirurgického zákroku v oblasti hlavy a krku. Může se jednat například o částečnou resekci jazyka nebo totální laryngektomií⁶. Dle výzkumů se závažnost potíží s řečí a polykáním u takto chirurgicky léčených pacientů progresivně nezlepšuje mezi 1. a 12. měsícem od operace. Z toho důvodu dochází často k rozvoji úzkosti a deprese (Cichero, 2006). Studie 87 pacientů, kteří byli minimálně rok po ukončení léčby tumoru hlavy a krku, potvrdila přítomnost orofaryngeální dysfagie u 50,6 % z nich. Nejvyšší výskyt dysfagie byl u pacientů po totální glossektomií⁷ a po chemoradioterapii (Gacía-Peris, Parón, Velasco et al., 2007).

Poruchy polykání jako následek radioterapie a chemoterapie mohou vzniknout v průběhu či bezprostředně po léčbě. Dochází ke vzniku mukozitidy, což je zánět sliznic dutiny ústní a hltanu, radiodermatitidy představující změny na kůži v důsledku ozařování, dále k poškození chuťových pohárků a slinných žláz. Pozdější následky se vyvíjejí až s odstupem měsíců či let po léčbě. Jde o pocit suchosti v ústech, tzv. xerostomie, vznikající v důsledku poškození slinných žláz a s tím spojeným poklesem produkce slin. Současně se zvyšuje riziko rozvinutí zubního kazu. V ozařované oblasti může být tkáň dlouhodobě opuchlá a fibrotická (Tedla, Chorváth, 2009). Eisbruch et al. (2004) doplňují možné snížení senzitivity hrtanu a hltanu mající vztah k rapidnímu nárůstu rizika aspirace. Komplikací radioterapie může představovat obrna hlavových nervů, nejčastěji bývají zasaženy nervus vagus a nervus hypoglossus (Nguyen et al., 2005).

Poruchy polykání po chirurgických výkonech

Mnohé chirurgické výkony mají přímý či nepřímý vliv na průběh polykání. Tracheostomie ovlivňuje normální průběh polykání „z důvodu změněných anatomických poměrů i vzájemných funkčních vztahů dutých orgánů na krku“ (Komínek et al., 2009, s. 150). Zásadní příčinou poruch polykání je však ztráta subglotického tlaku. Potíže se vyskytují až u 75 % pacientů s tracheostomií. Projevují se zejména aspirací slin a sníženou schopností aspirovaný materiál kašlem vypudit (ibid.).

Operace v ústní dutině, hltanu, hrtanu s důsledkem rozvoje dysfagie jsou nejčastěji uskutečňovány za účelem odstranění tumorů hlavy a krku, o nichž je pojednáno výše. Po operaci štítné žlázy se mohou

⁶ „chirurgické odstranění hrtanu“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 560)

⁷ „chirurgické odstranění jazyka“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 353)

vyskytnout poruchy polykání ve spojitosti s intubací nebo lézí nervus laryngeus superior či nervus laryngeus recurrens. Jednostranná obrna těchto nervů nezpůsobuje výraznější potíže s polykáním, při oboustranném poškození dochází k aspiraci (Komínek et al., 2009).

Riziko poranění hlavových nervů a s tím i rozvoj potíží s polykáním s sebou nesou operace báze lebni. Chirurgické výkony na páteři, zejména při využití předního přístupu, mohou také vést ke vzniku dysfagie. Důvodem je například pohmoždění měkkých struktur (jícen, svaly,...), léze nervus laryngeus recurrens a nervus laryngeus superior, dislokace náhrad meziobratlové ploténky (Komínek et al., 2009). Drobné riziko představují také operace srdce. Přibližně 3 % pacientů po operaci vykazovala známky orofaryngeální dysfagie (Ferraris et al., 2001). Je však možné, že skutečná čísla jsou vyšší, neboť do studie byli zahrnuti pouze pacienti se zřejmými symptomy dysfagie, což pacienty s tichou aspirací opomíjí.

Poruchy polykání a onemocnění jícnu

Přestože se logoped věnuje poruchám v orální a faryngeální fázi polykání, znalost etiologie poruch jícnové fáze je důležitá. Tyto poruchy mohou negativně ovlivňovat i výše položené struktury jako je například hltan (Cichero, 2006).

Gastroesofageální reflux označující zpětný tok žaludečního obsahu do jícnu se vyskytuje zcela běžně. O nemoci ve smyslu gastroesofageální refluxní choroby (GERD) mluvíme až v případech, kdy způsobuje poškození sliznice jícnu a/nebo se projevuje klinickými symptomy. Pálení na hrudi za sternem, tzv. pyróza, a regurgitace označující zpětný tok gastrického obsahu jsou typickými příznaky. Současný výskyt dysfagie a odynofagie již souvisí s pokročilým stádiem gastroesofageální refluxní choroby (Zeleník, Komínek, Urban, 2009). Hlavní příčinou je selhání dolního jícnového svěrače, ten může být negativně ovlivněn také hiátovou hernií⁸, skladbou stravy – zejména tučná jídla, obezitou, léky (např. některá antidepresiva), alkoholem, kouřením a dalšími faktory (Cichero, 2006).

Pokud žaludeční obsah proniká až na úroveň hltanu a hrtanu mluvíme již o **extraesofageálním refluxu** (EER, faryngolaryngeální reflux). Za primární příčinu je považováno selhání horního jícnového svěrače (Cichero, 2006). Zeleník, Komínek a Urban (2009) mezi projevy řadí chrapot, selhávání hlasu, odkašlávání, chronický kašel a pocit cizího tělesa v krku. Poškozená sliznice hrtanu ztrácí citlivost a tím umožňuje aspiraci refluxního materiálu. Dýchací cesty jsou díky své histologické stavbě oproti jícnu mnohem náchylnější k poškození žaludeční kyselinou. K závažnému poškození sliznice hrtanu stačí 3

⁸ brániční kýla - stav, kdy se část žaludku nachází v hrudní dutině díky průchodu bráničním jícnovým otvorem (Vokurka, Hugo, 2015)

refluxní epizody týdně. Pocit pálení na hrudi, typický pro refluxní chorobu jícnu, zde nemusí být přítomen vůbec.

Jednou z poruch motility jícnu je achalázie. Projevuje se ztrátou jícnové peristaltiky a neschopností relaxace dolního jícnového svěrače po polknutí, což zapříčiní problém s transportem sousta. U pacientů s achalázií bývá přítomna zejména dysfagie, která může být zpočátku intermitentní⁹, odynofagie, regurgitace, malnutrice a další symptomy, jimiž se zabývá gastroenterolog (Cichero, 2006; Kliment, Urban, Fojtík, 2009).

Poruchy polykání způsobené užíváním léků

Některé druhy léků ovlivňují polykačí proces, je proto dobré mít o nich povědomí. Cichero (2006) popisuje možné vlivy léků na deglutici. Léky tlumící centrální nervovou soustavu se podepisují na stavu vědomí a mohou tak vést k utlumení ochranných reflexů při polykání. Příkladem jsou trankvilizéry¹⁰ nebo opioidní analgetika. Neuroleptika mohou vyvolávat extrapyramidové symptomy. Projevují se jako léky indukovaná Parkinsonova nemoc s koexistujícími poruchami polykání nebo se objeví tardivní dyskineza charakteristická mimovolními pohyby potenciálně narušující všechny fáze polykání. V prvním případě po přerušení léčby tyto symptomy postupně vymizí, ve druhém případě i po vysazení antipsychotik porucha perzistuje (Stanniland, Taylor, 2000). Více než 70 druhů léků způsobuje poškození jícnu (Cichero, 2006). Příčinou defektu může být, jak uvádí Jaspersen (2000), například velikost tablety, negativně přispívá také příliš dlouhá expozice sliznice jícnu danému léku, nedostatek tekutin pro zapití léku, pozice vleže, snížená salivace, užívání více léků a další. Snížení salivace vyvolávají například tyto skupiny léků: tricyklická antidepresiva, antiparkinsonika, diuretika, léky snižující krevní tlak, neuroleptika, antihistaminika a antiemetika (Cichero, 2006).

Jiné příčiny poruch polykání

Popáleniny způsobené ohněm, kouřem, příliš horkými nápoji, jídlem nebo kyselinou mohou proces polykání také ovlivnit a zapříčinit vznik dysfagie s rozmanitým klinickým obrazem. Velmi vzácně se objevuje strach z polykání, tzv. **fagofobie**. Jde o formu psychogenní dysfagie, která může být spojena také s pocitem tlaku v krku, nemožností započnout polykání či přítomností cizího tělesa v krku. Všechna vyšetření hlavy a krku včetně videofluoroskopie a endoskopie jsou v tomto případě bez patologického nálezu. Příčinou často bývá přemíra stresu, jež může vést až k somatickým symptomům (Cichero, 2006).

⁹ „přerušovaný, přerývaný, s přestávkami“ (Vokurka, Hugo, 2015, s. 474)

¹⁰ léky na zklidnění, mírní projevy úzkosti a vnitřního napětí, např. diazepam (Vokurka, Hugo, 2015)

1.5 Symptomatologie a důsledky

Dysfagii doprovází celá škála symptomů manifestujících se při jídle a pití. Osoby s dysfagií potřebují na jídlo obvykle více času. V průběhu stravování jim z důvodu nekompetentního retního uzávěru může vytékat jídlo nebo tekutiny z úst, tzv. drooling. Při ztrátě kontroly nad bolusem v ústní dutině dochází k leakingu a materiál předčasně uniká do hltanu. Sousto v ústech drží často déle než je běžné, neboť například nedokáže včas iniciovat spuštění polykacího reflexu. Po polknutí v ústní dutině mnohdy zůstávají zbytky bolusu, kterých si nemusí být vědomi. Retence sousta a slin může být přítomná i na úrovni valekul¹¹ nebo hypofaryngu. Neobvyklá není ani nasální regurgitace bolusu. Typická je tendence vyhnout se určitým jídlům či stravování vůbec. Výsledkem bývá únava a ubývání hmotnosti (Denk-Linnert, 2012; Nutricia, 2014).

Dalším varovným symptomem je bublavý hlas v průběhu nebo po polknutí a také kašel. Kašel signalizuje průnik sousta do dýchacích cest spojený se snahou jej vypudit. Podle lokalizace sousta jde o aspiraci nebo penetraci. Avšak kupříkladu u všech pacientů s neurologickým onemocněním se objevuje signifikantně snížená citlivost vůči přítomnosti jídla v dýchacích cestách, což se projevuje častým selháním tohoto obranného mechanismu a vysokou pravděpodobností vzniku **tiché aspirace**. 50 – 60 % osob, které aspirují, nekašlou. A pokud ano, kašel nemusí být dostatečně efektivní k odstranění aspirovaného bolusu (Logemann, 1998). Podle toho, ve které fázi polykacího aktu k aspiraci dochází, Kaulfussová (2007) rozlišuje 3 typy aspirace: predeglutivní, intradeglutivní a postdeglutivní. Zjištění typu aspirace je pro intervenci klíčové.

Množství osob si své potíže s polykáním neuvědomuje a popírá, že by v této oblasti měli jakýkoli problém (Logemann, 1998). Dysfagie ale značně ovlivňuje zdraví člověka. Její konsekvence je možné vnímat z hlediska psychosociálního a medicínského (Groher, Puntil-Sheltman, 2015). **Aspirační pneumonie** vzniká aspirací sousta z oropharyngeální oblasti obsahujícího patogenní bakterie. Tento zánětlivý proces může vést až k úmrtí. Mortalita se vyskytuje u 1 % ambulantně léčených a u 25 % hospitalizovaných pacientů s aspirační pneumonií. Pokud je v důsledku regurgitace vdechnut obsah žaludku, jde o aspirační pneumonitidu a přítomnost poruchy vědomí zvyšuje pravděpodobnost jejího výskytu (Tedlová, Mucska, 2009).

Grofová (2009, s. 143) uvádí, že „**malnutrice** je definována jako stav špatné výživy“. Osoby trpící dysfagií dlouhodobě jsou v tomto směru ohroženou skupinou. Nepřijímají dostatek stravy, hladoví, ubývají na váze a často spadají do úrovně podvýživy (ibid.). Snižuje se výkonnost člověka a je-li podvýživa těžká či chronická, ohrožuje také jeho imunitní systém (Groher, Puntil-Sheltman, 2015).

¹¹ prostor mezi kořenem jazyka a epiglottis (Logemann, 1998)

Dehydratace je dalším rizikovým stavem, jenž může doprovázet poruchy polykání. Pojí se se zmateností a může vést až k selhání orgánů. Leibovitz et al. (2007) uvádí, že 75 % klientů s dysfagií v pobytových zařízeních stravující se orálně trpí dehydratací.

Stravování jako takové je obvykle příjemnou sociální událostí, rituálem, který může být ale v případě dysfagie narušen. Lidé s poruchami polykání se společnému stravování vyhýbají, čímž se mohou dostávat do **sociální izolace** a propadat **depresím**. Změny v dietě člověka s dysfagií, jako je například úprava konzistence jídel, mohou vést k nespokojenosti a ztrátě požitku z jídla (Groher, Puntill-Sheltman, 2015). Ekberg et al. (2002) do své studie zahrnuli 360 osob se subjektivními obtížemi dysfagického charakteru pobývajících v evropských domovech pro seniory i klinických zařízeních. Výsledkem byla zjištění, že 50 % z nich jí méně a současně 32 % pociťuje bezprostředně po jídle hlad a žízeň. Pro více než polovinu respondentů již jídlo není příjemným zážitkem a pouze 39 % věří v možnost léčby jejich potíží. Vyhýbání se jídlu s ostatními a prožitek paniky či úzkosti při jídle registrovala více než třetina osob.

Z předchozího vyplývá, že poruchy polykání výrazně ovlivňují **kvalitu života**. A protože kvalita života je aktuálně hodně diskutovaným tématem, pro její měření u osob s dysfagií bylo zkonstruováno několik dotazníků. Příkladem je standardizovaný dotazník Swallowing-related quality of life (SWAL-QOL) určený pro pacienty s orofaryngeální dysfagií, jehož autorem je McHorney. Jeho zkrácená verze měla 44 otázek a hodnotila 10 oblastí kvality života. Druhá část původního dotazníku - SWAL-CARE hodnotí kvalitu péče o pacienta s dysfagií (Tedla, 2009). Od roku 2015 je k dispozici také česká validizovaná verze (SWAL-QOL-CZ) sestávající se z 13 oblastí a jednotlivé položky se hodnotí na škále od 1 do 5 (Černý et al., 2015).

1.6 Diagnostika

Dvořák (2007, s. 46) definuje diagnostiku jako „*proces rozpoznávání nemoci, odchylky, poruchy*“. Cílem této kapitoly je charakterizovat diagnostiku poruch polykání na úrovni screeningu, klinického vyšetření a specializovaných instrumentálních metod.

Screening

Screeningové metody poskytují informaci o tom, zda osoba trpí danou poruchou či ne. Již ale nezajistí údaje o fyziologii potíží. Na základě screeningu bychom měli být schopni určit, zda se jedná o fyziologický nálezn nebo je přítomno vysoké riziko dysfagie s potřebou další diagnostiky (Logemann, 1998). Swigert, Riquelme, Steele (2009) doplňují, že slouží také k odůvodnění způsobu výživy. K těmto zjištěním vedou následující informace obsažené ve screeningu: přítomnost dysfagie v minulosti,

diagnóza s častým přidružením poruch polykání, snížená úroveň vědomí, zjevné příznaky aspirace a subjektivní stížnosti na potíže s polykáním (ibid.). Screening bývá velmi citlivý, proto často označí za rizikové i pacienty, kteří danou poruchou netrpí. Požadavky na screeningové vyšetření jsou rychlost, jednoduchost, finanční nenáročnost. Zároveň by nemělo pacienta vystavovat riziku (Logemann, 1998). Podle Dobias (2014) by se screening měl provádět u každého pacienta po náhlé cévní mozkové příhodě a to nejpozději do 24 hodin od jeho přijetí na jednotku intenzivní péče. Současně doporučuje provádět screeningové vyšetření i u dalších pacientů s rizikem vzniku dysfagie. Administrace screeningu poruch polykání u osob po akutních cévních mozkových příhodách vede dle výzkumů k nižšímu výskytu aspirační pneumonie (Al-Khaled et al., 2016; Yeh et al., 2011).

V zahraničí bylo publikováno množství screeningových nástrojů, příkladem je: Ickenstein et al. (2009): „Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia stepwise concept“, Martino et al. (2009): „Toronto Bedside Swallowing test“ a M. Trapl et al. (2007): „Gugging Swallowing Screen (GUSS)“. Všechny tyto testy mají společnou položku testující polykání vody, avšak samotný „test vody“ by neposkytl dostatek informací (Dobias, 2014). V našich podmínkách je volně dostupný český překlad screeningového nástroje GUSS (viz příloha č. 1). Park et al. (2015a) uvádí, že GUSS je vhodným nástrojem také pro realizaci screeningu zdravotními sestrami v domovech pro seniory. Jedná se o jednoduchý test „krok za krokem“, který hodnotí polykání více konzistencí – zahuštěných tekutin, tekutin a pevné stravy. Toto vyšetření si při testování klade za cíl minimalizovat riziko aspirace. Na základě celkového počtu bodů GUSS určí závažnost dysfagie, riziko aspirace a doporučí dietní opatření (Trapl et al., 2007). Další nástroj, se kterým je možné se setkat, vytvořili Mandisová et al. (2012). „Osmipoložkový test pro screening poruch polykání sestrou“ je vhodný zejména pro pacienty s neurologickým onemocněním, byl revidován v roce 2015.

Klinické vyšetření

Klinické vyšetření by mělo směřovat k rozpoznání klinických symptomů dysfagie, stanovení případné potřeby instrumentálního vyšetření, formulaci otázek, na něž má přístrojové vyšetření odpovědět a v neposlední řadě by mělo mířit k návrhu terapie (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). Podoba klinického či „bedside“ vyšetření, jak je možno najít v zahraniční literatuře, se může mírně lišit odborník od odborníka a v také jednotlivých zařízeních, neboť doposud neexistuje jeden všemi uznávaný vyšetřovací protokol (Dobias, 2014). Dle Logemann (1998) může být klinické vyšetření rozděleno na přípravné vyšetření, kdy k polykání jako takovému nedochází, a samotné vyšetření polykání.

Z **anamnézy** bychom měli získat informace o symptomech dysfagie, délce jejich trvání, změně návyků v souvislosti s jídlem, kolísání hmotnosti, výskytu onemocnění a stavů, jež se často s poruchami

polykání pojí (Tedla, 2009). Cook (2008) uvádí, že pečlivě odebraná anamnéza osvětlí až u 80 % případů lokalizaci a pravděpodobnou příčinu poruch polykání. Pokud se jedná o orofaryngeální dysfagii, pacienti bývají schopni přesné lokalizace a popisu svých obtíží. Naopak při esofageální dysfagii bývá deklarovaná lokalizace často nepřesná, neboť potíže se mohou manifestovat o úroveň výše, než je skutečná dysfunkce - například v hltanu (Logemann, 1998). Dále následuje strukturální i funkční **vyšetření orgánů účastnících se polykacího aktu**, podle Dobias (2014) by mělo zahrnovat také zhodnocení funkce hlavových nervů (viz příloha č. 2). Tedla a Gross (2009) se při vyšetření orální motoriky doporučují zaměřit na symetrii mluvidel v klidu i v pohybu, labiální uzávěr, rozsah pohybu temporomandibulárního kloubu, dentici, tonus, sílu i rozsah pohybů jazyka, zdvihání a symetrii měkkého patra, zvládnání slinotoku, stav sliznic v dutině ústní a v neposlední řadě na senzitivitu v dutině ústní i vnější strany tváří. Logemann (1998) k podrobnému zhodnocení orální motoriky připojuje také vyšetření orálních reflexů. Avšak je třeba brát v úvahu, že absence či snížení dávivého reflexu bývá přítomno nejen u osob s dysfagií, ale také u mnoha osob, jejichž polykání je intaktní. Vyšetření hrtanu zahrnuje mimo jiné inspekci kvality hlasu. Bublavý hlas může poukazovat na možnost aspirace, přítomnost chrapotu zase vznáší podezření na nedostatečný laryngeální závěr při polykání. Pokud člověk není schopen měnit výšku hlasu, můžeme usuzovat na poškození nervus laryngeus superior a s tím spojené snížení senzitivity hrtanu a jeho okolí. Dále je dobré zhodnotit sílu volního kašle v souvislosti s potenciálním vypuzením aspirovaného materiálu. Avšak přítomnost volního kašle i jeho odpovídající síla nemusí nutně znamenat, že při vdechnutí materiálu do dýchacích cest bude adekvátně silný reflexní kašel přítomen.

Na podkladě přípravného vyšetření lze usuzovat na:

- potenciálně nejvýhodnější pozici při jídle (podrobněji viz podkapitola 1.7),
- optimální umístění bolusu do úst – obecně na místo s nejlepší funkčností a senzitivitou,
- pravděpodobně nejvhodnější konzistenci jídla (podrobněji viz podkapitola 1.7).

Před započítáním klinického **vyšetření polykání** by mělo dojít ke zhodnocení poměru přínosu a rizika. Pokud se jedná o osobu nad 80 let, v akutním stádiu onemocnění, se značnými pulmonálními komplikacemi, slabým volním kašlem a/nebo neschopností následovat instrukce a je zde podezření na faryngeální dysfagii, jsou rizika větší nežli přínos. Je proto vhodné přikročit rovnou k instrumentálnímu vyšetření. V opačném případě se přistupuje k podání bolusu potravy různé konzistence za využití poznatků z přípravného vyšetření (Logemann, 1998). Lze vyšetřit pouze pacienta, který je bdělý a schopný samostatného vzpřímeného sedu (Tedla, Gross, 2009). Z důvodu opatrnosti se často začíná podáním té konzistence, kterou konkrétní osoba zvládá nejlépe. Proto se obvykle jako první administruje jídlo o konzistenci pudingu nebo zahuštěné tekutiny. Jakmile jsou tyto hustší konzistence zvládnuty bezpečně a bez jakýchkoli potíží, přistupuje se postupně k soustům, která

mají menší tendenci držet pohromadě. Nejvíce nestabilní a nejnáročnější na koordinaci celého procesu polykání jsou v tomto ohledu tekutiny. Alternativou je přednostní podání řídkých nezahuštěných tekutin z důvodu zhodnocení možnosti optimální hydratace. Následně se přistupuje ke zhodnocení polykání tužších soust až k těm, jež vyžadují značnou žvýkací sílu. Vystává také otázka velikosti bolusu, který má být podán. Vzhledem k riziku aspirace není vhodné podávat velké sousto. Avšak někteří jedinci se sníženou senzitivitou v ústech podání většího bolusu vyžadují, jinak nedojde k uvědomění toho, že je něco v ústech. Pokud je bolus malý, není registrován a nebezpečí aspirace narůstá. Na druhou stranu příliš malé objemy – menší než lžička, formování bolusu znesnadňují. Z těchto důvodů se doporučuje zvážení podání větších i malých soust (Cichero, 2006). Při klinickém vyšetření polykání by se měly sledovat následující aspekty (Cichero, 2006; Logemann, 1998):

- reakce na jídlo,
- schopnost udržet jídlo v ústech,
- pohyby mluvidel při manipulaci s jídlem a při žvýkání,
- přítomnost primitivních orálních reflexů, např. kousací reflex při vložení lžice do úst,
- okamžité či opožděné spuštění faryngeální fáze, koordinace mezi fázemi,
- koordinace mezi dýcháním a polykáním,
- kvalita fonace po polknutí – vlhký, bublavý hlas,
- jakýkoli kašel, čištění hrdla, chování připomínající zápas (na začátku, v průběhu, po jídle),
- trvání jídla – u zdravého člověka orální i faryngeální fáze trvá přibližně 1 sekundu,
- přítomnost reziduí v ústech - jejich případná asymetrie, spontánnost a efektivita jejich odstranění.

Výhodou klinického vyšetření je realizace u lůžka pacienta a díky strukturovanosti i nízká časová náročnost. Kromě údajů o přítomnosti dysfagie je možné také zhodnotit bdělost, spolupráci, motoriku a chování pacienta. Výsledkem je individuální profil pacienta ve vztahu k dysfagii a zkušený diagnostik dokáže na jeho základě doporučit vhodnou dietu a určit terapeutické cíle (Dobias, 2014). Na základě klinického vyšetření je možné diagnostikovat většinu poruch v orální fázi polykání (Cichero, 2006). Nevýhodou je, že nepodává informace o patofyziologii polykání ani nelze spolehlivě identifikovat přítomnost aspirace (Dobias, 2014). Pokud v průběhu vyšetření dojde ke kašli, jedná se o suspektní aspiraci. Ale 50 – 60 % pacientů, kteří aspirují, nekašlou (Logemann, 1998). Stephanie Daniels uvádí výskyt 2 položek z 6 (dysartrie, dysfonie, abnormální nebo chybějící dávivý reflex, kašel po polknutí, změna hlasu po polknutí) jako prediktor aspirace (Dobias, 2014).

Specializované vyšetření polykání

V současnosti nejsou stanovena všeobecně platná kritéria, která by indikovala specializované vyšetření polykání. Pokud je třeba obdržet podrobné informace o faryngeální fázi polykání nebo při základním klinickém vyšetření vyvstane podezření na aspiraci, obvykle následuje specializované vyšetření polykacího aktu (Cichero, 2006; Tedla, Gross, 2009). To identifikuje případnou aspiraci a její množství (Logemann, 1998). Nejvyžívanější zobrazovací metody u pacientů s dysfagií zahrnují **videoendoskopii** (FEES – fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) a **videofluoroskopii** (VFSS – videofluoroscopic swallow study, modified barium swallow). Tyto metody poskytují detailní údaje o anatomických strukturách účastnících se deglutice a fyziologii orofaryngeální fáze polykání. V obou případech se jedná o objektivní vyšetření, které je však vždy zatíženo subjektivní interpretací odborníka. Doposud se obvykle využívala pouze videoendoskopie nebo videofluoroskopie, ale postupně se na ně začíná pohlížet jako na vzájemně se doplňující metody, z nichž každá poskytuje jedinečné informace (Cichero, Langmore, 2006). Jejich srovnání je prezentováno v tab. 2.

Vlastnost	FEES	VFSS
<i>rizika</i>	přenos infekce	radiace
<i>přenositelnost</i>	přenositelné, použití u lůžka	pouze na oddělení radiologie
<i>orální fáze</i>	nekompletní a nepřímé závěry	dobře viděno
<i>faryngeální fáze</i>	přímé zhodnocení před a po polknutí, ne v průběhu	dobře viděno
<i>esofageální fáze</i>	není důsledně vidět	může být sledována
<i>aspirace/penetrace</i>	dokáže detekovat přítomnost	přesné posouzení
<i>senzitivita hltanu</i>	přesně testováno pomocí FEEST	možno pouze usuzovat
<i>škála bolusů</i>	všechny typy jídla a pití	kontrastní látka pozměňuje viskozitu, texturu a chuť jídla/pití

Tab. 2: Srovnání videoendoskopie a videofluoroskopie; upraveno (Hirst, 2008)

a) Videofluoroskopie

Videofluoroskopie je radiologické vyšetření, které je realizováno za spolupráce radiologa a klinického logopeda (Bunová, Tedla, 2009). Za průkopníka této metody je považována Jeri A. Logemann. Videofluoroskopie mimo údajů relevantních pro diagnostiku (anatomie a fyziologie polykání) umožňuje zhodnotit efektivitu terapeutických technik a kompenzačních strategií. Jedná se tedy zároveň o diagnostickou i terapeutickou metodu. S jejím využitím je možné také poměrně přesně určit délku trvání orální a faryngeální fáze polykání, identifikovat přítomnost aspirace, množství aspirovaného materiálu a její pravděpodobnou příčinu. Úkolem logopeda je seznámit pacienta

s průběhem vyšetření, podávat mu různé konzistence jídla, tekutin a individuálně aplikovat terapeutické techniky a kompenzační strategie (Cichero, Langmore, 2006).

Pacient při vyšetření sedí. Postupně jsou mu podávána sousta o různé konzistenci a konkrétním objemu obohacená kontrastní látkou (Dobias, 2014). Při videofluoroskopii je podle Logemann (1998) vhodné testovat minimálně tři konzistence - řídké tekutiny, baryovou pastu a materiál vyžadující žvýkání. Ideálně by se mělo hodnotit polykání 2 – 3 soust konkrétní konzistence jídla nebo tekutin, protože pouze jedno polknutí nemusí poskytnout reprezentativní náhled na to, jak se pacient s danou konzistencí vyrovnává (Cichero, Langmore, 2006). Zahájení vyšetření polykáním tekutého bolusu zajistí, že při případné aspiraci nedojde k zablokování dýchacích cest. Při podávání tekutin se postupně zvyšuje jejich nabízené množství. Nejprve se dává sousto o objemu 1 ml, pak 3 ml, 5 ml, 10 ml a nakonec se testuje pití z hrnku. Při výskytu aspirace se dále k větším objemům tekutiny nepřistupuje a na tomto množství se aplikují léčebné strategie s cílem aspiraci eliminovat a umožnit tak bezpečné polykání. Pokud se osvědčí na několika následujících polknutích, objem sousta se opět zvyšuje (Logemann, 1998). Z celého vyšetření je poté k dispozici obrazový záznam z předozadního i laterálního pohledu o rychlosti 25 obrazů za 1 sekundu, který umožňuje zpětnou analýzu průběhu polykání (Bunová, Tedla, 2009; Dobias, 2014).

Podrobná klinická videoanalýza by měla proběhnout tentýž den jako vyšetření a měla by kombinovat kvalitativní i kvantitativní zhodnocení. Kvalitativní posouzení zahrnuje popis fyziologie a patofyziologie polykacího procesu a nalezení jejich souvislosti se symptomy dysfagie (Stanschus, 2010). Jak uvádí Bunová a Tedla (2009) k vyjádření míry proniknutí kontrastní látky do hrtanu se využívá osmistupňová Rosenbekova penetračně-aspirační škála, kterou uvádíme v tab. 3. Kvantitativní analýza slouží k objektivizaci vyšetření a možnosti posoudit efektivitu léčebných strategií. Parametry měřitelné pomocí videofluoroskopie zahrnují například orální tranzitní čas, trvání opoždění spuštění polykacího reflexu, trvání a rozsah závěru dýchacích cest, aspirovaná část sousta v procentech a další (Stanschus, 2010).

Jako všechny diagnostické metody i videofluoroskopie má své klady a na druhé straně také omezení. Videofluoroskopie umožňuje vizualizaci struktur podílejících se na polykání v orální, faryngeální i esofageální fázi a dovoluje měření doby jejich trvání. Zároveň poskytuje cenné informace o bezpečnosti podání tekutin a jídla různé konzistence, efektivitě a schopnosti využití kompenzačních technik a terapeutických manévřů. Velkou výhodou je možnost následné videoanalýzy. Mezi limity patří vystavení pacienta, ale i logopeda radiční zátěži. Z toho důvodu není vhodné vyšetření často opakovat. V důsledku snahy o co nejkratší vystavení radiaci pacient nemusí mít dostatek času na polknutí. Baryum přidané do podávaných soust může ovlivnit jejich chuť i konzistenci, takže

vyšetření nemusí podat reálný obraz polykání dané konzistence. Protože jde o testovou situaci, výkony jednotlivých pacientů nemusí být reprezentativní. Videofluoroskopie je limitována na hodnocení motoriky, nedokáže tedy posoudit senzitivitu v orofaryngeální oblasti. Nevýhodou představuje dále fakt, že některé pacienty není možné touto metodou vyšetřit. Příkladem jsou lidé s obezitou z důvodu omezeného, úzkého prostoru a pacienti s těžkou hemiparézou pro jejich nestabilitu. Videofluoroskopie představuje finančně náročnou diagnostickou metodu z důvodu personálního zabezpečení a využití drahého vybavení (Cichero, 2006).

Stupeň	Lokalizace potravy v dýchacích cestách	Hodnocení
1.	materiál nevchází do dýchacích cest	norma
2.	materiál vchází do dýchacích cest, nedosahuje úrovně hlasivek a je kompletně vypuzen	penetrace
3.	materiál vchází do dýchacích cest, nedosahuje úrovně hlasivek, ale není vypuzen	
4.	materiál vchází do dýchacích cest, dosahuje úrovně hlasivek a je vypuzen	
5.	materiál vchází do dýchacích cest, dosahuje úrovně hlasivek, ale není vypuzen	
6.	materiál vchází do dýchacích cest, dostává se pod úroveň hlasivek a je vypuzen	
7.	materiál se dostává pod úroveň hlasivek, i přes úsilí není vypuzen	
8.	materiál se dostává pod úroveň hlasivek bez jakéhokoli úsilí o jeho vypuzení	

Tab. 3: Penetračně-aspirační škála podle Rosenbeka (Tedla, 2009)

b) Videoendoskopie

Videoendoskopie (FEES) je další zobrazovací metodou, která ale nabízí pohled na struktury účastníci se polykání z jiné perspektivy. Poskytuje informace týkající se hltanové fáze polykání, aspirace a jejího rizika (Cichero, Langmore, 2006). Jedná se o poměrně mladou metodu, jejíž využití v roce 1988 poprvé popsali Langmore, Shatz a Olsen (Bunová, Tedla, 2009). Cichero a Langmore (2006) uvádí, že původně byla indikována pouze v případech, kdy nebylo možné realizovat videofluoroskopické vyšetření, jež bylo v té době „zlatým standardem“. V současné době je FEES považován za standardní vyšetření a na mnohých pracovištích nahradil videofluoroskopii. V České republice se videoendoskopie provádí od roku 2005 (Bunová, Tedla, 2009).

Podle Dobias (2014) je videoendoskopie funkční vyšetření polykání, které se provádí pomocí flexibilního endoskopu. Ten se nosem zavádí do orofaryngu nad epiglottis. Úkolem této metody je

zhodnotit anatomii a funkci jednotlivých orgánů při polykání „na sucho“, fonaci a při polykání různých objemů a konzistence potravy či tekutin. Jednotlivá sousta jsou pro lepší kontrast zbarvena potravinářským barvivem. V našich podmínkách FEES realizuje otorinolaryngolog ve spolupráci s klinickým logopedem. Ale například v Německu nebo některých státech USA toto vyšetření provádí klinický logoped samostatně (Bunová, Tedla, 2009).

Pokud je pacient vázán na lůžko, lze FEES provést také u lůžka. Před zavedením endoskopu se většinou aplikuje místní anestezie a to v malém množství, aby nedošlo k ovlivnění citlivosti hltanu a hrtanu (Cichero, Langmore, 2006). Bunová a Tedla (2009) popisují průběh vyšetření následovně. Při průchodu endoskopu se hodnotí funkce vcla při vyslovování slov obsahující hlásku k (kacao, kuku) a dostatečnost velofaryngeálního uzávěru. Při prodloužené fonaci vokálů je možné orientačně posoudit závěr hlasové štěrbiny, polknutím „na sucho“ elevaci hrtanu. Následuje podávání soust různého objemu a textury. Při vyšetření je možné sledovat sousto před započítím faryngeální fáze při případném zatékání potravy ještě před iniciací polykání. V průběhu samotného polknutí není možné bolus pozorovat, jde o tzv. „whiteout phase“, kdy se stěny hltanu kontrahují, glottis se uzavře. Po polknutí se hodnotí hromadění sekretů a reziduí bolusu v oblasti valekul a piriformních sinů. Pokud materiál vchází do hrtanu, závažnost se určuje podle Rosenbekovy penetračně-aspirační škály. Dle Cichero a Langmore (2006) následně v závislosti na povaze identifikovaných obtíží následuje terapeutická část vyšetření, kdy se testuje vliv konkrétních kompenzačních strategií a polykacích manévřů na bezpečnost a efektivitu polykání. FEES lze využít také jako nástroje pro biofeedback. Díky okamžité vizuální zpětné vazbě pomůže pacientům uvědomit si svůj problém a osvojit si nové strategie. Huckabee (2010) uvádí, že endoskopie je v tomto ohledu velmi užitečná při osvojování volných technik na ochranu dýchacích cest, protože pacient může přímo sledovat účinnost dané techniky.

Výhodou videoendoskopického vyšetření je jeho přenosnost a nízká cena ve srovnání s videofluorografií. Navíc umožňuje podávání reálného jídla a tekutin. Dovoluje přímé vyšetření laryngu a managementu sekretů, také lepší zhodnocení senzitivity. Díky povaze vyšetření nezahrnující expozici radiaci je možné FEES snadno opakovat a využívat jej i při terapii jako biofeedback. Limitující je především přítomnost „whiteout phase“, jež nedovoluje přímý důkaz o vniknutí materiálu do hrtanu v průběhu polknutí. Na zatékání potravy v průběhu lze usuzovat pouze nepřímo z reziduí nebo pokrytí struktur materiálem v místech, kde by se sousto běžně dostávat nemělo. Další bod představuje fakt, že FEES nezprostředkuje informace o jícnové a orální fázi polykání. Někteří pacienti nemusí vyšetření endoskopem tolerovat vůbec nebo z důvodu diskomfortu jejich výkon při polykání nemusí být reprezentativní (Cichero, Langmore, 2006; Dobias, 2014).

FEEST (flexible endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing) představuje variaci endoskopického vyšetření polykání. Zahrnuje vyšetření citlivosti prostřednictvím vyvolání laryngeálních reflexů. Endoskop je zaveden totožně jako u FEES. Zařízení připojené k endoskopu generuje proud vzduchu s regulovatelnou intenzitou. Tlak vzduchu vyvíjený na struktury hrtanu by měl při intaktní senzitivě vyvolat reflexivní odpověď – laryngeální addukci. Reflex laryngeální addukce je měřítkem schopnosti ochrany dýchacích cest. Snížená senzitivita v této oblasti vedoucí k menší výbavnosti tohoto reflexu může sloužit k identifikaci pacientů s rizikem aspirace (Cichero, Langmore, 2006). Aviv et al. (2002) uvádí při absenci tohoto reflexu addukce větší pravděpodobnost aspirace i penetrace tekutin a konzistence pyrů.

c) Některé další vyšetřovací metody

Mezi další instrumentální metody patří **ultrazvuk**. Jedná se o neinvazivní metodu, která pacienta nevystavuje žádnému riziku, lze ji proto obdobně jako FEES opakovat. Ultrazvuk je limitován především tím, že nedokáže zobrazit struktury pokryté kostí či vzduchem, což omezuje jeho využití. Nedokáže například zobrazit tracheu a identifikovat případnou aspiraci či penetraci. Na druhou stranu dobře zobrazí ústní dutinu (mimo tvrdé patro) či rezidua ve valemulách (Cichero, Langmore, 2006). Vaňatka et al. (2009) spatřují hlavní význam ultrazvuku v identifikaci útvarů či ložisek bránicích normálnímu průběhu polykacího procesu spolu s posouzením strukturálních změn.

Při **scintigrafii** pacient polyká radioaktivní bolus, který je pak možné sledovat při jeho průchodu do žaludku. Jedná se o finančně náročnou metodu, využívanou převážně pro výzkumné účely (Cichero, Langmore, 2006), pro diagnostiku onemocnění jícnu a schopnosti odstraňování reziduí z dýchacích cest (Vaňatka et al., 2009). K vyšetření jícnu lze také využít **transnazální ezofagoskopii**, která je podle Bunové a Tedly (2009) vhodná jako screeningová metoda.

Počítačová tomografie (CT) se u pacientů s dysfagií uplatňuje při zobrazování patologických anatomických změn, jež by mohly s výskytem poruchy polykání souviset. Přesné zobrazení struktur a orgánů účastnících se polykání nabízí **MRI**. **MRI fluoroskopie** vylučuje ve srovnání s videofluoroskopií radiační zátěž a umožní zobrazení v jakékoli rovině. Avšak klasický přístroj MRI vyžaduje, aby pacient v průběhu ležel, což může vyšetření zkreslovat a vést k aspiraci kontrastní látky. Také rychlost snímání při MRI fluoroskopii (2 – 6 snímků/s) se zatím nevyrovná klasické videofluoroskopii (Vaňatka et al., 2009).

1.7 Terapie

V literatuře je v této souvislosti možné se setkat s různými pojmy - terapie poruch polykání, rehabilitace, léčba, management a další. Tato kapitola si neklade za cíl představit konkrétní postup terapie dysfagie krok za krokem ani vyjmenovat všechny existující přístupy. Vzhledem k variabilitě potíží, různým příčinám a závažnosti u každého klienta není možné podat jeden univerzální návod, jak při intervenci dysfagie postupovat. Z důvodu omezeného rozsahu této práce je úkolem spíše poskytnout základní repertoár využívaných technik a strategií.

Cílem jakéhokoli léčebného programu by měl být podle Logemann (1998) **návrat k orálnímu příjmu**, který bude z hlediska polykání bezpečný, umožní adekvátní hydrataci a nutrici. V průběhu léčby není vždy možný plný orální příjem. Při jeho úplném vyloučení musí být odpovídající výživa zajištěna jinou cestou – enterální nebo parenterální výživou. Enterální výživa spočívá v podávání výživy sondami nebo jinými vstupy (stomii) do zažívacího ústrojí. Příkladem je nasogastrická sonda nebo gastrostomie, která je vhodná pro dlouhodobé použití. Parenterální výživa spočívá v podání živin přímo do cévního systému. Je však indikována pouze v případě, kdy nelze využít enterální způsob výživy (Grofová, Satinský, 2009).

Na základě shrnutí všech poznatků z předcházející diagnostiky by mělo dojít k formulaci terapeutických cílů a identifikaci strategií, které povedou k jejich naplnění. Výsledky diagnostiky by měly vést také ke stanovení prognózy (Provencio-Arambula et al., 2007).

Cichero (2006) upozorňuje na požadavek ověřování efektivity terapie v souladu s tzv. **evidence based přístupem**. Terapie založená na důkazech by měla vycházet z ověřených metod. V případě terapie dysfagie, jež je relativně novou oblastí, je cílem předkládat důkazy o efektivitě aplikovaných metod. A to tak, aby došlo k eliminaci postupů, které se opírají pouze o dlouholeté a tradiční využití.

Jak uvádí Provencio-Arambula et al. (2007), různí autoři nabízejí odlišná pojetí klasifikace terapie. Logemann (1998) odlišuje terapii **přímou** a **nepřímou**. Nepřímá terapie je indikována v případě, kdy orální příjem tekutin a jídla není bezpečný. Léčba nezahrnuje samotné polykání jídla, trénuje se pouze na slinách, ale je zaměřena na obnovení kontroly a síly svalů participujících na deglutici, může zahrnovat také termálně-taktilní stimulaci. V kontrastu k nepřímé terapii stojí terapie přímá. Předpokladem pro její administraci je bezpečné polykání tekutin a jídla. Neboť v průběhu přímé terapie jsou podávána sousta, u kterých je vyžadováno polknutí při současném následování specifických instrukcí. Ty nejjednodušší mohou zahrnovat pouze změnu polohy těla při polykání až po ty složitější, jež se mohou skládat z několika po sobě následujících kroků.

Z hlediska dvou základních pojetí lze terapii rozdělit na **kompensační** nebo **rehabilitační**. Tuto klasifikaci uznává mnoho autorů. Avšak jak ilustruje tab. 4, zařazení jednotlivých technik do těchto kategorií nemusí být vždy shodné. Logemann (1998) rozlišuje kompenzační a **terapeutické přístupy** k terapii dysfagie.

	Kompensační přístupy	Rehabilitační přístupy
Murry and Carrau in Provencio-Arambula et al. (2007)	cvičení oromotoriky Shaker cvičení termální stimulace	polykací manévry změna polohy
Rosenbek a Jones (2008)	změna polohy úprava konzistence modifikace podávání jídla/pití (množství, teplota, objem,...)	polykací manévry cvičení oromotoriky termálně-taktilní stimulace a další

Tab 4: Komparace náhledu na kompenzační a rehabilitační přístupy

Kompensace

Kompensační techniky mají okamžitý vliv na bezpečnost polykání a s tím související dosažení optimální nutrice a hydratace (Rosenbek, Jones, 2008). Dle Logemann (1998) při jejich aplikaci dochází k eliminaci symptomů, ale současně nezbytně nemění fyziologii polykání. Jsou využitelné v jakémkoli věku, u osob s různou úrovní kognitivních schopností. Rosenbek a Jones (2008) uvádí, že se využívají, pokud je vyžadován bezprostřední efekt a jako doplnění rehabilitačních technik. Také v případě, kdy pacient neprofituje z rehabilitačních technik nebo se nepředpokládá jejich zvládnutí. Lepších výsledků je obvykle dosaženo vzájemnou kombinací kompenzačních technik nebo kombinací s technikami rehabilitačními. Mezi kompenzační techniky je možné zařadit (Cichero, 2006; Logemann, 1998; Rosenbek, Jones, 2008):

- změnu polohy,
- úpravu jídla a tekutin,
- modifikaci podávání jídla,
- intraorální protetiku.

a) Změna polohy

Vhodným polohováním celého těla lze usměrnit tok jídla. Pracuje se také s polohou hlavy, která ovlivňuje dimenze hltanu. Jedno z prvních pravidel bezpečného polykání představuje vzpřímená pozice při jídle a pití. Trup by měl s dolní polovinou těla svírat přibližně úhel 90°. Gravitace pomáhá transportu sousta a současně dochází ke snížení pravděpodobnosti výskytu refluxu (Cichero, 2006). Logemann (1998) uvádí, že změna polohy hlavy a těla může eliminovat aspiraci u 75 – 80 % pacientů, zároveň dodává nezbytnost zhodnocení účinnosti jednotlivých pozic při videofluoroskopii.

Jednou z využívaných poloh hlavy je tzv. **chin tuck**, při níž se brada skloní k hrudníku. Úkolem je zaujmout danou polohu před započítím polykání. Účinek by měl spočívat v redukci faryngeálních reziduí a současně vyšší ochraně laryngu před vniknutím sousta. I přesto, že tato pozice je jednou z nejčastěji aplikovaných, nedá se považovat za univerzální pro všechny osoby s dysfagií. Pokud se například jedná o potíže s udržením sousta v ústech, může aplikace této polohy vyústit v leaking (Rosenbek, Jones, 2008).

Otočení hlavy ke straně se využívá při jednostranném oslabení. Natočení hlavy doprava nebo doleva k poškozené straně ji efektivně uzavře a bolus má tendenci putovat po straně druhé, silnější. **Naklonění hlavy** k silnější straně užívá gravitace k žádoucímu posunu sousta při jednostranné slabosti v dutině ústní a v hltanu. Oslabení ale musí být v obou strukturách stejnostranné. Při potížích s orálním transferem bolusu a rezidui v ústech po polknutí je užitečný **záklon hlavy**, který profituje z gravitace. Avšak podmínkou pro bezpečnou aplikaci této polohy je perfektní ochrana dýchacích cest (Cichero, 2006).

b) Úprava konzistence jídla a viskozity tekutin

Jedná se o jednu z nejvyužívanějších terapeutických technik u osob s dysfagií různé etiologie. Modifikace diety by měla redukovat riziko aspirace při zachování orálního příjmu (Rosenbek, Jones, 2008). Dle Cichero (2006) lze spatřit analogii mezi člověkem se získanou dysfagií a postupným přechodem na tuhou stravu v raném dětství. Návrat slaví **kašovitá strava, později mletá a měkká jídla**. Příkladem nevhodných potravin při dysfagii jsou oříšky, sušenky, smíšené konzistence (př. cereálie s mlékem), kukuřice, karamelka či jablko. U tekutin se sleduje jejich viskozita, neboť **zahuštěné tekutiny** mají větší tendenci držet pohromadě a pohybují se pomaleji. Tato fakta vedou k předpokladu lepší kontroly nad zahuštěným soustem. Žádané hustoty docílíme použitím práškového zahušťovačla. Tekutiny, jež každodenně pijeme, označujeme jako řídké, běžné. Dále můžeme rozlišovat tekutiny zahuštěné na konzistenci nektaru, jež lze vypít slámkou, konzistenci medu, které ze lžice stékají

velmi pomalu v souvislém proudu, pití slámkou by zde bylo již obtížné. Zahuštěním tekutin je možné dosáhnout až konzistence pudingu. Na lžici drží tvar a optimální je podávání po lžičkách. Rosenbek a Jones (2008) upozorňují v souvislosti s touto technikou na možnost odmítání upravené stravy a zahuštěných tekutin klientem. Malnutrice a dehydratace mohou vést k závažným zdravotním obtížím stejně jako aspirační pneumonie. Z těchto důvodů by mělo být cílem podávat jídlo atraktivní, podobající se tomu běžnému.

Specifický přístup k podávání tekutin zaujímá tzv. **Free water protocol/Frasier water protocol** (FWP) vytvořený Kathy Panther ve Frasierově rehabilitačním institutu v roce 1984. Tento protokol neguje předpoklad o škodlivé aspiraci vody. Umožňuje pacientům s dysfagií neomezený přístup k čisté nezahuštěné vodě mezi jídly a současně nejdříve 30 minut po jídle. Příjem zahuštěných tekutin je tak omezen pouze na průběh jídla. FWP se pojí s nutností pečlivé hygieny dutiny ústní. Frasier water protocol i přes nízkou incidenci pneumonie a zlepšení kvality života zůstává kontroverzní alternativou, neboť dosud nebyly realizovány velké randomizované studie (Mosheim, 2006).

Finestone et al. (2001) ve svém výzkumu potvrzují snížený příjem tekutin u 6 pacientů po cévní mozkové příhodě, kterým byla podávána modifikovaná dieta se zahuštěnými tekutinami, až na 33 % +/- 5 % normálního denního příjmu tekutin. Bronson-Lowe et al. (2008) porovnávali četnost výskytu aspirační pneumonie při aplikaci FWP a při podávání pouze zahuštěných tekutin. V závěru nezaznamenali vyšší výskyt aspirační pneumonie při použití FWP. Současně došlo k nárůstu příjmu tekutin, ale bez efektu na úroveň dehydratace. Karagiannis a Karagiannis (2014) uvádí přínos FWP osobám s dysfagií, které jsou mobilní s dobrými kognitivními schopnostmi. Naopak u osob se sníženou mobilitou, zcela imobilních či s progredujícím neurodegenerativním onemocněním upozorňují na zvýšené riziko pneumonie.

c) Modifikace podávání jídla

Rosenbek a Jones (2008) uvádějí, že změna způsobu stravování může být stejně efektivní jako úprava konzistence jídla. Aplikace této techniky spočívá například v **podávání malých soust a zpomalení tempa při jídle**, čehož lze přirozeně dosáhnout využitím malé lžičky místo lžice, pití z hrníčku o menším objemu či hrnku s náustkem (Cichero, 2006). U některých osob je naopak potřeba podávat větší sousta, aby došlo ke spuštění faryngeální fáze polykání (Logeman, 1998).

Dále je možné doporučit střídat pevná sousta a doušky tekutiny, pročistit si hrdlo po každém nebo určitém počtu soust, jíst v dobu, kdy je člověk nejvíce aktivní. Sousta by se měla podávat na silnější, neoslabenou stranu úst. Vhodná je také změna teploty sousta směrem k horkému či naopak studenému a podávání kořeněných jídel (Rosenbek, Jones, 2008). Poslední dva

postupy by se daly zahrnout pod **techniky ke zlepšení vnímání v dutině ústní**, jež popisuje Logemann (1998). Kromě podávání sousta s výraznou chutí nebo studeného sousta doporučuje aplikaci většího tlaku lžice proti jazyku, sousto s výraznou texturou vyžadující žvýkání a termálně taktilní stimulaci¹².

d) Intraorální protetika

Tyto kompenzační pomůcky se využívají zejména u pacientů po tumorech v dutině ústní a s nimi spojenou ztrátou tkáně jazyka (více než 25 %) nebo měkkého patra. Využití intraorální protetiky lze nalézt také po traumatech a u neurologických pacientů s omezenou pohyblivostí jazyka (Cichero, 2006; Logemann, 1998).

Rehabilitace

Od počátku 80. let 20. století vzrůstá podíl logopedů na rehabilitaci poruch polykání (Langmore, Miller, 1994). V kontrastu ke kompenzačním technikám, které se musí aplikovat při každém jídle, rehabilitační postupy usilují o značné zlepšení či lépe trvalé **obnovení funkce polykání** (Cichero, 2006). V praxi je možné vysledovat dva přístupy – funkční a tradiční (Vedrödyová, Schindler, 2016). Tradiční zaměření dle Rosenbek a Jones (2008) spočívá především v obnově síly, vytrvalosti, načasování, senzitivity a koordinace polykacího aktu, přičemž efekt rehabilitačních technik se projeví až s odstupem týdnů. Tohoto cíle lze dosáhnout různými způsoby, například zapojením odlišných svalů či svalových skupin, jež převezmou funkci svalů poškozených či využitím behaviorální terapie (Cichero, 2006). Logemann (1999) reprezentuje tzv. funkční přístup a uvádí, že nejlepší terapií polykání, je polykání samo. Jedinec by měl procvičovat právě to, co mu činí obtíže, aby dosáhl zlepšení.

Logemann (1998) podrobně popisuje jednotlivá cvičení ke zlepšení orálně motorické kontroly a zvětšení rozsahu orálních a faryngeálních pohybů. Jsou zde mimo jiné zahrnuta cvičení jazyka proti odporu, trénink manipulace se soustem či nácvik uzávěru dýchacích cest (podrobně viz příloha č. 3). Cichero (2006) ve vztahu k oromotorickým cvičením upozorňuje na nedostatek důkazů jejich efektivity při rehabilitaci polykání, neboť studie často postrádají kontrolní skupiny, jsou založeny na malém počtu subjektů či jednotlivých kazuistikách nebo je jejich užití kombinováno s jinými terapeutickými přístupy. Těmto cvičením vytýká zaměření na izolované svaly a jejich posílení. Přičemž uvádí, že svaly nepracují izolovaně, ale jednotlivé svalové skupiny jsou vzájemně synchronní. Proto doporučuje zaměřit se na provádění komplexních úkolů, které současně skupiny svalů posílí.

¹² užívá se ke stimulaci spuštění faryngeální fáze polykání, zahrnuje vertikální tření (4 -5x) předního patrového oblouku laryngeálním zrcátkem, které bylo předtím na ledu (Logemann, 1998)

Úkolem **polykacích manévrů** je dle Logemann (1998) zahrnout některé specifické aspekty hltanové fáze polykání pod volní kontrolu. Aplikace těchto manévrů vyžaduje schopnost přesného následování instrukcí a zvýšené svalové úsilí. Proto se nedoporučují u osob s kognitivními deficity, výraznou jazykovou poruchou nebo s vysokou unavitelností. Cílem každého z manévrů je ovlivnit určitou komponentu faryngeální fyziologie. **Supraglottické polykání** má ochránit tracheu před aspirací tím, že uzavře hlasivky před a v průběhu polknutí. Osoba s dysfagií je instruována, aby se zhluboka nadechla a následně zadržela dech. Při zadrženém dechu má polknout a ihned po polknutí zakašlat. **Super-supraglottické polykání** také slouží k ochraně dýchacích cest, ale liší se přidáním úsilí. Kromě zadržení dechu instrukce vybízí k současnému tlačení (například do židle), které pokračuje i v průběhu polykání. **Usilovné polykání** je spojeno s vědomou kontrakcí všech svalů (ibid.). Cichero (2006) jej asociuje s představou polykání telefonního seznamu. Tento manévr napomáhá odstranění reziduí z valem. Vliv na trvání i rozsah elevace laryngu a s ním související otevření horního jícnového svěrače má **Mendelsonův manévr**. Před samotným nácvikem si člověk musí uvědomit přirozené stoupání a klesání laryngu. Cílem je při polykání rozpoznat moment, kdy je hrtan v maximální elevaci, a pokusit se jej v této poloze několik sekund udržet (Logemann, 1998).

Rosenbek a Jones (2008) doplňují výčet polykacích manévrů **Masako manévrem**, který je známý také jako manévr držení jazyka. Jazyk je v průběhu manévru v protruzi jemně stisknut mezi zuby nebo držen v gáze. Jakmile je pevně ukotven, následuje instrukce polknutí. Pokud se nedaří polknout, je možné protruzi jazyka zmenšit, ale polknutí by mělo být dosaženo s určitou mírou úsilí. Efekt tohoto manévru spočívá ve zvětšeném rozsahu pohybu zadní stěny hltanu.

Shaker cvičení slouží k ovlivnění otevření horního jícnového svěrače. Provádí se vleže na zádech. Zvedání hlavy v této poloze vede k posílení suprahoidních svalů (Rosenbek, Jones, 2008). Tyto svaly jsou zodpovědné za elevaci a anteriorní pohyb hrtanovo-jazykového komplexu a následné uvolnění cricofaryngeálního svěrače, jenž umožňuje průchod sousta (Mokoš, Tedla, 2009). V první části cvičení je cílem udržet hlavu ve zvednuté poloze 1 minutu. Po dokončení vždy následuje minutový odpočinek. Další část se skládá ze série třiceti zvednutí hlavy (Rosenbek, Jones, 2008). Efektivita Shaker cvičení je podložena studii intaktní populace, osob s neurogení dysfagií či tumory hlavy a krku (Shaker et al., 1997; Shaker et al., 2002)

Mnohá cvičení a zejména manévry užívané při rehabilitaci polykání jsou pro jedince příliš abstraktní. Neposkytují přímou zpětnou vazbu o úspěchu či neúspěchu, což platí zvláště u pacientů s neurogení dysfagií, kteří selhávají v proprioreceptci a často se potýkají s omezenou senzitivitou (Huckabee, 2010). **Biologická zpětná vazba** představuje dodatečný vnější přísun informací, který umožní tvarovat chování na základě toho, co člověk vidí, slyší nebo cítí. Biofeedback může být poskytován ve formě specifických

komentářů logopeda, vizuální zpětné vazby při provádění úkolu (videofluoroskopie, videoendoskopie, displej připojený k elektromyografu) či sluchové zpětné vazby při cervikální auskultaci¹³ (Cichero, 2006). Logemann (1998) například popisuje využití povrchové elektromyografie při Mendelsonově manévru. Elektroda umístěna nad hrtanem podává informace o aktivitě svalů elevujících hrtan. Díky okamžité zpětné vazbě je možné sledovat změnu amplitudy a trvání svalového úsilí v průběhu nácviku.

¹³ technika založená na odposlouchání zvuků doprovázejících polykání prostřednictvím stetoskopu umístěného na krku ve výšce laryngofaryngeálního přechodu (Huckabee, 2010)

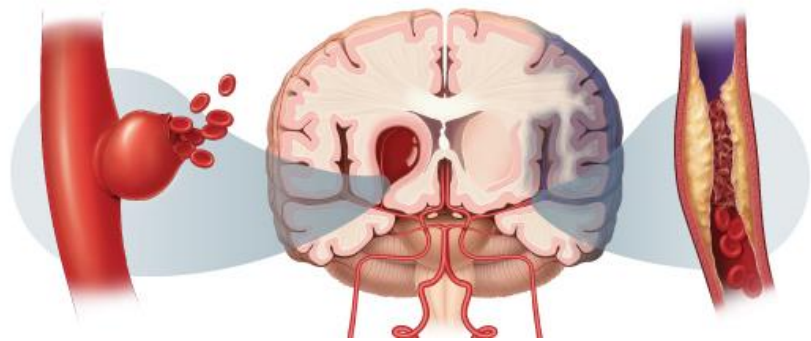
2 Onemocnění v dospělém věku se současným výskytem dysfagie

2.1 Cévní mozková příhoda

Bruthans (2009, s. 128) definuje cévní mozkovou příhodu (CMP) jako „klinický syndrom charakterizovaný rychle se vyvíjejícími klinickými známkami ložiskové (nebo globální) poruchy mozkové funkce, se symptomy trvajícíchmi

24 hodin nebo déle nebo vedoucí ke smrti, bez zjevné příčiny jiné než cévního původu.“ Ischemické CMP tvoří 80 % všech případů. Příčinou bývá zejména trombóza nebo embolie, zbylých 20 % cévních

mozkových příhod představují



Obr. 1: Schéma hemoragické (nalevo) a ischemické (napravo) cévní mozkové příhody

hemoragické CMP vzniklé subarachnoidálním, intrakraniálním či blíže neurčeným krvácením. Tranzitorní ischemická ataka je typická symptomatologií kratší než 24 hodin. V České republice roční incidence cévní mozkové příhody v roce 2007 dosáhla 4 - 4,5/1000 obyvatel (ibid.).

Prevalence přítomnosti dysfagie po cévní mozkové příhodě je závislá na konkrétním časovém úseku zotavování. V akutním stádiu po CMP se může blížit až 50 %, ale již dva týdny po CMP se poruchy polykání vyskytují pouze u 10 – 28 % osob (Groher, Puntil-Sheltman, 2015). Tedla (2009) uvádí celkovou prevalenci dysfagie po CMP 33,3 %. Potíže s polykáním byly zaznamenány u pacientů po prodělání jednostranné i oboustranné CMP mozkového kmene, kůry i subkortikálních oblastí. V důsledku cévní mozkové příhody obvykle dochází ke snížení senzitivity hltanu projevující se nezaznamenáním reziduí v hltanu (Logemann, 1998).

Léze v mozkové kůře

Specifika polykání se liší v závislosti na stranové lokalizaci léze. Při poškození přední **levé hemisféry** se může vyvinout apraxie polykání různé závažnosti, často doprovázena také orální apraxií. Apraxie polykání se projevuje opožděnou iniciací orální fáze polykání spolu s chybějícími pohyby jazyka, jež jsou obvyklou reakcí na přítomnost sousta v ústech, nebo vyhledávacími pohyby jazyka. Obecně tyto osoby polykají lépe, pokud se krmí samy, automaticky, bez pokynů druhé osoby. Těžší také z aplikace technik pro zvýšení senzitivity v ústech, které jsou nápomocné v urychlení procesu polykání. Při lézích **pravé hemisféry** obvykle dochází k opožděnému spuštění faryngeální fáze a elevace hrtanu, která zvyšuje

možnost aspirace před spuštěním polykání nebo v průběhu. Z hlediska terapie je vhodný tzv. chin tuck, termálně-taktilní stimulace, supraglottické nebo super-supraglottické polykání (Logemann, 1998).

Hamdy et al. (1996) vysvětluje jev, kdy je u dvou osob zjištěna cévní mozková příhoda, jež zasáhla totožné oblasti mozku, ale dysfagie je přítomna pouze u jednoho z nich. Svalstvo podílející se na polykání je reprezentováno v motorickém i premotorickém kortexu obou hemisfér, avšak asymetricky, nezávisle na lateralitě ruky. Proto u někoho může převládat reprezentace v hemisféře pravé, u jiného v levé.

Léze subkortikálních oblastí

Při lézích subkortikálních oblastí může docházet k opoždění orální a faryngeální fáze v důsledku jejich vlivu na senzorké i motorické dráhy směřující do kortexu nebo z něj. U malého počtu pacientů se vyskytuje aspirace před polknutím pro opožděné spuštění polykání a aspirace po polknutí z důvodu narušené neuromuskulární kontroly hltanu (Logemann, 1998).

Léze mozkového kmene

Léze mohou zasahovat oblasti prodloužené míchy nebo Varolova mostu. V **prodloužené míše** se nacházejí jádra (nucleus tractus solitarius a nucleus ambiguus), která jsou rozhodující pro organizaci a koordinaci polykání. Proto při lézích medully obvykle vzniká výrazná orofaryngeální dysfagie. Orální kontrola může být skoro intaktní, avšak faryngeální fáze vykazuje signifikantní deficit v jejím spuštění a neuromotorické kontrole. V prvním týdnu po cévní mozkové příhodě se může zdát, že faryngeální fáze chybí docela (Logemann, 1998). Potíže je možné zaznamenat s posunem sousta hltanem, s nedostatečnou pohyblivostí hrtanu, bolus se pak hromadí ve valeskách a piriformních sinuech, odkud může lehce spadnout do dýchacích cest. Je možné očekávat narušenou koordinaci mezi dýcháním a polykáním, neboť v prodloužené míše se nachází i dechová centra. Negativně může být ovlivněna také pohyblivost hlasivek (Cichero, 2006). Logemann (1998) uvádí, že plné obnovení funkce polykání může při lézích medully trvat 3 týdny, ale při těžké dysfagii spolu s nepříznivými faktory i 4 až 6 měsíců. Pro léze **Varolova mostu** je typická spasticita faryngeálních svalů, která znemožňuje pohotovému spuštění polykacího reflexu a následnou efektivitu posouvání bolusu faryngem (Cichero, 2006). Negativně je ovlivněna elevace hrtanu. Rekonvalescence je obvykle dlouhodobá a obtížná. Před započítím každé terapie je vhodná masáž tváří a krku vedoucí ke snížení svalového tonu (Logemann, 1998).

Obnovení funkce polykání

Logemann (1998) zmiňuje studii Northwesternské University a Rehabilitačního institutu v Chicagu, dle které se 95 % osob po prodělání první nekomplikované CMP po 9 týdnech vrátilo k plnému orálnímu příjmu bez ohledu na lokalizaci léze. Všichni účastníci absolvovali terapii polykání. Avšak

ani po 3 týdnech jejich parametry fyziologie polykání (např. trvání uzávěru dýchacích cest, otevření horního jícnového svěrače) neodpovídaly kontrolní skupině stejného věku. Z čehož vyvozuje závěr, že mechanismus polykání po cévní mozkové příhodě už není nikdy úplně stejný, a proto je po druhé nebo třetí CMP polykání zasaženo závažněji. Obdobné výsledky prezentují Mann, Hankey a Cameron (1999) na 128 pacientech hospitalizovaných po první CMP. Po půl roce se 87 % vrátilo k původní dietě, 50 % vykazovalo abnormální fyziologii polykání. V průběhu 6 měsíců se u 20 % objevil zánět dýchacích cest, 5 pacientů zemřelo (u 4 představovala pneumonie příčinu úmrtí).

Schopnost polykání po cévní mozkové příhodě může být ovlivněna mnoha dalšími faktory. Tracheostomie, některé léky a další souběžné zdravotní problémy negativně ovlivňují polykání či prodlužují dobu rekonvalescence (Logemann, 1998). Kumar et al. (2014) mezi prediktory perzistující dysfagie řadí CMP zasahující obě hemisféry, intubaci, aspiraci identifikovanou klinickým vyšetřením, videofluorografií, dysartrií a skóre NIHSS¹⁴ ≥ 12 . Hamdy a Rothwell (1998) uvádějí, že k obnově polykání dochází tehdy, pokud se motorický kortex nepoškozené hemisféry, která dříve nebyla pro polykání prvořadá, restrukturalizuje. U osob s perzistující dysfagií k těmto změnám v kortikálních mapách nedojde.

2.2 Guillain Barré syndrom

Guillain-Barré syndrom (GBS) je charakteristický progresivní slabostí končetin, areflexií a často také sensorickými symptomy. Incidence se pohybuje v rozmezí 1 - 2/100 000 obyvatel, je vyšší u mužů a narůstá s věkem. Příčinou je napadání myelinu nebo axonů neuronů, kterému v 70 % předchází setkání s infekcí. Nejčastěji jde o *Campylobacter jejuni*¹⁵ nebo cytomegalovirus (Pasanen, 2015). Pokud dojde k zasažení dechových svalů nebo autonomního nervového systému, GBS představuje život ohrožující stav. V průběhu 2 – 4 týdnů svalová slabost dosáhne svého maxima (Manorej et al., 2016). Mortalita je přibližně 3 – 4 % a s dlouhodobými následky se potýká asi 20 % osob (Pasanen, 2015).

Dle Logemann (1998) se generalizovaná slabost a paralýza objeví den až dva po manifestaci potíží s polykáním, někdy mohou dokonce představovat prvotní projev GBS. Oğna (2016) uvádí přítomnost poruchy polykání jako významný prediktor nutnosti intubace pacientů s Guillain-Barré syndromem. Pro dysfagii je typické oslabení orální i faryngeální fáze polykání projevující se omezeným rozsahem pohybu ústní části jazyka, kořene a hrtanu. Z důvodu nestabilní respirace není příliš vhodná aplikace manévrů a technik ovlivňující uzávěr dýchacích cest, dokud nedojde ke stabilizaci. Terapie polykání je

¹⁴ National Institutes of Health Stroke Scale

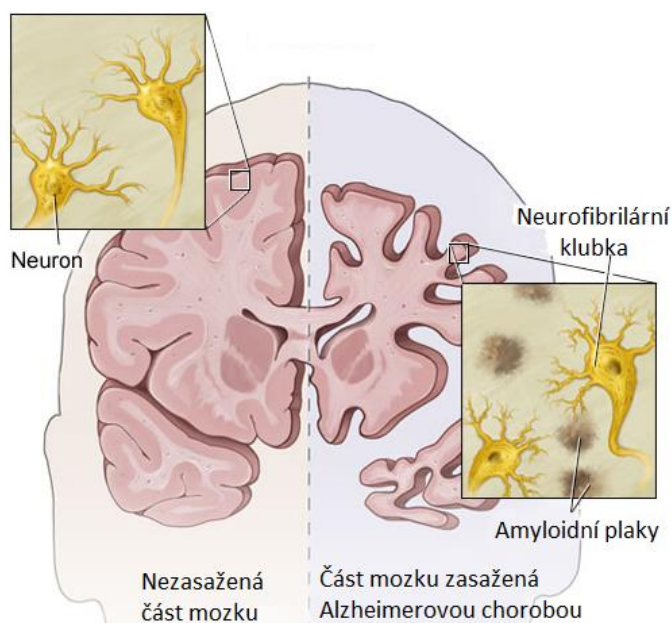
¹⁵ k této infekci může dojít po požití nepasterizovaného mléka, nedovařené drůbeže a kontaminované vody (Pasanen, 2015)

zpočátku obvykle zaměřena na cvičení proti odporu a zvětšení rozsahu pohybů. Ačkoli je progresse paralýzy velmi rychlá (v průběhu několika dní), zotavení může trvat měsíce nebo roky (Logemann, 1998).

2.3 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc představuje progresivní neurodegenerativní onemocnění, které je spojeno s tvorbou plaků, neurofibrilárních klubek a tzv. senilních plaků v mozkové kůře a hippocampu (Macleod, Mumford, 2004). Tyto útvary způsobují potíže s axonálním přenosem a v konečném důsledku nezvratný rozpad neuronů (Hort, 2007). Alzheimerova nemoc postihuje jednoho člověka z 20 ve věku nad 65 let, ve věku nad 80 let byl zaznamenán výskyt u jedné z pěti osob (Macleod, Mumford, 2004).

Toto onemocnění se pojí s množstvím dysfagických potíží. Sečil et al. (2016) uvádí, že změny ve fyziologii polykání mohou být pozorovatelné již v počátečních stádiích Alzheimerovy nemoci. Logemann (1998) jako jeden z prvních možných projevů uvádí **agnozii**



Obr. 2: Mozek osoby s Alzheimerovou nemocí

pro jídlo, která se manifestuje neschopností vizuálně jídlo rozpoznat. V případě, kdy by měli z několika předložených předmětů vybrat potraviny, selhávají. Tento jev vysvětluje, proč obtížně akceptují jídlo do úst. S progresí Alzheimerovy nemoci se často objevuje **apraxie** stravování a polykání. Neví, jak použít příbor. Bývají viděni, jak uchopí vidličku nebo lžičku, otáčejí s ní dokola, jakoby přemítali, který konec použít. Apraxie polykání se pojí s obtížemi iniciovat orální fázi. Při manipulaci s jídlem v ústech mohou být přítomny vyhledávací pohyby, jeví se jako snaha zjistit, jak s materiálem naložit, jak započít polykání. Odlišným projevem je i několikaminutové držení sousta v ústech bez přítomnosti jakýchkoli pohybů jazyka. Nezřídka se také přidružuje taktilní **agnozie** v ústech. Pokud nedochází k rozpoznání jídla v dutině ústní, není důvod k započetí orální fáze polykání. Mezi možné změny ve fyziologii polykání patří například omezení laterálních pohybů jazyka důležitých pro žvýkání, opožděné spuštění faryngeální fáze a nedostatečná elevace hrtanu.

U některých osob s Alzheimerovou chorobou iniciace jediného polknutí trvá i 3 – 4 minuty. Tempo celého procesu stravování může být zpomaleno natolik, že u daného klienta nebude možné dosáhnout optimální nutrice a hydratace. Techniky ke zlepšení senzitivity v ústech aplikované před nebo v průběhu stravování mohou v tomto případě podpořit rychlost celého procesu, přijetí sousta do úst i iniciaci polykání. Avšak s postupnou progresí onemocnění nastane doba, kdy již klient z terapie polykání profitovat nebude, v tomto bodě by měla být terapie ukončena (Logemann, 1998). V konečném stádiu nemoci je u mnohých výživa aplikována enterálně. U některých jedinců se zachovává částečný orální příjem jídla a tekutin za účelem zvýšení kvality života (Cichero, 2006).

2.4 Amyotrofická laterální skleróza

Amyotrofická laterální skleróza (ALS) je progresivní onemocnění, jež vede k postupné degeneraci horního i dolního motoneuronu. Nástup nemoci bývá obvyklý okolo 60. roku, ale nezřídka se může objevit i u dvacetiletého člověka (Daniels, 2006). Familiární výskyt nebo dědičnost, vázaná na autozomálně dominantní mutaci, se uvádí přibližně u 10 % případů ALS (Easterling, Koster, 2010). Nedávný rozsáhlý výzkum poskytl nový, důležitý vhled do genetické etiologie ALS. Byl identifikován gen NEK1, který se shodně objevoval u osob s familiární i nefamiliární ALS. Rizikové varianty genu NEK1 se souhrnně nalézaly u necelých 3 % případů ALS (Kenna et al., 2016)¹⁶. Podoba ALS závisí na tom, zda jsou převážně zasaženy kortikobulbární nebo kortikospinální dráhy. Onemocnění končí letálně, ke smrti většinou dochází po uplynutí 2 až 5 let od sdělení diagnózy kortikobulbární ALS (Daniels, 2006).

V případě převážně bulbární varianty ALS poruchy polykání mohou představovat jeden z prvních symptomů (Groher, Puntil-Sheltman, 2015). Potíže s polykáním zpočátku reprezentuje omezená mobilita jazyka mající vliv na žvýkání a kontrolu nad soustem. Se stoupající viskozitou jídla vzrůstají nároky na svalovou sílu jazyka, jež je zde také oslabena. Proto se postupně začínají vyhýbat jídlům hustší konzistence a vyžadujícím žvýkání. K vytékání či vypadávání jídla z úst dochází v důsledku oslabeného retního uzávěru. Dále je možné zaznamenat omezení posteriorního pohybu kořene jazyka i kontrakcí hltanu. Po polknutí zůstávají v hltanu zbytky sousta a následně mohou být vdechnuty. Současně bývá opožděno i spuštění faryngeální fáze. Po určitou dobu (přibližně 6 – 12 měsíců) profitují z termálně-taktilní stimulace. Dokud osoby s ALS disponují adekvátní ochranou dýchacích cest, může být orální příjem zachován s postupnou úpravou konzistence stravy. Avšak s postupující progresí onemocnění dochází k omezení laryngeální elevace a úplného závěru vchodu dýchacích cest již poté

¹⁶ Financování této doposud největší studie familiární ALS, na které se podílelo více než 80 odborníků z 11 zemí pod vedením J. Landerse, bylo možné díky tzv. ice bucket challenge/kbelíkové výzvě (ALS Association, 2016).

nelze dosáhnout (Logemann, 1998). Daniels (2006) k poruchám polykání typickým pro zasažení kortikobulbárních traktů přidružuje výskyt dysartrie, dysfonie, hypersalivace, atrofie svalů a fascikulací.

Na druhou stranu pokud je více zasažen kortikospinální trakt, příznačnými projevy jsou slabost končetin a spasticita (Daniels, 2006). Dysfagie se objevuje až s odstupem několika let a její povaha je odlišná. Charakterizuje ji omezený pohyb měkkého patra a kontrakce hltanu. Prvním symptomem může být postupná ztráta hmotnosti. Častým jevem je neuvědomování si potíží s polykáním (Logemann, 1998).

2.5 Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc (PD) je dalším z chronických progredujících neurodegenerativních onemocnění. Prevalence se odhaduje na 150 z 100 000 obyvatel a jen vzácně se objevuje před padesátým rokem života. Příčina PD není známa, ale předpokládá se vliv genetických faktorů a faktorů prostředí, případně jejich vzájemná interakce (Macleod, Mumford, 2004). Ačkoli je převážná většina symptomů připisována bazálním gangliím, včetně nedostatku dopaminu ve striatu (především v oblasti putamen), onemocnění primárně zasahuje mozkový kmen odkud se šíří do celého mozku. Hlavní symptomy PD zahrnují bradykinezi či hypokinezi, svalovou rigiditu a nejnápadnějším projevem je obvykle klidový tremor. K těmto diagnostickým kritériím se mnohdy přidává posturální instabilita. Může dojít k přidružení kognitivního deficitu a s rozvojem onemocnění se stále zhoršuje i mluvený projev vlivem hypokinetické dysartrie (Rosenbek, Jones, 2008).

Samotné osoby s Parkinsonovou chorobou nemusí být schopny přesně interpretovat své potíže s polykáním. Na základě metaanalýzy 12 studií by zjištěno, že jedna třetina osob s PD u sebe identifikovala potíže s polykáním, ale více než 80 % osob skutečně vykazovalo příznaky dysfagie (Kalf et al., 2012). Rosenbek a Jones (2008) uvádí, že v průběhu onemocnění se dysfagie objeví téměř u 100 % osob s PD.

Potíže mohou být u osob s PD přítomny ve všech fázích procesu polykání (Logemann, 1998). Pokud si jsou klienti svých obtíží vědomi, často jako první zaznamenávají problém s polykáním medikace. Popisují pocit uvíznutí tablet v krku, případně za sternem. Dysfagie se ale může projevit celou škálou příznaků již od samého počátku. U PD nedochází k nadměrné tvorbě slin, ale zhoršuje se schopnost zvládnutí běžného slinotoku (Rosenbek, Jones, 2008). V orální fázi polykání se mnohdy objevuje typická repetitivní manipulace se soustem. Ve chvíli, kdy jazyk sousto posouvá posteriorně, nedojde k poklesu kořene jazyka a bolus se opět pohybuje vpřed. Tato sekvence předozadního pohybu jazyka se opakuje,

dokud kořen nepoklesne. Jedná se o patognomický příznak PD, jež lze chápat jako projev svalové rigidity (Logemann, 1998).

Někteří klienti se potýkají s opožděným spuštěním faryngeálně fáze polykání. Omezený posteriorní pohyb kořene jazyka a kontrakce hltanu bývají přítomny častěji. V jejich důsledku zůstávají rezidua ve valekulách a piriformních sinech. S rozvojem onemocnění abnormality zasahují i laryngeální svalstvo. Hrtan nedosahuje maximální elevace a uzávěr dýchacích cest není úplný. Aspirace se pak rozvíjí pro nedostatečnou ochranu hrtanu v průběhu polknutí nebo častěji až po polknutí následkem vdechnutí reziduí. Někdy se Parkinsonova choroba pojí s potížemi s horním jícnovým svěračem, jež jsou obvykle spojeny s omezením elevace hrtanu a slabým pohybem stěn hltanu či kořene jazyka. Spousta osob s PD se potýká s klidovým tremorem v oblasti hlavy a krku. Může se týkat dolní čelisti, jazyka, měkkého patra i hrtanu (ibid.).

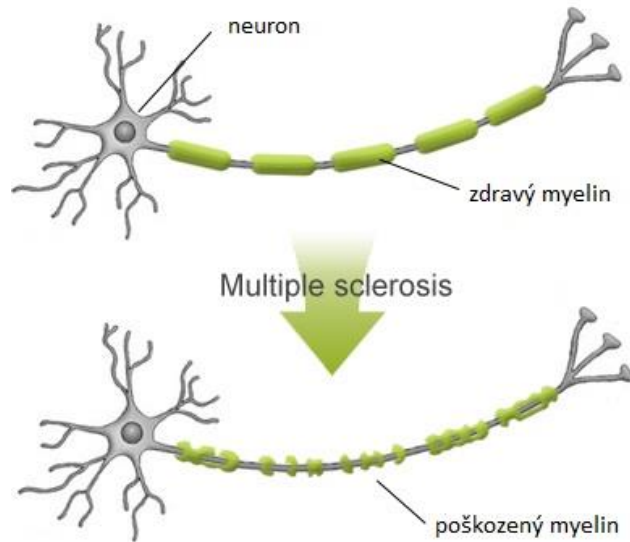
Logemann (1998) doporučuje se započítím terapie polykání u nově diagnostikovaného klienta s PD nebo při změně léků počkat několik týdnů proto, aby se ujasnil jejich vliv na polykání. Účinky medikace při PD na schopnost polykání zatím zůstávají sporné. Existuje několik studií podporující myšlenku příznivého vlivu levodopy¹⁷ na polykání, avšak nepodávají důkaz o konzistentním pozitivním efektu na deglutici jedinců s PD (Melo, Monteiro, 2013). Na druhou stranu v souvislosti s užíváním levodopy byl popsán možný úpadek efektivity polykání projevující se snížením objemu sousta, jež je člověk schopný polknout (Lim et al., 2008).

Osoby s PD obvykle dobře reagují na cvičení zlepšující rozsah pohybů jazyka, rtů či elevace laryngu. Lze také aplikovat některé polykací manévry. Případné přidružené snížení kognitivních schopností v pozdějším stádiu onemocnění obvykle znamená omezení prostředků terapie polykání na kompenzační techniky (Logemann, 1998). Sharkawi et al. (2002) ve své studii dokumentují pozitivní efekt Lee Silverman Voice Therapy na polykání osmi osob s PD. Na základě videofluoroskopického vyšetření před a po měsíční terapii zaznamenali zlepšení pohyblivosti orální části jazyka, jeho kořene, snížení objemu reziduí po polknutí a zrychlení orálního tranzitu.

¹⁷ Levodopa (zkr. L -DOPA) se využívá jako antiparkinsonikum, v těle se přeměňuje na dopamin - pozitivně pak ovlivňuje především bradykinezi a rigidity, tremor už méně (Vokurka, Hugo, 2015).

2.6 Roztroušená skleróza

Podstatou tohoto autoimunitního onemocnění jsou záněty centrální nervové soustavy vedoucí k demyelinizačním procesům, čímž poškozuji bílou hmotu a axony v ní obsažené. Onemocnění obvykle začíná mezi 25. – 30. rokem (Daniels, 2006). Ženy jsou roztroušenou sklerózou (RS) zasaženy častěji. Je popsáno několik forem RS, nejčastější představuje střídání atak nemoci a následných remisí. Za významné etiologické faktory jsou považovány genetické predispozice a faktory prostředí (Macleod, Mumford, 2004). Variabilita příznaků odráží multifokální zasažení centrální nervové soustavy. Diplopie, atrofie zrakového nervu, poruchy čítí, parézy končetin či setřelá artikulace reprezentují jen některé z možných symptomů (Daniels, 2006; Macleod, Mumford, 2004).



Obr. 3: Demyelinizace nervového vlákna

Dysfagie je přítomna u více než jedné třetiny osob s RS, a ačkoliv představuje jeden z potenciálních život ohrožujících faktorů, je jí věnováno pouze minimum pozornosti. Dehydratace a aspirační pneumonie reprezentující možné komplikace poruch polykání byly identifikovány jako časté příčiny úmrtí v pozdějších stádiích RS (Marchese-Ragona et al., 2006). Potíže ve fyziologii polykání mohou vzniknout v důsledku kombinace několika potenciálních faktorů. Mezi ně patří poruchy kortikobulbárních traktů, cerebelární dysfunkce, poškození mozkového kmene, parézy kraniálních nervů nebo deteriorace kognitivních schopností. V případě zasažení mozkového kmene byl popsán silný vztah k vývoji dysfagie, stejně tak i významná korelace mezi závažností RS a výskytem dysfagie (Calcagno et al., 2002).

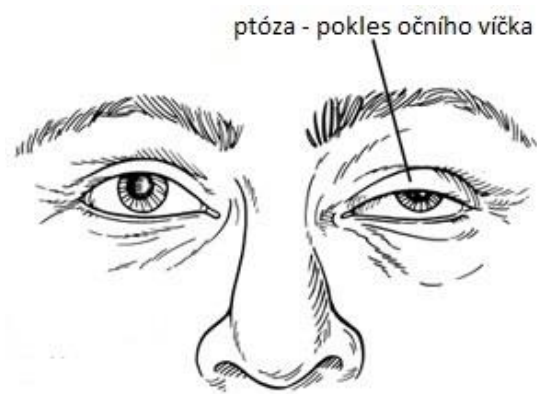
Poruchy polykání u RS jsou charakteristické svou variabilitou. Nejčastěji se potíže manifestují ve faryngeální fázi polykání (Poorjavad et al., 2010), konkrétně opožděným spuštěním polykacího reflexu nebo slabými kontrakcemi hltanu (Logemann, 1998). Calcagno et al. (2002) ve své studii rozdělili 49 pacientů do tří skupin dle závažnosti roztroušené sklerózy. U nejtěžších případů byly přítomny závažné poruchy v orální i faryngeální fázi polykání. Ve středním stupni u několika pacientů identifikovali potíže s pohyblivostí jazyka, rtů, měkkého patra nebo laryngu. Při mírné RS pozorovali narušení lingválních pohybů, pohybů vlny a deficitní uzávěr glottis. Dle Cichero (2006) by měl být každý případ pro značnou symptomatologickou heterogenitu posuzován individuálně. Zdůrazňuje také fakt,

že specifický kolísavý průběh nemoci ovlivňuje i charakter potíží s polykáním, jež mohou být u některých jedinců po určitou dobu pouze přechodné.

Logemann (1998) zmiňuje pozitivní vliv technik pro zlepšení vnímání v dutině ústní (př. termálně-taktilní stimulace) na spuštění faryngeální fáze u osob s RS. Přínos posturálních technik, úpravy konzistence jídla, objemu sousta a rychlosti jeho prezentace uvádí Calcagno et al. (2002). Avšak u osob trpících již závažnou dysfagií kompenzační ani rehabilitační techniky nevedly k obnovení orálního příjmu.

2.7 Myastenia gravis

Myastenia gravis (MG) se řadí mezi autoimunitní onemocnění. Podstatou této neuromuskulární nemoci je poškození na úrovni spojení nervu a svalu. Tělo produkuje protilátky blokující, ničící nebo narušující funkci acetylcholinových receptorů. Důsledkem je progresivní úbytek svalové síly narůstající spolu s opakováním volního pohybu. Po odpočinku dochází k obnově síly. Název nemoci doslova znamená „závažná svalová slabost“. MG postihuje bulbární



Obr. 4: Ptóza u osoby s Myastenií gravis

svalstvo, které je inervováno hlavovými nervy, často jsou zasaženy svaly podílející se na otevírání očních víček, uzávěru čelisti, účastníci se při řeči a polykání. Ovlivňuje také svaly paží, méně často dolních končetin, může způsobit i oslabení dýchacích svalů. Symptomy se obvykle zhoršují ke konci dne. Počátek MG je možný v jakémkoli věku, u mužů většinou po 50. roce, u žen je výskyt hojnější a začátek ranější. Častěji se diagnostikuje u osob s autoimunitním onemocněním v rodinné anamnéze (Miller, Britton, 2011).

Dysfagie u MG vzniká sekundárně v důsledku slabosti svalů obličeje, čelisti, tváře, jazyka nebo faryngu. Oslabení každého z nich může přispívat k obtížím v řeči nebo polykání (Colton-Hudson et al., 2002). Totožně jako další oslabení u MG i dysfagie se zhoršuje ke konci jídla nebo dne. Hladká svalovina, například v jícnu, není onemocněním ovlivněna, proto jsou potíže s polykáním lokalizovány v hltanu a výše (Shoesmith, Nicolle, 2010).

Neexistuje mnoho studií popisujících charakteristické rysy polykání osob s MG. Colton-Hudson et al. (2002) administrovali klinické i videofluoroskopické vyšetření u 20 osob s MG, které registrovaly potíže s polykáním různé závažnosti. V orálně-přípravné fázi mělo 35 % osob potíže s formováním bolusu,

u 10 % materiál zapadl do laterálních sulců. U 65 % orální fáze trvala déle, sousto polykali na vícekrát a s rezidui se potýkalo 80 % vyšetřovaných. Faryngeální fáze byla onemocněním ovlivněna nejvíce. U všech probandů byla její iniciace opožděna, u 85 % identifikovali omezenou retrakci kořene jazyka a rezidua ve valekulách. Z celkového počtu 20 osob 7 aspirovalo, u většiny se jednalo o tichou aspiraci. Obdobný výskyt aspirace u osob s MG uvádí Higo et al. (2005). Z 11 sledovaných osob s koexistující poruchou polykání videofluoroskopie potvrdila aspiraci u necelých 35 % z nich, polovina aspirovala bez kašle. Jejich závěry poukazují na signifikantní korelaci nedostatečné elevace laryngu a výskytu aspirace.

Zhodnocení vlivu svalové slabosti na schopnost polykání je možné při provedení videofluoroskopie před a po jídle pacienta, které trvá přibližně 15 – 20 minut (Logemann, 1998). Medikace užívaná při MG má na polykání obvykle pozitivní vliv. Při terapii není vhodné aplikovat aktivní cvičení, neboť by vzhledem k podstatě onemocnění vedla k dalšímu oslabení a únavě svalů. Pacienti s MG nejvíce profitují z kompenzačních technik (Logemann, 1998; Miller, Britton, 2011). Miller a Britton (2011) uvádějí následující doporučení pro stravování osob s MG:

- jíst v průběhu dne více malých jídel,
- větší jídla jíst v době pocitu největší energie,
- čas jídla by měl korespondovat s dobou maximálního účinku medikace,
- při jídle sedět vzpřímeně, vyhýbat se záklonu hlavy při polykání,
- vyhýbat se velkým soustům jídla a překotnému pití tekutin,
- vyhýbat se suchým, drobným jídlům, jídlům s kousky a vyžadujícím nadměrné žvýkání,
- u některých osob je vhodné se vyvarovat také smíšeným konzistencím,
- udržovat perfektní hygienu v dutině ústní.

2.8 Huntingtonova choroba

Huntingtonova choroba (HD) představuje autozomálně dominantní dědičné onemocnění způsobené mutací HTT genu (huntingtin gene) na 4. chromozomu s průměrným nástupem okolo 40. roku (Myers, 2004). Typické motorické projevy jsou zapříčiněny úbytkem neuronů v bazálních gangliích spolu s nerovnováhou neurotransmiterů. Nepředvídatelné nezáměrné pohyby, označované jako hyperkineze, mohou ovlivňovat jakékoli svalové skupiny a tím interferovat s pohyby záměrnými. Volní pohyby se vyznačují obtížemi v jejich iniciaci, tzv. akinezí, dále hypokinezí a bradykinezí. Kromě motorických potíží dochází ke změnám v kognitivních funkcích, HD je provázena subkortikální demencí. Proměny emočního prožívání jako pokles frustrační tolerance, impulzivita, podrážděnost či nepřiměřené reakce jsou často prvním příznakem, jenž je zaznamenán okolím (Klasner, 2010).

Dysfagie je u osob trpících HD častým problémem. Charakteristické projevy v motorice i snížení kognitivních funkcí ohrožují průběh polykání. Narušena bývá koordinace celého procesu polykání, ale také obvyklá souhra deglutice a respirace (Klasner, 2010). Tato situace nastává například v případě výskytu náhlého nekontrolovaného nádechu v průběhu posunu sousta hltanem. Bolus pak může být snadno nasán do trachey (Rosenbek, Jones, 2008). Dysfagie se může objevit v jakémkoli stádiu progresu onemocnění, v pozdějších stádiích bývá přítomna téměř vždy (Klasner, 2010). Při studii 37 osob s HD byla porucha polykání na základě klinického vyšetření potvrzena u 32,4 %. Závažnost dysfagie korelovala s věkem, trváním onemocnění, narušením motoriky, specificky také s dovedností protruze jazyka, dysartrií a bradykinezi (De Tommaso et al., 2015). Potíže asociované s dysfagií se na základě analýzy pěti studií osob s HD nacházejí především v přípravné, orální a faryngeální fázi polykání. Přípravná fáze je narušována posturální instabilitou, slabou kontrolou nad pohyby jazyka, jídlo je navíc obvykle konzumováno impulzivně a velmi rychle (Heemskerk, Roos, 2011). Rosenbek a Jones (2008) pro poslední ze symptomů užívají pojem tachyfagie. Orální fáze je nekoordinovaná, sousto je polykáno na vícekrát, v dutině ústní zůstávají rezidua. Dušení, kašel a aspirace představují hlavní potíže ve faryngeální fázi (Heemskerk, Roos, 2011).

V raných stádiích onemocnění se při terapii polykání uplatňují zejména kompenzační přístupy, jako užitečné byly prokázány posturální techniky (Kagel, Leopold, 1992). S postupem onemocnění je stále více akcentován zájem o zajištění bezpečného polykání, neboť epizody dušení nejsou ojedinělé. Z toho důvodu by neměli jíst sami a je vhodné, aby si rodina či jiné pečující osoby osvojily Heimlichův manévr (Klasner, 2010).

3 Dysfagie a pobytové sociální služby

3.1 Pobytové sociální služby

Sociální služby jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v § 3 definovány jako: „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. Jejich zásady specifikuje § 2 odst. 2 téhož zákona:

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V praxi rozlišujeme, zda jsou služby poskytovány ambulantní, pobytovou nebo terénní formou. Jednotlivé sociální služby mohou být poskytovány ve více formách. Mezi **pobytové sociální služby** patří dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, azylové domy, domy na půl cesty, krizová pomoc, intervenční centra, služby následné péče, terapeutické komunity a sociální rehabilitace. Z důvodu omezeného rozsahu práce zde stručně charakterizujeme pouze vybrané pobytové služby s nejpravděpodobnějším výskytem dospělých klientů s poruchami polykání.

Klientelu týdenních stacionářů dle zákona o sociálních službách (108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů) tvoří jedinci, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o osoby se zdravotním postižením, chronickým duševním onemocněním či osoby vyššího věku. Již ze samotných názvů - domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48) a domovy pro seniory (§ 49) vyplývá klientela těchto zařízení sociálních služeb potýkající se se sníženou soběstačností. Domovy se zvláštním režimem (§ 50) zaujímají specifické postavení, neboť chod zařízení je přizpůsoben potřebám různorodé klientely. Tu tvoří osoby s různými typy demencí, chronickým duševním onemocněním nebo se závislostí na návykových látkách a současně sníženou soběstačností. Sociální služby mohou být podle § 52

odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, poskytovány také ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče:

„...osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“

3.2 Okruh pracovníků v sociálních službách

Odbornou činnost v sociálních službách podle § 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vykonávají:

- a) sociální pracovníci,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Podrobněji se budeme věnovat předpokladům pro výkon povolání sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a jejich dalšímu vzdělávání.

Sociální pracovník

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v § 109 uvádí pracovní náplň sociálního pracovníka:

„...vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

Předpokladem pro výkon tohoto povolání je podle téhož zákona plná svéprávnost, trestní bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Minimální dosažené vzdělání sociálního pracovníka představuje absolvování vyšší odborné školy v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost.

Vysokoškolské studium v jakémkoli stupni v oborech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku vede taktéž k získání odborné způsobilosti. Povinností zaměstnavatele je zajištění dalšího vzdělávání v minimálním rozsahu 24 hodin za rok a to formou specializačního vzdělávání organizovaného vysokými školami nebo vyššími odbornými školami, prostřednictvím akreditovaných kurzů, účasti na školeních či konferencích (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Pracovník v sociálních službách

Činnosti a předpoklady, včetně odborné způsobilosti, pro výkon této pracovní pozice sumarizuje § 116 odstavec 1 – 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V závislosti na tom, zda pracovník vykonává přímou obslužnou péči v zařízení sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby či základní sociální poradenství, depistáž a další aktivity, je požadováno minimálně základní, popřípadě střední vzdělání s výučním listem. Dále je nutné absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Výjimku tvoří osoby s dosaženým středním vzděláním v oborech stanovených prováděcím předpisem či odbornou způsobilost například k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Obsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Kurz se skládá z obecné a zvláštní části o minimálním rozsahu 150 výukových hodin. Tematické okruhy pro každou část specifikované v prováděcí vyhlášce uvádíme v příloze č. 4. Zvláštní část kurzu činí minimálně 80 hodin. Hodinové dotace jednotlivých témat je možné upravit s přihlédnutím k odbornému zaměření a pracovnímu zařazení účastníků kurzu.

Akreditovaný kvalifikační kurz je třeba absolvovat do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání. Do té doby zaměstnanec vykonává své povolání pod supervizí plně odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Další vzdělávání vymezuje § 116 odst. 9 zákona č. 108/2006 Sb.: *„Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu **nejméně 24 hodin za kalendářní rok**, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci...“*

3.3 Logoped v resortu MPSV

Péče o jedince s narušenou komunikační schopností je v České republice uskutečňována ve třech resortech (Fukanová, 2007):

- ministerstvo zdravotnictví (MZ),
- ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT),
- ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV).

Resortu ministerstva práce a sociálních věcí je ve vztahu k působnosti logopeda v naší literatuře věnováno minimum prostoru. Dle Fukanové (2007) zde může působit logoped, klinický logoped nebo speciální pedagog se zaměřením na logopedii a urdopedii. Kopečný (2014) doplňuje možnost samostatné činnosti logopedického asistenta. Požadavky na kvalifikaci se odvíjí od charakteru práce a typu zařízení. Oproti resortu MZ a MŠMT¹⁸ nezajišťuje ministerstvo práce a sociálních věcí pro logopedy postgraduální vzdělávání (Fukanová, 2007). Legislativně není pozice logopeda v resortu MPSV nijak ukotvena.

Logopedická intervence je v resortu MPSV uplatňována v rámci komplexní rehabilitace. V zařízení sociálních služeb se logoped může setkat s klienty se smyslovým, tělesným, mentálním či kombinovaným postižením. Logopedická diagnostika a následná terapie si dle individuálních možností každého klienta klade za cíl rozvíjet jejich komunikační schopnost. Pokud není možné vystavět verbální komunikaci, logoped uplatňuje systémy alternativní či augmentativní komunikace (Klenková, 2006).

Za posledních dvacet let bylo možné zaznamenat vzrůstající počty logopedů v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum mapující poskytování logopedické intervence v těchto domovech ale stále uvádí **absenci logopedické péče ve více než dvou třetinách zařízení**. Nejčastěji udávaným důvodem byl nedostatek finančních prostředků, následně upřednostňování jiné formy speciálněpedagogické péče, postradatelnost pozice logopeda nebo vysoký věk klientů, což poukazuje na neúplné a nepřesné vnímání záběru současné logopedie (Kopečný, 2012).

Výzkumného šetření zaměřeného na socioprofesi status logopeda v resortu MPSV se zúčastnilo 17 respondentů – logopedů pracujících v sociálních službách. Tři plně souhlasili a šest spíše souhlasilo s tvrzením, že spolupracovníci vnímají jejich pozici jako zbytečnou. Na druhé straně se většina z nich neseťká s negativním názorem na jejich užitečnost. Sedm respondentů má potřebu vysvětlovat ostatním význam pozice logopeda v zařízení, ale zároveň se převaha dotazovaných logopedů cítí svými kolegy respektována. V závěru šetření je navrhováno šíření intenzivní **osvěty** týkající se působení

¹⁸ Asociace logopedů ve školství již potřeby vyhláší tříleté specializační studium pro speciální pedagogy/logopedy ve školství se zahájením v lednu 2017 (Asociace logopedů ve školství, 2008).

logopedů v resortu ministerstva práce a sociálních věcí, která by mohla vést k upevnění pozice logopeda a pochopení odůvodněnosti logopedické intervence v tomto resortu. Další bod zahrnuje doporučení častějšího začlenění témat speciální pedagogiky a narušené komunikační schopnosti do celoživotního vzdělávání vedoucích i ostatních pracovníků v sociálních službách. Jako vhodná se jeví také **prezentace tzv. příkladů dobré praxe** ze zařízení s již zavedenou logopedickou péčí o klienty (Kopečný, 2014).

V České republice lze za uplynulých deset let vysledovat vzrůstající počet domovů pro seniory (dále jen domovů) poskytujících logopedickou péči (Kopečný, 2013). Ze 156 oslovených domovů poskytuje logopedickou intervenci 25, tj. 16 %. Pozici logopeda vedoucí pracovníci ve 41 % odůvodnili vědomím značného výskytu narušené komunikační schopnosti u seniorů, pro 19 % přítomnost logopeda znamená zvýšení prestiže domova, v 15 % pozice vznikla v důsledku doporučení kolegy, 11 % se inspirovalo jinými domovy (Kopečný, Klenková 2012). Necelou polovinu logopedů v domovech tvoří především kliničtí logopedi nebo logopedi vykonávající dobrovolnou činnost. Z hlediska věkového rozložení klientely čtvrtina logopedů uvedla, že pracuje s osobami ve věku dospělosti (27 – 64 let). Necelá polovina poskytuje intervenci klientům ve věku mladšího stáří (65 – 79 let) a téměř třetina klientům nad 80 let (Kopečný, 2013).

3.4 Dysfagie v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem

Výskyt osob s poruchami polykání, možnosti a specifika intervence významně varují v závislosti na tom, zda jde o nemocnici, rehabilitační ústav, lázně nebo zařízení sociálních služeb. V Portugalsku se výzkumu zabývajících se **prevalencí poruch polykání v domovech pro seniory** zúčastnilo 266 respondentů. 43 % uvedlo potíže se stravováním. U všech byla mimo jiné realizována subjektivní diagnostika pomocí Dysphagia Self-Testu (DST), screeningový test polykání vody¹⁹ a Mini Mental State Examination (MMSE). Na základě DST byly potíže asociované s dysfagií přítomny u 40 % rezidentů domovů pro seniory. Test polykání vody označil 38 % osob za rizikové. Subjektivní hodnocení potíží významně korelovalo s výsledky screeningu. Autoři navrhuji zahrnutí subjektivního zhodnocení potíží do tradiční diagnostiky poruch polykání v domovech pro seniory, avšak nemělo by být jediným nebo hlavním hodnotícím nástrojem z důvodu významného vlivu úrovně kognitivních schopností (Nogueira, Reis, 2013). Jiné výzkumné šetření realizované v domovech pro seniory v Jižní Korei, na kterém participovalo 395 klientů, identifikovalo na základě screeningového testu GUSS dysfagii u více než 50 % z nich (Park et al., 2013).

¹⁹ úkolem je najednou vypít 3 unce (necelých 90 ml) vody, ti, kteří pití přeruší, začnou kašlat, dusit se, mají následně vlhký, chraplavý hlas, jsou považováni ve vztahu k dysfagii za rizikové (Nogueira, Reis, 2013)

I za předpokládu ideálních podmínek vyjádřených existující pozicí logopeda v domově pro seniory/domově se zvláštním režimem tato zařízení z hlediska managementu dysfagie představují výzvu. Logemann (1998) ji spatřuje v omezené dostupnosti diagnostických metod nutných pro zhodnocení fyziologie polykání u konkrétní osoby mající s polykáním potíže. Terapie nepodložená přístrojovým vyšetřením může být zacílena nepřesně, z toho důvodu by pro klienta mohla potenciálně představovat i riziko. Významným zdrojem informací je samotné chování spojené s jídlem. Jeho zhodnocení lze včlenit do klinického vyšetření pouze, pokud orální příjem nevystavuje klienta nepřiměřenému riziku. Je vhodné pozorovat klienta při stravování, tím je možné identifikovat chování, jež by mohlo interferovat s příjmem potravy. Specificky u klientů s demencí se sleduje, zda jsou schopni se stravovat samostatně, jak manipulují s příbory. V případě, že jsou krmeni, pozoruje se jejich reakce na jídlo, čas potřebný akceptaci sousta do úst, k polknutí jednoho sousta. Kromě uvedeného je dobré si všimnout přítomnosti únavy, rozsahu pozornosti ve vztahu ke stravování, vědomí jídla v ústech a případných typických orálních manipulací s jídlem.

Ve výše uvedených zařízeních sociálních služeb je vždy nezbytná **interakce mezi logopedem a personálem**, který zajišťuje stravování klientů. Logoped by jim měl poskytovat supervizi a instruovat je o vhodném přístupu ke stravování, případně krmení jednotlivých klientů. Personál by měl následovat doporučení týkající se typu stravy, načasování a trvání jídla, způsobu krmení a vhodné pozice pro stravování. Logoped by se navíc měl ujmout kontinuálního vzdělávání spolupracovníků v této oblasti. Je potřeba, aby znali možná rizika spojená s dysfagií. Měli by pochopit, že v kontextu poruch polykání jakékoli nakrmení klienta (bez ohledu na jeho bezpečnost) není k jeho prospěchu, naopak jej může vystavit riziku (Logemann, 1998).

Jiný případ představují pobytové sociální služby, ve kterých **pozice logopeda není zřízena** a ani zde nedochází. Obdobně jako v Korei, kde je logoped také málokdy součástí týmu pracovníků, stojí v čele managementu poruch polykání zdravotní sestry. Problémem je pak především chybějící algoritmus péče o klienty s dysfagií, jenž by měl zhodnotit přítomnost poruchy polykání a vést k vhodné intervenci (Park et al., 2015b). Tyto protokoly již byly sestaveny pro péči o pacienty v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě, nelze je však aplikovat na dlouhodobou institucionální péči z těchto důvodů (Bang, Park, 2013):

- vyžadují multidisciplinární přístup,
- počítají s využitím přístrojového vybavení (např. VFSS),
- zaměřují se na prevenci aspirace,
- vyvinuté specificky pro celkové zotavení se po cévní mozkové příhodě.

Požadovaný protokol managementu dysfagie v podmínkách zařízení dlouhodobé péče by měl vést k časně detekci obtíží – k prevenci aspirace a deteriorace schopnosti polykání. Musí být krátký, jeho implementace jednoduchá s možností rychlé interpretace výsledků (Park et al., 2015b). Park et al. (2015b) vytvořili evidence-based protokol (Evidence-Based Nursing Care Algorithm of Dysphagia - ENCAD) splňující výše uvedená kritéria a aplikovali jej u 40 klientů domova pro seniory. Po šesti měsících byl patrný signifikantní úbytek rizika aspirace i nárůst kvality života v souvislosti s poruchou polykání.

Dysfagie vyskytující se u klientů domovů pro seniory bývají převážně chronického charakteru narozdíl od poruch polykání v akutním stádiu po cévní mozkové příhodě, u kterých je vysoká pravděpodobnost zotavení. Management dysfagie je zde vymezen **menšími finančními možnostmi, často nedostatečným personálním zabezpečením či zaměstnanci bez adekvátního vzdělání** (Park et al., 2015b). Personál je v domovech pro seniory obvykle tvořen pouze několika zdravotními sestrami. Větší část zaměstnanců představují v naší terminologii pracovníci v sociálních službách, kteří ač jsou obvykle zodpovědní za krmení klientů, mnohdy mají v oblasti poruch polykání minimální formální trénink nebo jej zcela postrádají (O’Loughlin, Shanley, 1998). Klienti vyžadující asistenci při stravování pak mohou být krmeni nevhodným způsobem. Může se objevit nátlak ze strany personálu z důvodu neznalosti problematiky a současného vědomí omezeného času, ve kterém musí zajistit stravování mnoha klientů (Langmore et al., 1998).

V roce 2013 inicioval veřejný ochránce práv neohlášené dvou až tří denní návštěvy ve 14 pobytových zařízeních sociálních služeb v České republice. Jednalo se o domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Šetření mapující zacházení se seniory v institucionálních zařízeních se vždy účastnil i externí konzultant – zdravotník. Ve vztahu k poruchám polykání jsou cenná zjištění týkající se prevence malnutrice. V několika zařízeních systematicky nesledovali hmotnost klientů, případně hmotnost sledována byla, ale při jejím poklesu nedošlo k přijetí žádných opatření. Další oblast představují záznamy o příjmu stravy a tekutin. Je důležité vymežit, u kterých klientů má být příjem sledován. Také by měla být stanovena požadovaná objektivizovaná forma záznamu (např. snědl polovinu porce). Pokud byl příjem potravy a tekutin monitorován, tyto informace se často předávaly pouze ústně. Navíc mnohdy užívaná forma záznamu „jedl málo, dvakrát se napil“ nemá vypovídající hodnotu. U klientů, kteří z důvodu potíží s polykáním vyžadovali mechanickou úpravu stravy, byl sledován její vzhled. Jednotlivé složky pokrmů je vhodné modifikovat zvlášť a oddělit tak, aby klient dostal příležitost sníst alespoň část podávaného jídla. Současně při mixování celého pokrmu dohromady vzniká nevzhledná směs, jež ani v nejmenším neodpovídá snaze o zachování atraktivitu jídla. Ve čtyřech zařízeních bylo toto mixování přílohy s masem běžnou praxí, někde do směsi přidávali i polévku. V několika případech bylo kritizováno příliš rychlé podávání jídla klientům vyžadujících pomoc se stravováním. Předním

tématem odrážejícím se v péči o seniory v těchto zařízeních je potřeba dostatečného personálního zajištění, pouze tak je možné zajistit péči vycházející z individuálních potřeb klientů. V opačném případě je péče přizpůsobena možnostem personálu (Veřejný ochránce práv, 2015).

Ve Spojených státech amerických byl realizován výzkum zaměřený na průběh krmení klientů domovů pro seniory a vědomosti certifikovaných ošetřovatelů v oblasti dysfagie. Občas byly zaznamenány diskrepance mezi znalostmi a jejich aplikací při krmení klientů. Tento jev reprezentuje případ, kdy všech 20 participantů uvedlo správnou polohu pro stravování, avšak pouze v 71 % případů došlo k její aplikaci při krmení klientů. Převládající vzorec ale poukázal na neadekvátní znalost problematiky certifikovanými ošetřovateli, která se promítá do nesprávných strategií při krmení. Tento závěr je konzistentní s předchozími studiemi. Lepší znalosti vykazovali v rutinních úkolech jako příprava a umístění podnosu s jídlem, identifikace základních symptomů dysfagie. Nedostatek vědomostí se týkal především neznalosti technik vhodných pro krmení klientů s dysfagií a netypickým chováním při jídle. Realizované postupy často vycházely z kolektivních znalostí, které si předávali mezi kolegy, a nebyly založené na důkazech. Z toho důvodu je lze považovat za nevhodné, mohly klienty vystavovat riziku (Pelletier, 2004).

Myšlenka potřeby vyškolení ošetřujícího personálu v konkrétních postupech tak, aby byli schopni rozpoznat potíže s polykáním, vést jejich základní management v podmínkách domova pro seniory a vědět, kdy se obrátit na logopeda není nová. Například **komplexní školící program „Swallowing...On plate“** (SOAP) vytvořili ve Vzdělávacím a výzkumném centru stárnutí v Austrálii již před více než dvaceti lety (O'Loughlin, Shanley, 1998). American Speech-Language-Hearing Association na svých webových stránkách nabízí ke koupi přibližně třicetiminutové **video určené pro edukaci** personálu krmícího klienty i pro rodinné příslušníky osob s dysfagií. DVD podává přehled běžně užívaných technik krmení, umožňuje posouzení dobrých a špatných postupů a mimo jiné také objasnit mylné představy o dané problematice (ASHA Store, 2017).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Analýza možností přístupu k dospělým klientům v podmínkách pobytových sociálních služeb

Ve vztahu k dospělým klientům s poruchami polykání, jejichž výskyt je dle zahraničních studií nezanedbatelný, představují pobytové sociální služby specifické prostředí. Logopedická intervence zde bývá, jak uvádí Kopečný a Klenková (2012), poskytována spíše sporadicky, z toho důvodu se do čela managementu poruch polykání dostává samotný ošetřovatelský personál (Park et al, 2015b). V České republice se na přímé péči o klienty v sociálních službách kromě zdravotních sester podílejí převážně pracovníci v sociálních službách. A právě proto se tato práce zaměřuje především na jejich orientaci v problematice dysfagií. Dále se také zabývá možnostmi ovlivnění jejich přístupu ke klientům s dysfagií prostřednictvím vytvořeného audiovizuálního edukačního materiálu.

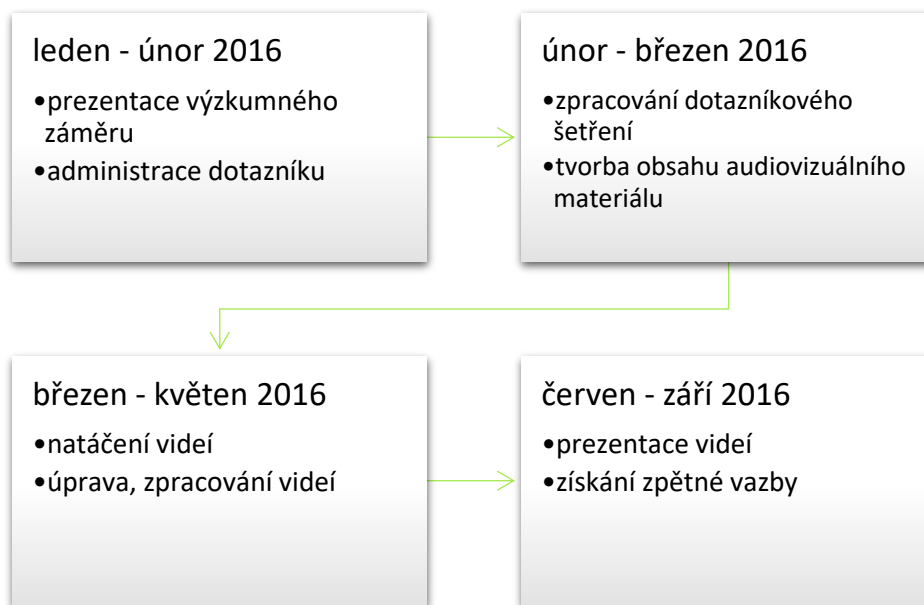
4.1 Metodologie a cíle výzkumného šetření

Empirická část práce reprezentuje *kvantitativní* typ výzkumného šetření. Celé šetření se sestávalo ze dvou fází. Výzkumný vzorek všech částí výzkumu představovali pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, nutriční terapeut a sociální pracovníci tří domovů pro seniory a jednoho domova se zvláštním režimem. Polovina pobytových zařízení sociálních služeb se nachází v okrese Opava, zbylá polovina v okrese Ostrava-město. V první fázi výzkumný vzorek N1 tvořilo 70 respondentů., ve druhé fázi se výzkumný soubor N2 skládal z 69 respondentů.

V rámci *pilotáže* bylo prostřednictvím emailových adres v listopadu 2015 osloveno vedení 12 domovů pro seniory a 7 domovů se zvláštním režimem (dále jen domovů) v okresech Opava a Ostrava-město. Účelem bylo zjistit, zda se s problematikou poruch polykání u svých klientů setkávají a měli by proto potenciální zájem o rozšíření znalostí personálu v této oblasti. Odpovědi jsme obdrželi ze čtyř zařízení, které se rozhodly na výzkumném šetření participovat. Koncept práce byl dále upraven na základě podnětů těchto institucí. V lednu a únoru 2016 proběhla osobní setkání s vedením domovů, případně vedoucí přímé péče nebo nutričním terapeutem, kde byl přednesen finální koncept práce a vymezeny podmínky spolupráce.

V obou fázích výzkumného šetření byly využity *dotazníky* vlastní konstrukce sestavené na základě prostudování odborné literatury a konzultací s klinickou logopedkou. První dotazník zjišťující úroveň znalostí a orientaci v problematice dysfagií se skládal z 16 položek a obsahoval otevřené i uzavřené otázky (příloha č. 5). Jeho administrace proběhla v každém z domovů formou osobního setkání s personálem, který byl zároveň autorkou seznámen s účelem a plánovaným průběhem šetření.

Na základě analýzy odpovědí ilustrujících vědomosti personálu, studia odborné literatury a konzultací došlo k vytvoření obsahové náplně edukačního materiálu audiovizuální povahy. Hotový edukační materiál představoval jádro každého školení, které autorka následně v jednotlivých domovech realizovala. Okamžitou subjektivní zpětnou vazbu od přítomného personálu zprostředkoval druhý dotazník o 5 uzavřených položkách s prostorem pro vlastní komentář (příloha č. 6). Personál přímé péče, který se nemohl prezentace zúčastnit, byl s audiovizuálním materiálem seznámen později. Každé zařízení obdrželo vlastní kopii videí.



Obr. 5: Časový harmonogram realizace výzkumného šetření

Dotazníky mapující vědomosti personálu pobytových sociálních služeb obsahovaly deset položek, jimž bylo přiřazeno bodové ohodnocení. Maximálně bylo možné získat 26 bodů. Hodnocení jednotlivých odpovědí i celkové výsledky domovů vyplývající z bodového součtu byly zaneseny do tabulek Microsoft Office Excel 2013. Také údaje ze zpětnovazebného dotazníku byly přehledně zaznamenány do tabulek. Získaná data byla statisticky zpracována pomocí Studentova t-testu. Po zpracování výsledků šetření byly zodpovězeny výzkumné otázky.

Cílem diplomové práce je *zmapovat aktuální situaci ve vybraných pobytových sociálních službách týkající se orientace personálu v problematice poruch polykání a přístupu ke klientům s dysfagií. Na základě těchto zjištění dále vytvořit edukační materiál, který by jim tuto oblast přiblížil, zpřístupnil a mohl představovat bázi pro práci s touto specifickou klientelou.* Kromě hlavního cíle si výzkumné šetření klade také **cíle parciální**, které zjišťují:

- obeznámenost personálu v pobytových sociálních službách s pojmem dysfagie,
- zda se personál v pobytových sociálních službách setkává s klienty s dysfagií, jejich procentuální zastoupení,
- subjektivní pocit informovanosti personálu v pobytových sociálních službách o problematice dysfagií,
- zájem personálu v pobytových sociálních službách o informace týkající se dysfagií,
- míru naplnění očekávání po zhlédnutí audiovizuálního edukačního materiálu,
- subjektivní míru užitečnosti vytvořeného audiovizuálního edukačního materiálu,
- úplnost a srozumitelnost vytvořeného audiovizuálního edukačního materiálu,

V návaznosti na hlavní a parciální cíle výzkumného šetření byly zformulovány následující **výzkumné otázky**:

- Považují zdravotní sestry své vědomosti z oblasti poruch polykání za signifikantně vyšší, než je považují pracovníci v sociálních službách?
- Dosáhnou zdravotní sestry signifikantně lepších výsledků než pracovníci v sociálních službách?
- Mají pracovníci v sociálních službách zájem o rozšíření svých znalostí v oblasti poruch polykání?
- Bude vytvořený audiovizuální materiál považován pracovníky v pobytových sociálních službách za užitečný?

4.2 Výzkumný vzorek

Při sestavování výzkumného vzorku byla uplatněna metoda záměrného výběru. Z celkového počtu²⁰ 25 domovů pro seniory a 17 domovů se zvláštním režimem v okresech Opava a Ostrava-město bylo osloveno 12 domovů pro seniory a 7 domovů se zvláštním režimem. Spolupráci potvrdila 4 zařízení (21,1 % základního souboru).

Domov sv. Zdislavy, jehož zřizovatelem je Kongregace Dcer Božské Lásky, je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů domovem pro seniory nacházející se v klidné lokalitě města Opavy. Jedná se o pobytovou službu s kapacitou 22 uživatelů, která je určena osobám nad 65 let vyžadujícím pomoc při péči o vlastní osobu. Jejím posláním je vytvářet zařízení rodinného typu, kde je akcentována snaha o tvorbu podmínek zachovávající „normální“ styl života (Domov sv. Zdislavy, 2016). Z hlediska personálního zajištění se na přímé péči o klienty podílí 3 zdravotní sestry

²⁰ data získána z Registru poskytovatelů sociálních služeb <http://iregistr.mpsv.cz/>

a 8 pracovníků v sociálních službách. V domově je taktéž jeden sociální pracovník. Účast zaměstnanců na výzkumném šetření mapuje tab. 5.

	Prvotní dotazník	Zpětná vazba
Zdravotní sestry (3)	3	1
Pracovníci v sociálních službách (8)	8	5
Sociální pracovníci (1)	1	1

Tab. 5: Domov sv. Zdislavy - účast pracovníků na výzkumném šetření

Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov leží v obci Slavkov 3 km vzdálené od statutárního města Opava. Poskytuje seniorům celoroční pobytovou sociální službu v důstojném prostředí a přátelské atmosféře v domově s menší kapacitou – 32 míst. Důraz je kladen na individualizovanou podporu uživatelů, aktivní využívání volného času prostřednictvím společenských a kulturních akcí (Seniorcentrum Slavkov, 2017). V zařízení jsou zaměstnány 4 všeobecné sestry, 9 pracovníků v sociálních službách a 1 sociální pracovník. Shrnutí účasti pracovníků na výzkumném šetření uvádí tab. 6.

	Prvotní dotazník	Zpětná vazba
Zdravotní sestry (4)	4	4
Pracovníci v sociálních službách (9)	9	9
Sociální pracovníci (1)	0	1

Tab. 6: Domov pro seniory Seniorcentrum - účast pracovníků na výzkumném šetření

V městské části Slezská Ostrava sídlí Domov pro seniory Kamenec poskytující nepřetržitou pobytovou službu osobám se sníženou soběstačností a to zejména z důvodu věku. Toto zařízení má celkovou kapacitu 197 míst a je nositelem certifikátu Značka kvality v sociálních službách. Důraz je kladen na aktivizaci a seberealizaci uživatelů, což ilustruje široká škála volnočasových, zájmových aktivit i aktivizačních činností (Domov pro seniory Kamenec, 2017). Přímou péči v domově poskytuje 74 pracovníků v sociálních službách a 14 všeobecných sester. Je zde zaměstnáno 7 sociálních pracovníků a nutriční terapeut. Přehled participace jednotlivých skupin zaměstnanců na výzkumném šetření je znázorněn v tab. 7.

	Prvotní dotazník	Zpětná vazba
Zdravotní sestry (14)	11	4
Pracovníci v sociálních službách (74)	16	19
Sociální pracovníci (7)	1	2
Nutriční terapeut (1)	0	1

Tab. 7: Domov pro seniory Kamenec - účast pracovníků na výzkumném šetření

Domov Magnolie nacházející se v Ostravě-Vítkovicích reprezentuje jediný domov se zvláštním režimem ve zkoumaném souboru. Posláním domova je poskytování sociální služby ženám od 27 let, jež onemocněly demencí a ztratily schopnost pečovat o svou osobu. Služba je poskytována takovým způsobem, aby se uživatelky cítily bezpečně a byl jim umožněn důstojný a spokojený život. Zařízení disponuje kapacitou 73 míst, která se vnitřně člení do tří úseků - „ulic“ (Meruňková, Žlutá, Zelená), které jsou dle svých názvů pro lepší orientaci uživatelky barevně odlišeny. Důležitou součástí života v domově je možnost zúčastňovat se aktivizačních a zájmových činností v denní místnosti nebo dílně (Domov Magnolie, 2016). O klientky Domova Magnolie se stará 34 pracovníků v sociálních službách, 5 všeobecných sester a 3 sociální pracovníci. Jejich aktivitu na výzkumném šetření shrnuje tab. 8.

	Prvotní dotazník	Zpětná vazba
Zdravotní sestry (5) ²¹	3	5
Pracovníci v sociálních službách (34)	12	15
Sociální pracovníci (3) ²²	2	2
Nutriční terapeut (1)	0	0

Tab. 8: Domov Magnolie - účast pracovníků na výzkumném šetření

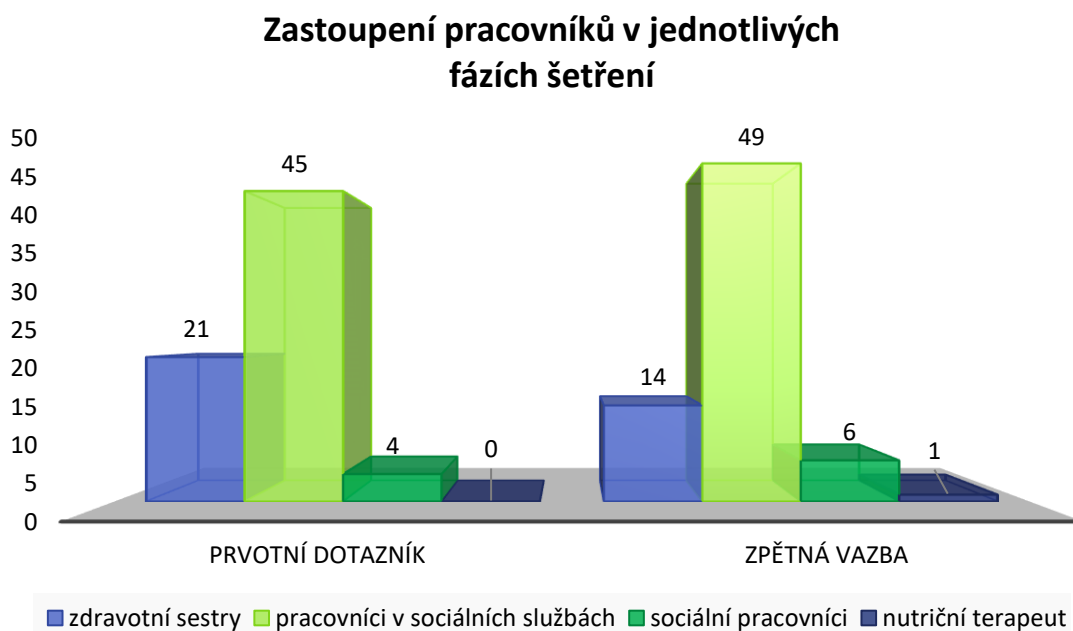
Vzhledem k nepřetržitému 24hodinovému provozu domovů pro seniory a domova se zvláštním režimem nebylo vždy možné zajistit plnou účast personálu. Tento faktor se také podílel na organizaci celého šetření. Z toho důvodu nebylo v našich silách, aby na obou fázích šetření participovali totožní zaměstnanci. Také vzhledem k rozsáhlejšímu časovému rozložení celého šetření, v některých zařízeních spolupráce trvala i třičtvrtě roku, docházelo k prostřídání zaměstnanců v rámci jednotlivých

²¹ k lednu 2016 zde pracovalo 6 zdravotních sester

²² k lednu 2016 zde pracovali 4 sociální pracovníci

pobytových sociálních služeb. Proto ne všichni, kteří se účastnili první části výzkumu, participovali i ve druhé části.

Pilotní dotazník zjišťující orientaci personálu v problematice dysfagie vyplnilo 70 respondentů (N1 = 70). Zpětnou vazbu následující po prezentaci edukačního audiovizuálního materiálu poskytlo 69 pracovníků (N2 = 69). Zastoupení jednotlivých profesí v obou fázích šetření ilustruje následující graf.



Graf 1: Zastoupení pracovníků v jednotlivých fázích šetření

4.3 Charakteristika audiovizuálního materiálu

Volba tvorby edukačního materiálu v této multimediální podobě vycházela z vědomí jeho absence v České republice a současně větší názornosti, srozumitelnosti a atraktivity pro cílové skupiny. Pro účely této práce byl materiál využit a prezentován personálu v pobytových sociálních službách. Jeho možnou aplikaci ale spatřujeme také při výuce na středních zdravotnických či vysokých školách či pro osvětlení problematiky rodinným příslušníkům osob s dysfagií. Vytvořená videa jsou volně dostupná na webové adrese <http://dysfagie.eu> pod záložkou „videa“.

Audiovizuální materiál má podobu 7 krátkých videí, jejichž souhrnné trvání nepřesahuje 25 minut. Každé z videí je zaměřeno na specifickou oblast problematiky poruch polykání. Jsou zde zařazena videa ryze teoretická, neboť se domníváme, že u dysfagií je kupříkladu znalost fyziologie polykání pro následné pochopení patologie nezbytná. Prakticky založená videa se vztahují zejména k oblasti,

kterou ošetřovatelský personál, rodina nebo jiné pečující osoby mohou ovlivnit nejvíce – stravování osob s dysfagií.

Všechny osoby vystupující ve videích podpisem informovavého souhlasu (příloha č. 7) souhlasily se svou účastí a také s dalším využitím audiovizuálního materiálu ke vzdělávacím účelům.

První video objasňuje a definuje pojem dysfagie. Zmiňuje také členění dysfagie dle lokalizace potíží na orofaryngeální a esofageální. Vyjadřuje se k prevalenci poruch polykání u různých skupin obyvatel – u osob po cévní mozkové příhodě, jedinců s demencí nebo obyvatel domovů pro seniory. Následuje výčet typických projevů při dysfagii. *Druhé video* je zaměřeno na základní informace o anatomii a fyziologii polykání. Na jeho počátku je akcentována komplikovanost celého procesu, jenž však pro intaktního člověka představuje každodenní děj, kterému příliš nevěnuje pozornost. Následně jsou jmenovány fáze polykání, jejichž fyziologický průběh znázorňuje 3D animace. Každá z fází je stručně charakterizována. Fyziologie je poté vystřídána vybranými variantami patologického průběhu deglutice. Animaci pro potřeby této práce a pro následné vzdělávací účely poskytla společnost ONEONETWO Media. Pro zdůraznění závažnosti problematiky poruch polykání se celé následující video věnuje možným důsledkům dysfagie. Je zmíněna nižší kvalita života v souvislosti s dysfagií, nebezpečí malnutrice, dehydratace, možný výskyt zánětů dýchacích cest i úmrtí z důvodu aspirace. Průběh aspirace zde znázorňuje vložené video z videofluoroskopického vyšetření. *Čtvrté video* zpočátku ilustruje nevhodný průběh krmení klientů s dysfagií. Ten je posléze vystřídán vhodnými postupy při stravování, jež jsou rozděleny do tří kategorií. Nejprve jsou prezentovány zásady, které by měly být uplatňovány před jídlem, dále v jeho průběhu a nakonec po jídle. Úpravu jídla a pití popisuje *páté video*. Je zde zdůvodněno zahušťování tekutin spolu se skupinami obtíží, u nichž se používá nejčastěji. Zmíněna je také modifikace konzistence jídel, neboť představuje jednu z nejvyužívanějších kompenzačních technik. Dále jsou jmenovány jednotlivé typy nevhodných potravin při dysfagii s příklady u každé kategorie. V závěru prezentujeme některé z pomůcek určených specificky pro stravování osob s dysfagií (hrníček, lžička). *Šesté video* pod názvem „není dysfagie jako dysfagie“ prezentuje několik etiologicky odlišných typů poruch polykání. U dysfagie na podkladě Alzheimerovy choroby jsou uvedeny typické projevy – agnozie pro jídlo, taktilní agnózie v ústech a apraxie. V návaznosti na tyto často se vyskytující symptomy je doporučována aplikace technik ke zlepšení vnímání v dutině ústní. Ve videu jsou jednotlivé techniky stručně charakterizovány. Kromě neurogenních dysfagií video zmiňuje poruchy polykání při nádorových onemocněních hlavy a krku či při onemocněních jícnu. Poslední *sedmé video* obsahuje návody na několik cvičení pro zlepšení síly, rozsahu pohybu a koordinace svalů při polykání. Cvičení jsou zaměřena na oblast rtů, tváří, dolní čelisti, jazyka, na uzávěr dýchacích cest, zlepšení pohyblivosti jazyky a hrtanu. Následně jsou především pro studijní účely charakterizovány některé z polykacích manévřů.

4.4 Vlastní šetření

ANALÝZA PRVNÍ FÁZE ŠETŘENÍ

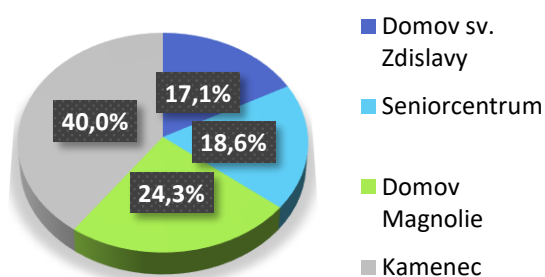
Počty respondentů v jednotlivých zařízeních pobytových sociálních služeb

	Domov sv. Zdislavy	Seniorcentrum Slavkov	Domov Magnolie	Domov pro seniory Kamenec	Zastoupení profesí
Zdravotní sestry	3	4	3	11	21
Pracovníci v sociálních službách	8	9	12	16	45
Sociální pracovníci	1	0	2	1	4
Zastoupení domovů	12	13	17	28	70

Tab. 9: Počty respondentů v jednotlivých zařízeních pobytových sociálních služeb

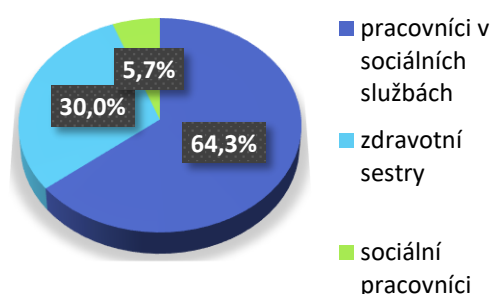
Největší početní zastoupení měl v dotazníkovém šetření Domov pro seniory Kamenec s celkovým počtem 28 respondentů (40 %), poté následoval Domov Magnolie se 17 respondenty (24,3 %). V Domově pro seniory Seniorcentrum Slavkov dotazník vyplnilo 13 pracovníků (18,6 %). Nejmenší počet – 12 zaměstnanců (17,1 %) reprezentoval Domov sv. Zdislavy. Z hlediska profese tvořili největší část výzkumného vzorku (N1) pracovníci v sociálních službách, což odpovídá reálné skladbě personálu v pobytových sociálních službách. Administrace dotazníku se zúčastnilo 45 pracovníků v sociálních službách (64,3 %), 21 zdravotních sester (30 %) a vyplnili jej také 4 sociální pracovníci (5,7 %).

Respondenti dle jednotlivých zařízení



Graf 2: Respondenti dle jednotlivých zařízení

Profesní rozložení respondentů



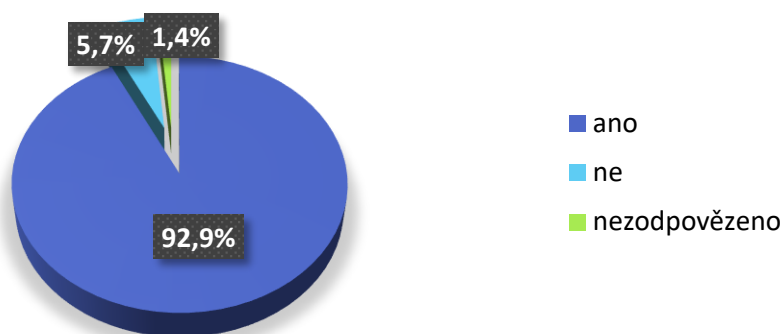
Graf 3: Profesní rozložení respondentů

A) Nebodovaná část dotazníku

Pojem dysfagie

Na otázku, zda jsou respondenti obeznámeni s pojmem „dysfagie“, 92,9 % poskytlo kladnou odpověď. Pouze 5,7 %, jednalo se 4 pracovníky v sociálních službách, uvedlo, že daný termín neznalo. Jeden respondent (1,4 %) na otázku neodpověděl.

Znáte pojem dysfagie?

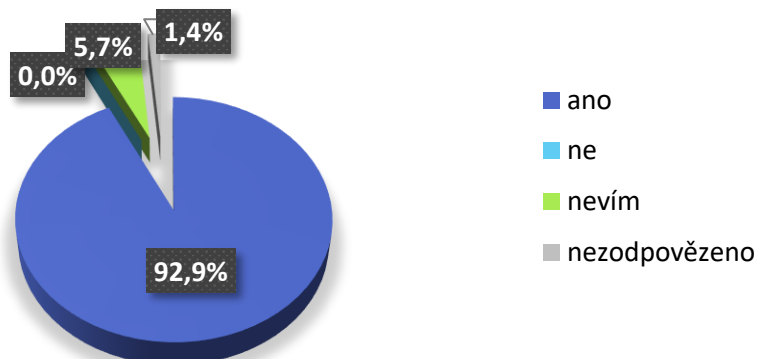


Graf 4: Znalost pojmu dysfagie

Klienti s dysfagií v zařízení

Při subjektivním zhodnocení přítomnosti klientů s poruchami polykání se personál v 92,9 % vyjádřil, že se s touto klientelou na pracovišti setkává. 5,7 % nedokázalo tuto otázku vyhodnotit a označilo odpověď „nevím“. Položka zůstala nezodpovězena v jednom případě (1,4 %). Ani jeden z respondentů nevěděl, že by s touto klientelou při práci nepřišel do kontaktu.

Setkáváte se na pracovišti s klienty s dysfagií?

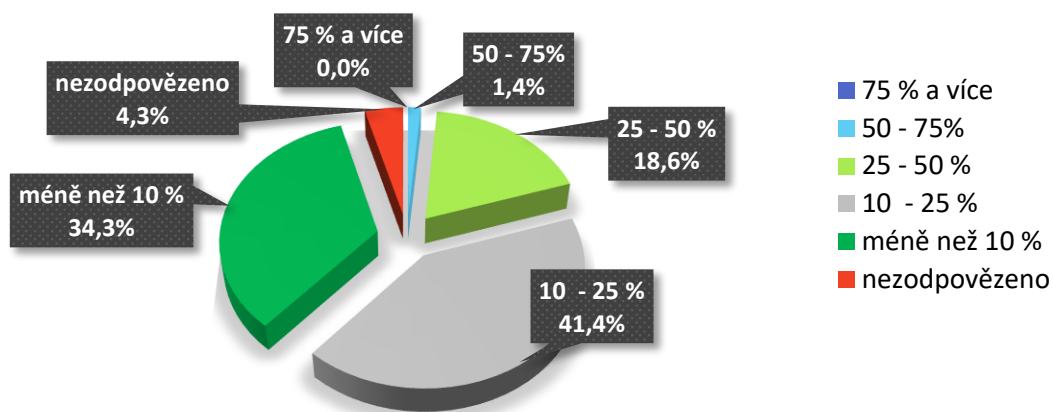


Graf 5: Přítomnost klientů s dysfagií v zařízení

Odhad počtu klientů s dysfagií na pracovišti

Ve výzkumném šetření jsme dále zjišťovali jaký je odhad personálu ve vztahu k přítomnosti těchto klientů za předpokladu, že se s nimi na pracovišti setkává. Nejvyšší počet zaměstnanců (29; 41,4 %) se shodl na přítomnosti dysfagie u 10 – 25 % klientů v zařízení. Následovalo tvrzení s méně než 10% výskytem této skupiny osob v pobytové službě, které zvolilo 24 respondentů (34,3 %). 13 pracovníků (18,6 %) odhadovalo počty uživatelů v zařízení na 25 – 50 %. Variantu 50 – 75 % zvolil pouze jeden respondent. Tři osoby otázku nezodpověděly. Možnost vyššího než $\frac{3}{4}$ výskytu osob s dysfagií na pracovišti nevybral nikdo. Odhad personálu byl velmi různorodý. Hojně zastoupení širšího spektra možností mohlo poukazovat na nepřesné vnímání termínu „dysfagie/klient s dysfagií“.

Přibližně jaké procento tvoří klienti s dysfagií ve Vašem zařízení?

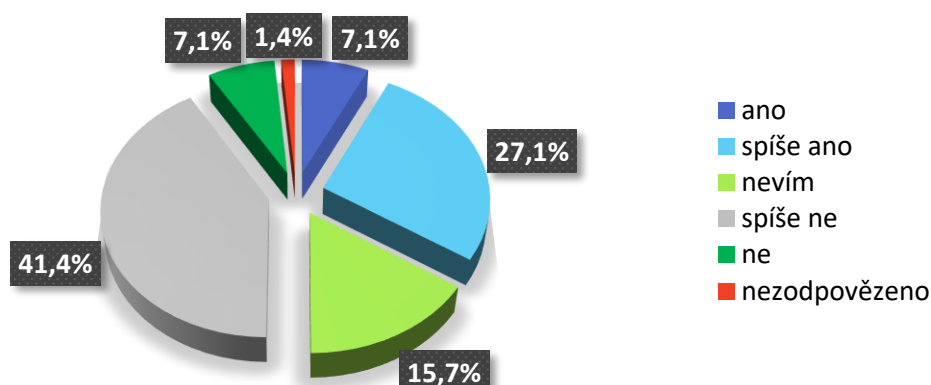


Graf 6: Odhad počtu klientů s dysfagií na pracovišti

Informovanost o problematice dysfagií

Prostřednictvím této položky dotazníku byl zjišťován subjektivní náhled každého z pracovníků na množství informací týkající se oblasti poruch polykání. Nejvíce respondentů (29; 41,4 %) konstatovalo spíše nedostatek informací o problematice. Naopak 19 pracovníků (27,1 %) spíše souhlasilo s tvrzením, že má dostatečné množství informací. Neutrální tvrzení „nevím“ označilo 11 pracovníků (15,7 %). Shodné zastoupení měly dle škály obě krajní tvrzení. 5 zaměstnanců (7,1 %) mělo o problematice dostatek informací a stejný počet uvedlo, že jim informace chybí. Jeden z respondentů na otázku neodpověděl. Za předpokladu, že informace dle svého sdělení mají, bylo současně cílem identifikovat jejich zdroj. Nejčastější odpovědi odkazovaly na internet, odbornou literaturu, články a periodika. Objevilo se také čerpání informací ze studia na střední či vysoké škole, z praxe, školení či seminářů.

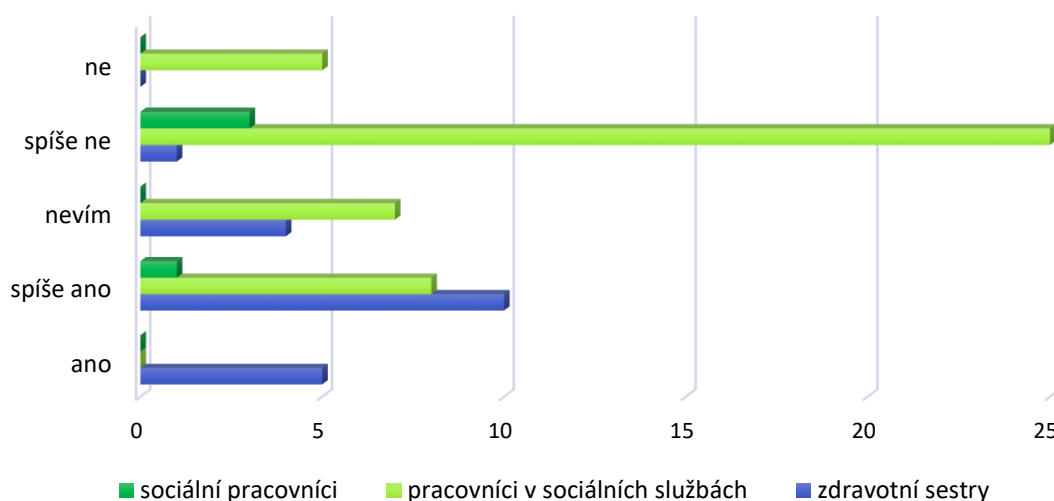
Myslíte si, že máte o problematice dysfagií dostatek informací?



Graf 7: Informovanost o problematice dysfagií

Z hlediska profese lze spatřit, že zdravotní sestry považovaly svou informovanost za lepší ve srovnání s pracovníky v sociálních službách. Položku o dostatku informací ne zvolil žádný z pracovníků v sociálních službách. Obdobně si žádná ze zdravotních sester nemyslela, že má o dysfagiích nedostatek informací.

Myslíte si, že máte o problematice dysfagií dostatek informací?

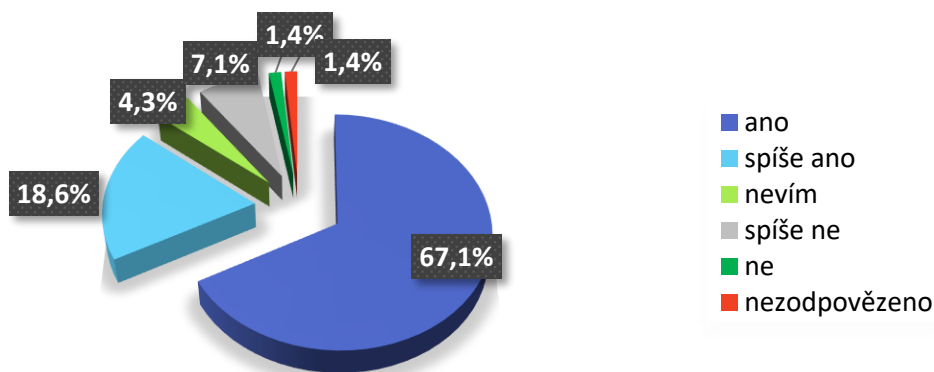


Graf 8: Informovanost z pohledu profesního zařazení

Zájem o další informace

Výzkumné šetření také mapovalo potenciální přístup personálu k možnosti získání dalších informací o problematice. Více než ¾ respondentů vyjádřilo pozitivní přístup k rozšíření svých vědomostí. 47 pracovníků (67,1 %) projevilo zájem a dalších 13 (18,6 %) má spíše zájem o další informace z dané oblasti. Spíše negativní přístup k novým informacím zaujalo 5 respondentů (7,1 %). Tři dotazovaní (4,3 %) zaujali neutrální postoj. Jeden zaměstnanec si nepřál rozšířit své znalosti o problematice poruch polykání a totožně jeden pracovník otázku nezodpověděl.

Měli byste zájem o další informace, případně metodiku týkající se péče o klienty s dysfagií?



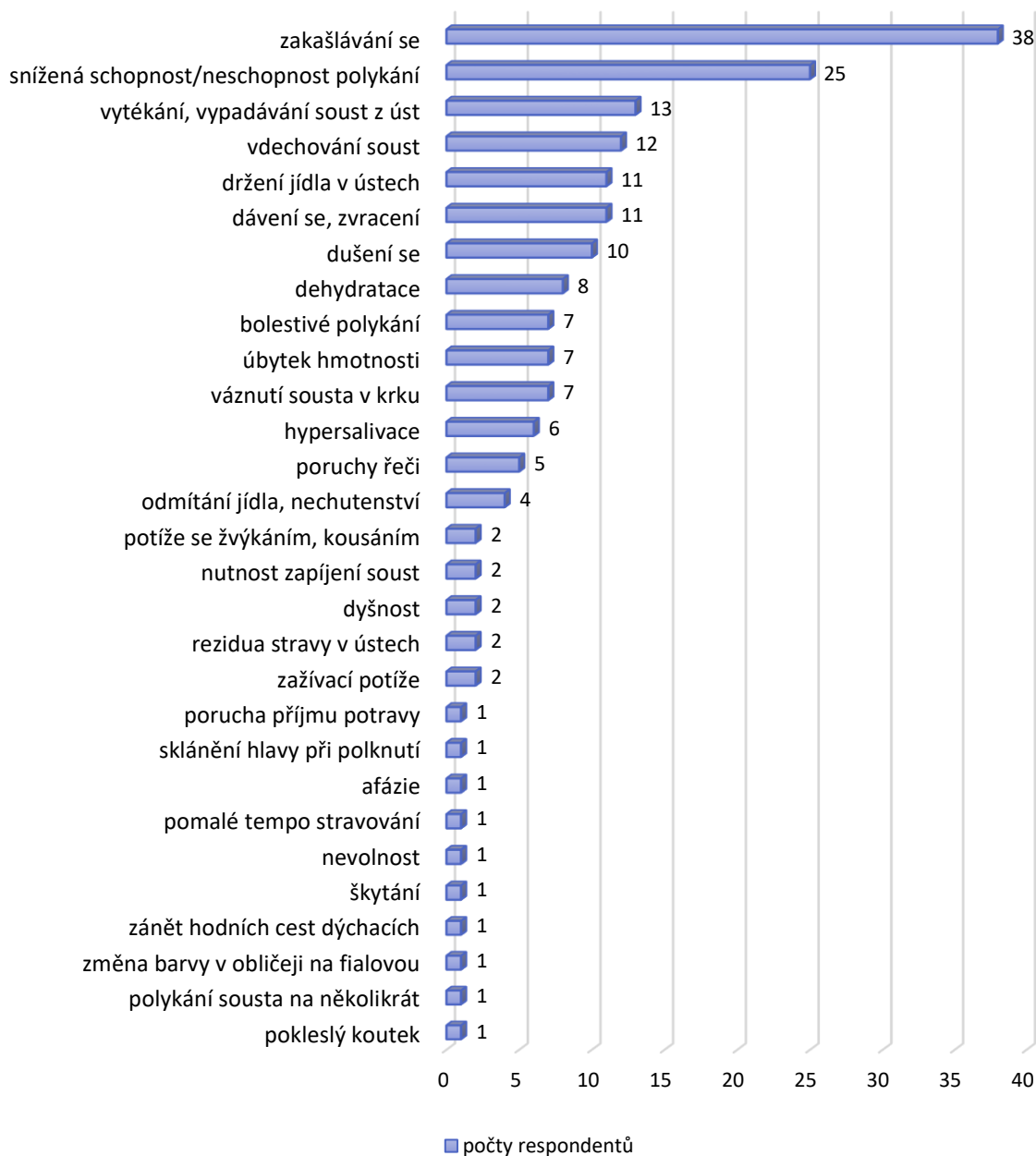
Graf 9: Zájem o další informace

B) Bodovaná část dotazníku

Projevy dysfagie

Otevřená položka zjišťovala povědomí personálu o projevech dysfagie. Plným počtem bodů (4 b.) bylo hodnoceno uvedení čtyř symptomů. Průměrný bodový zisk činil 1,8 b., což odpovídá 45% úspěšnosti. Celkem 13 respondentů (18,6 %) neuvedlo ani jeden projev poruchy polykání. Nejčastěji uváděným symptomem (54,3 %) byl kašel, následovala ztížená schopnost/neschopnost polykání (35,7 %). Vytékání nebo vypadávání stravy z úst uvedlo 18,6 %, vdechování soust 17,1 % respondentů. Shodný počet 15,7 % zaměstnanců mezi projevy dysfagie zařadil zvracení/nadavování a držení jídla v ústech. Dušení si je vědomo 14,3 % respondentů, dehydrataci uvedlo 11,4 % dotazovaných. Vážnutí sousta v krku, úbytek hmotnosti a bolestivé polykání zaznamenalo 10 % respondentů. Menší než 10% zastoupení mezi symptomy dosáhly potíže se zvládnutím slinotoku (8,6 %), poruchy řeči (7,1 %), odmítání jídla a nechutenství (5,7 %). Zbylé projevy byly zaznamenány pouze jedním nebo dvěma respondenty.

Projevy dysfagie



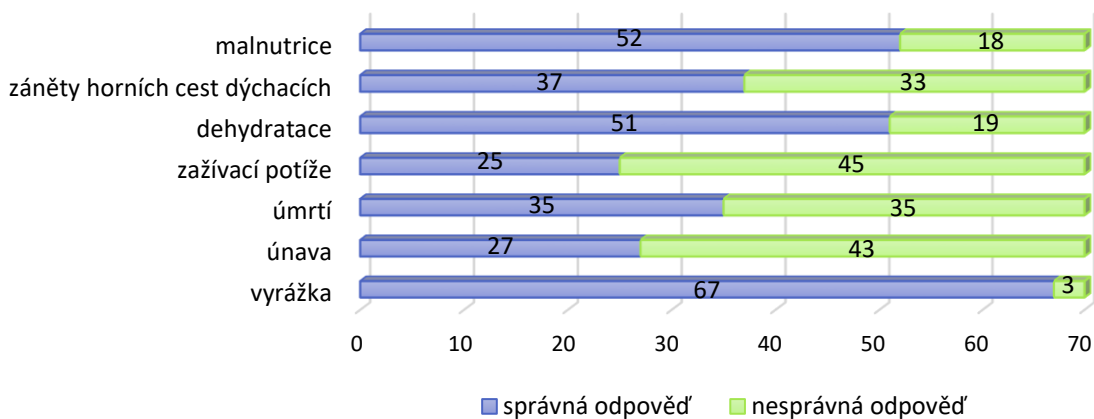
Graf 10: Projevy dysfagie

Důsledky dysfagie

Protože k poruchám polykání se nezřídka vážou četné a závažné důsledky, zjišťovala tato položka vědomí jejich přítomnosti u personálu pobytových sociálních služeb. Úkolem bylo ze seznamu identifikovat ty stavy, které se mohou vyskytovat v souvislosti s dysfagií. Průměrným výsledkem bylo dosažení 4,3 b. (61,4 %) ze sedmi možných. Celkem 95,7 % respondentů negovalo výrazku jako důsledek dysfagie. Necelé ¾ respondentů (74,3 %) správně identifikovaly nebezpečí vzniku malnutrice,

obdobně byla převážnou většinou dotazovaných zhodnocena i dehydratace (72,9 %). Vědomí zvýšeného rizika výskytu zánětů dýchacích cest bylo přítomno u 52,9 % personálu. Polovina respondentů považovala úmrtí za potenciální důsledek dysfagie. O vlivu poruchy polykání na pocit únavy bylo přesvědčeno 38,6 % pracovníků. Zažívací potíže nepovažovalo za důsledek dysfagie pouze 35,7 % dotazovaných.

Které z následujících důsledků se mohou vyskytovat u dysfagie?

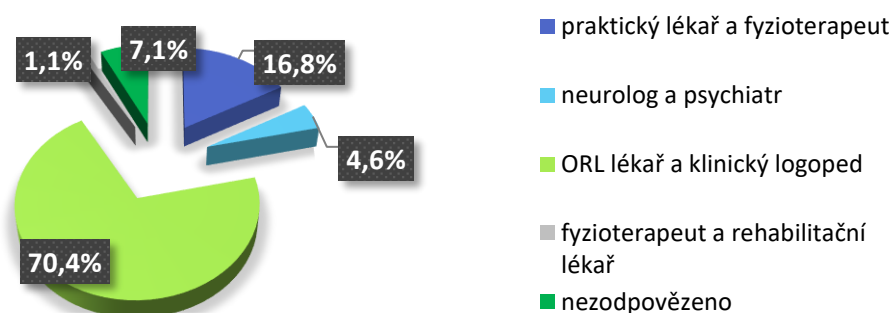


Graf 11: Důsledky dysfagie

Odborníci a dysfagie

V případě, kdy je u uživatele pobytové služby podezření na dysfagii, je dobré vědět, na jakého odborníka se obrátit. Převážná většina personálu (70,4 %) správně identifikovala otorinolaryngologa a logopeda, jako profese, které mají k managementu poruch polykání nejbližší. 16,8 % by se obrátilo na praktického lékaře či fyzioterapeuta. Neurologa spolu s psychiatrem zvolilo za specialisty v oblasti poruch polykání 4,6 % dotazovaných. Nejméně respondentů (1,1 %) za odborníky na poruchy polykání považovala fyzioterapeuta a rehabilitačního lékaře. Položka zůstala neodpovězena v 7,1 % případů.

Kterí odborníci se podrobněji zabývají problematikou dysfagií?

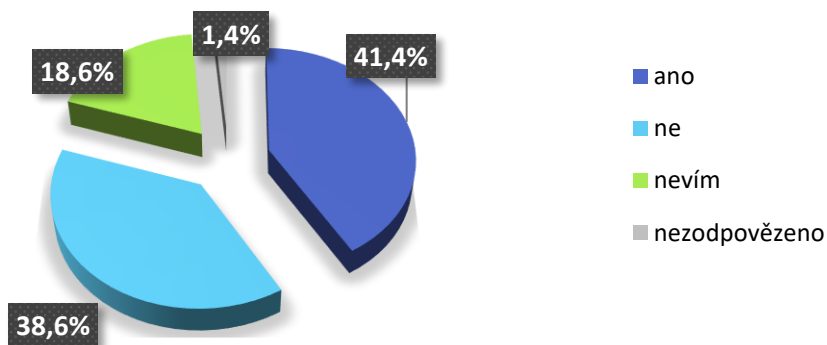


Graf 12: Odborníci zabývající se problematikou dysfagií

Tichá aspirace

Mnohé osoby s dysfagií při vdechnutí potravy nekašlou. Povědomí o možnosti tiché aspirace je důležité zejména z hlediska prevence těchto epizod. Nejvíce dotazovaných (29; 41,4 %) si myslelo, že aspirace je vždy doprovázena kašlem. Výskytu tiché aspirace si byla vědoma více než třetina respondentů (27; 38,6 %). 13 (18,6 %) pracovníků vybralo odpověď „nevím“. V jednom případě otázka zůstala nezodpovězena.

Myslíte si, že aspiraci vždy doprovází kašel?

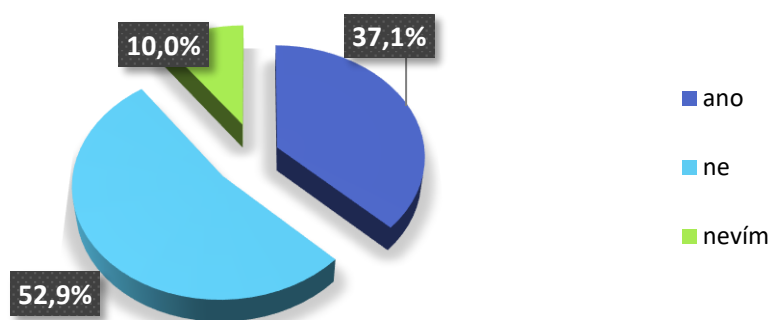


Graf 13: Tichá aspirace

Bezpečnost řídkých tekutin

Výzkumné šetření mimo jiné zjišťovalo vědomí potenciálního nebezpečí, které v sobě mohou skrývat neupravené, řídké tekutiny. Více než polovina respondentů (52,9 %) nepovažovala řídké tekutiny za nejbezpečnější variantu tekutin. Opačný názor sdílelo 37,1 % personálu. Žádné stanovisko nezaujalo 10 % dotazovaných.

Pro pití jsou nejbezpečnější řídké tekutiny.

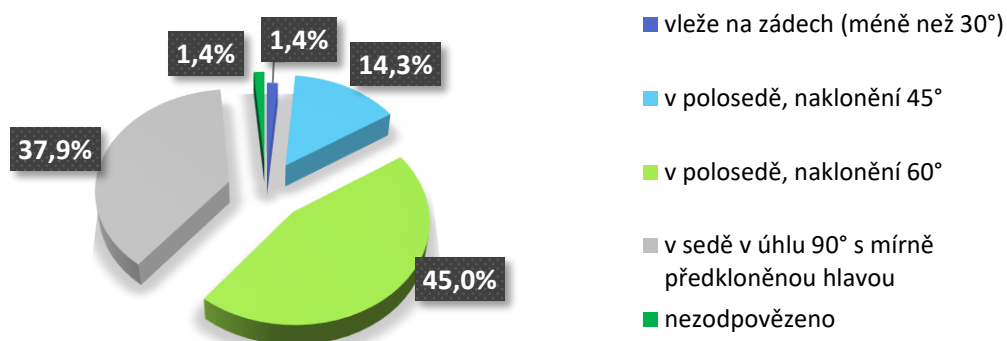


Graf 14: Bezpečnost řídkých tekutin

Vhodná poloha při stravování

Zajištěním stravování ve vzpřímené poloze s mírným předklonem hlavy lze zmenšit pravděpodobnost vniknutí sousta do dýchacích cest. Stravování v polosedě v úhlu 60° zvolilo jako nejvhodnější polohu 45 % respondentů. Polohu ve vzpřímeném sedu s mírně předkloněnou hlavou za optimální považovalo 37,9 % personálu. Polosed s úhlem 45° vybralo 14,3 % dotazovaných. Vleže na zádech by klienty krmil jeden respondent (1,4 %). Jeden dotazovaný na otázku neodpověděl. Z uvedeného vyplývá, že téměř 2/3 personálu v pobytových sociálních službách neznají vhodnou polohu pro stravování klientů, tudíž ji pravděpodobně ani neuplatňují, a tím klienty vystavují většímu riziku aspirace a důsledků z ní vyplývajících.

Jaká je vhodná poloha klientů při jídle?

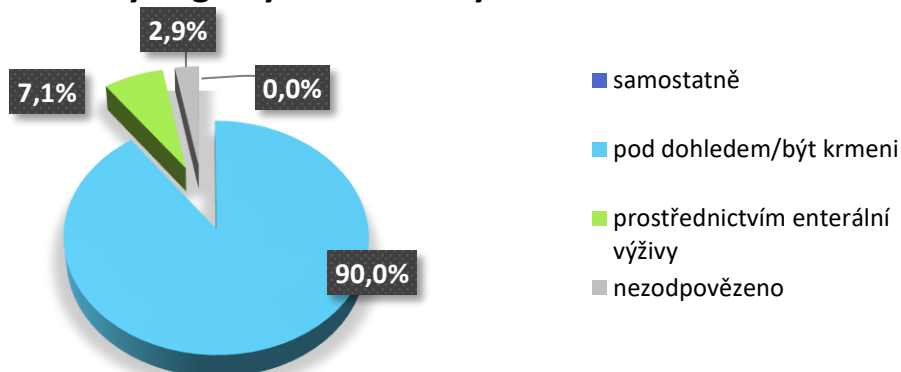


Graf 15: Vhodná poloha při stravování

Stravování klientů s dysfagií

Klienti s dysfagií by se neměli nikdy stravovat sami, toho si bylo vědomo i 90 % respondentů. Permanentní stravování náhradními způsoby výživy jako standardní postup u osob s dysfagií zvolilo 7,1 % dotazovaných. Žádný ze zaměstnanců si nemyslel, že je vhodné nechat osoby s poruchami polykání stravovat se samostatně, bez dohledu.

Klienti s dysfagií by se měli vždy stravovat:

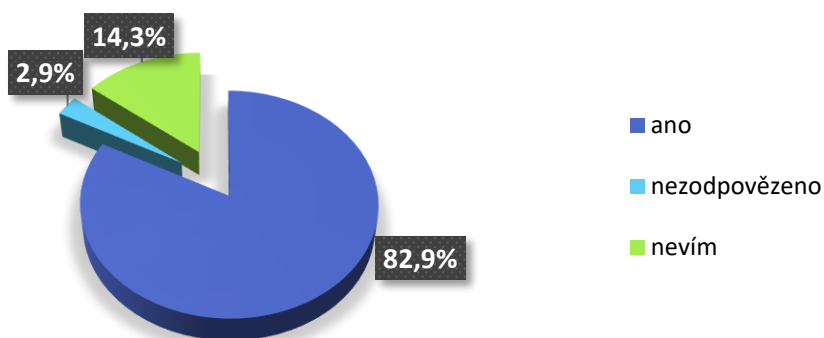


Graf 16: Stravování klientů s dysfagií

Úprava tekutin

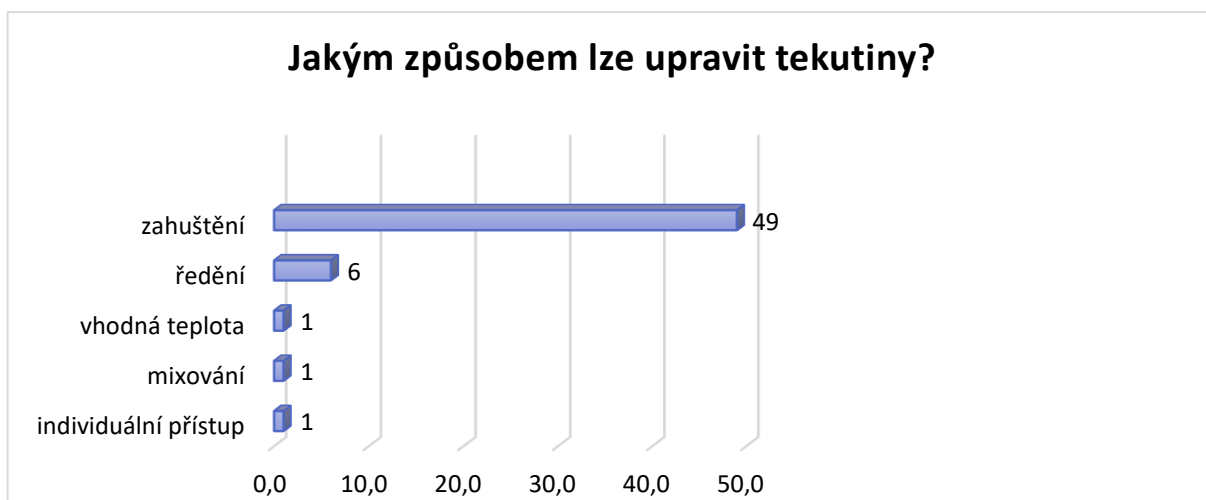
Vědomí možnosti modifikace konzistence tekutin je přítomno u 82,9 % respondentů. 14,3 % personálu nevědělo, že je možné tekutiny podávané osobám s dysfagií upravit. Bez odpovědi zůstala otázka v 2,9 % případů.

Lze nějak upravit tekutiny?



Graf 17: Úprava tekutin

Způsob, jakým lze tekutiny modifikovat zjišťovala druhá část otázky. Úpravu tekutin zahušťováním prostřednictvím zahušťovadel uvedlo 49 respondentů (70 %). Tekutiny by naopak ředilo 6 zaměstnanců (8,6 %) pobytových sociálních zařízení. Mixováním (1,4 %), vhodnou teplotou (1,4 %) nebo individuálním přístupem (1,4 %) by k modifikaci tekutin přistupovali 3 dotazovaní. Zbylí respondenti žádný ze způsobů neuvedli.

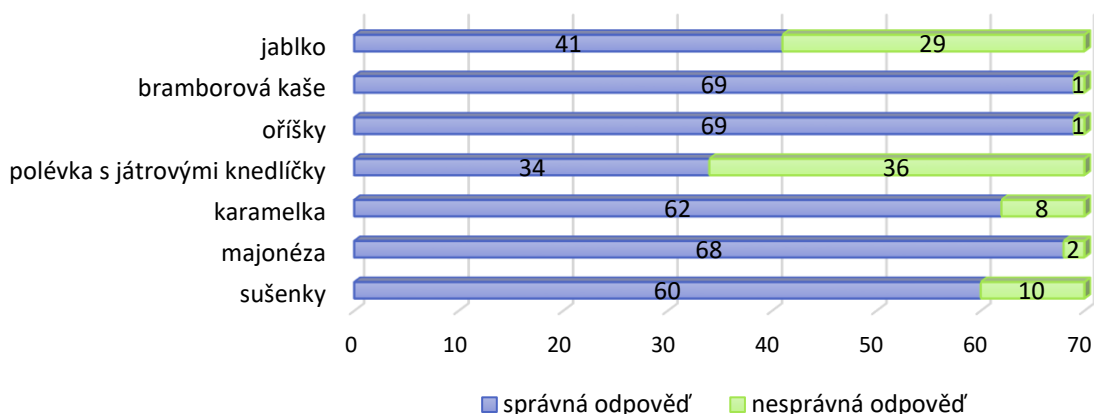


Graf 18 Způsob úpravy tekutin

Nevhodné potraviny

Existuje několik skupin potravin, které pro osoby s poruchami polykání nejsou vhodné. Jejich znalost zjišťovala tato položka. Úkolem bylo vybrat rizikové potraviny ze seznamu. Ze sedmi možných bodů respondenti v průměru získali 5,7 b (81,4 %). Mezi bezproblémová jídla byla v 98,6 % zařazena bramborová kaše a v 97,1 % i majonéza. Oříšky za nevhodnou potravinu považovalo 98,6 % dotazovaných, karamelku 88,6 % a sušenky 85,7 %. Za rizikovou potravinu bylo jablko označeno 58,6 % personálu. Smíšenou konzistenci ve formě polévky s knedlíčky jako nevhodné jídlo identifikovalo pouze 48,6 % zaměstnanců.

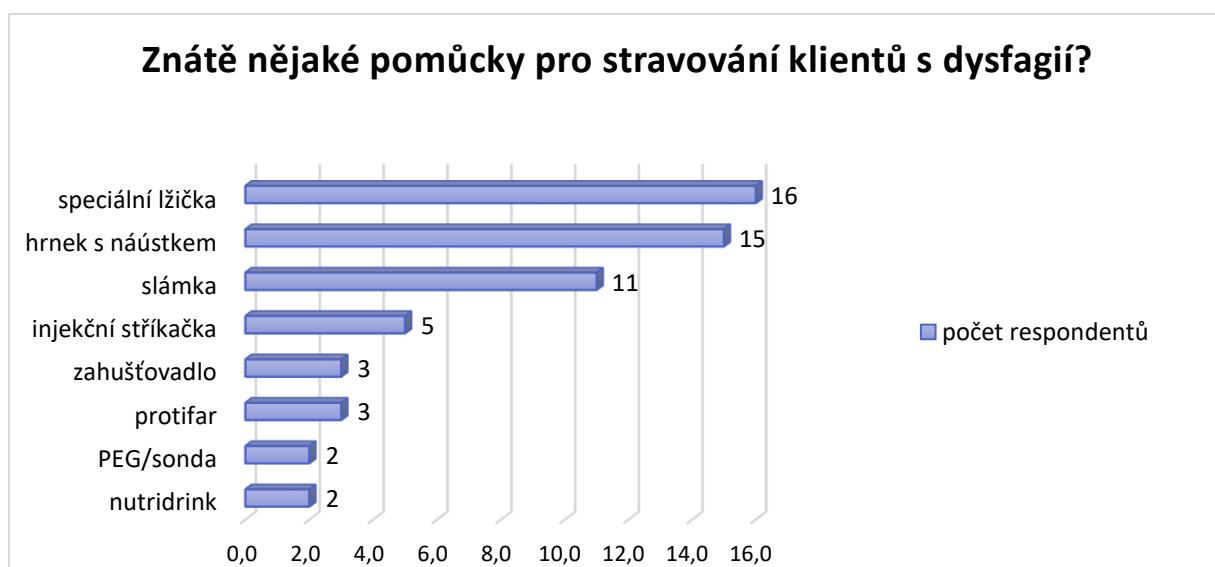
Víte, které potraviny pro klienty s dysfagií představují riziko? Nevhodné potraviny zaškrtněte.



Graf 19: Nevhodné potraviny

Pomůcky pro stravování

Dnes již existuje široká škála pomůcek přizpůsobených specifickým potřebám stravování osob s dysfagií. Tato položka mapovala nakolik je personál v domovech pro seniory a domově se zvláštním režimem s těmito možnými pomocníky obeznámen. Žádnou pomůcku pro stravování nebylo schopno vyjmenovat 34 respondentů (48,6 %). Někteří dotazovaní jmenovali více než jednu pomůcku. Největší zastoupení měla speciální lžička (22,9 %) těsně následovaná hrnkem s náustkem (21,4 %). 15,7 % dotazovaných využívá při pití klientů slámku. Pití skrze slámku je vhodné pro posílení některých skupin svalů podílejících se na deglutici, avšak v případě, kdy má uživatel potíže s ochranou dýchacích cest při polykání, může pití slámkou riziko vniknutí tekutin ještě zvýšit. Injekční stříkačku za pomůcku pro podávání potravy považovalo 7,1 % dotázaných. Shodný počet 4,3 % uvedl využívání nutridrinků a zahušťovadel. Mezi pomůcky 2,9 % personálu zařadilo náhradní způsoby výživy (PEG, sondy) a protifar (doplněk výživy).



Graf 20: Pomůcky pro stravování

ANALÝZA DRUHÉ ČÁSTI ŠETŘENÍ

Zpětná vazba personálu pobytových sociálních služeb

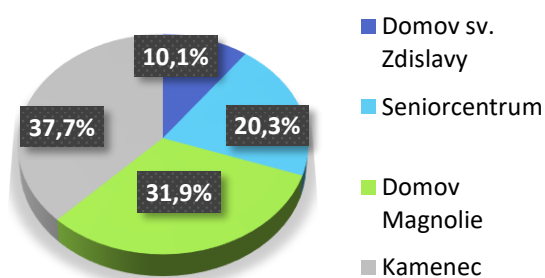
Tato část šetření v jednotlivých zařízeních probíhala bezprostředně po prezentaci edukačního materiálu.

	Domov sv. Zdislavy	Seniorcentrum Slavkov	Domov Magnolie	Domov pro seniory Kamenec	Zastoupení profesí
Zdravotní sestry	1	3	5	4	13
Pracovníci v sociálních službách	5	10	15	19	49
Sociální pracovníci	1	1	2	2	6
Nutriční terapeut	0	0	0	1	1
Zastoupení domovů	7	14	22	26	69

Tab. 10: Přehled respondentů druhé fáze šetření

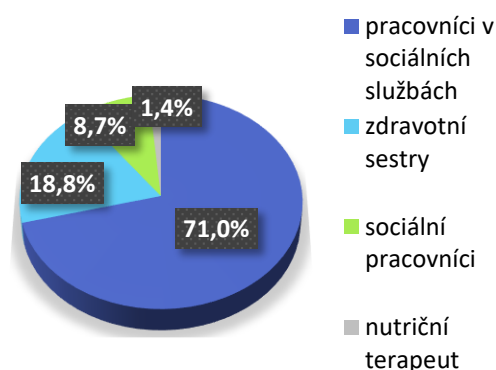
Pobytovou sociální službu s nevyšší kapacitou, Domov pro seniory Kamenec, reprezentoval i v tomto výzkumném souboru nejvyšší počet dotazovaných (26; 37,7 %). Celkem 22 dotazníků (31,9 %) jsme získali z Domova Magnolie. V Domově pro seniory Seniorcentrum Slavkov se této fáze výzkumného šetření zúčastnil plný počet pracovníků v sociálních službách, zdravotních sester i jediný sociální pracovník. Jednalo se o 14 respondentů (20,3 %). Nejméně dotazníků reprezentovalo Domov sv. Zdislavy. Z důvodu rozsáhlejších organizačních změn v období získávání zpětné vazby dotazníky vyplnilo pouze 7 pracovníků (10,1 %). Vzhledem k předchozí fázi jsme se snažili zajistit obdobné složení respondentů. Nejpočetněji byli opět zastoupeni pracovníci v sociálních službách. Dotazník vyplnilo celkem 49 z nich (71 %). Zdravotní sestry reprezentovalo 13 účastníků (18,8 %). Zpětnou vazbu dále poskytlo 6 sociálních pracovníků (8,7 %) a jeden nutriční terapeut (1,4 %).

Respondenti dle jednotlivých zařízení



Graf 21: Respondenti druhé fáze šetření dle jednotlivých zařízení

Profesní rozložení respondentů

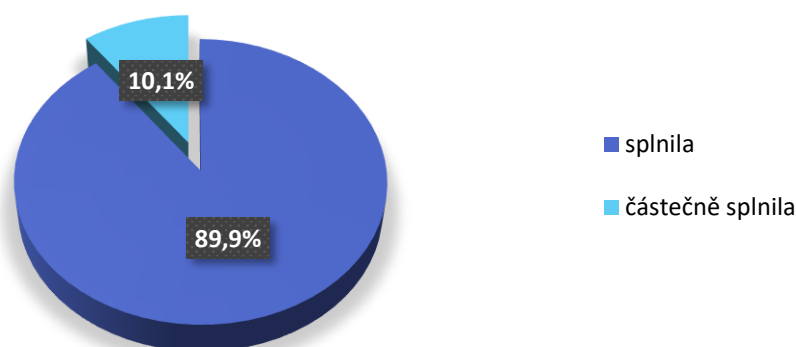


Graf 22: Profesní rozložení respondentů druhé fáze šetření

Naplnění očekávání

Tato položka byla organizována jako pětistupňová škála, jejímž cílem bylo subjektivně zhodnotit míru naplnění očekávání po seznámení s vytvořeným edukačním audiovizuálním materiálem. Celkem 62 respondentů (89,9 %) uvedlo, že materiál splnil jejich očekávání. U zbylých 7 dotazovaných (10,1 %) videa očekávání splnila částečně. Neutrální odpověď „nevím“ ani žádnou z odpovědí na opačné straně škály ne zvolil žádný ze zaměstnanců.

Zkuste zhodnotit, do jaké míry videa splnila Vaše očekávání.

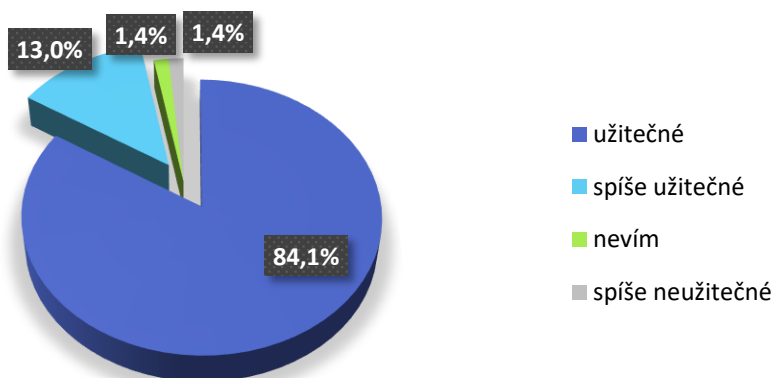


Graf 23: Míra naplnění očekávání

Užitečnost informací v audiovizuálním materiálu

V této položce byla shodně jako u té předchozí využita pětistupňová škála hodnocení. Její účel spočíval v subjektivním zhodnocení přínosu videí pro práci s klienty s dysfagií a orientaci v této problematice. Převážná většina dotazovaných (58; 84,1 %) považovala informace obsažené ve videích za užitečné. Jako spíše užitečný hodnotilo materiál 9 respondentů (13 %). Jeden zaměstnanec (1,4 %) nedokázal přínos videí ohodnotit a shodně jeden dotazovaný (1,4 %) považoval prezentované informace spíše za neúčinné. Nikdo z dotázaných si nemyslel, že by audiovizuální materiál neposkytoval žádné prospěšné informace a byl neúčinný.

Zhodněte, do jaké míry jsou pro Vás informace obsažené ve videích užitečné.

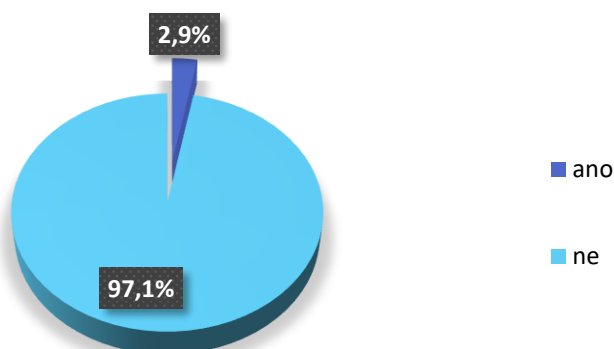


Graf 24: Míra užitečnosti videí

Doplnění

Cílem bylo zjistit, zda jsou podané informace ucelené a dostačující nebo by dle personálu bylo vhodné nějaká témata, oblasti doplnit. Pouze dvěma respondentům (2,9 %) ve videích něco scházelo. Navíc by uvítali zařazení „první pomoci při aspiraci“ a „více způsobů podávání stravy“.

Je něco, co byste do videí doplnili?



Graf 25: Potřeba doplnění videí

Srozumitelnost informací

Videa byla vytvořena primárně pro cílovou skupinu personálu v pobytových sociálních službách, ale s vědomím možnosti dalšího využití například u rodinných příslušníků osob s dysfagií. Z těchto důvodů byla žádoucí snaha o srozumitelnost širokému spektru osob. V samotném audiovizuálním materiálu jsme se proto odborné temíny snažili využívat sporadicky, případně je bezprostředně vysvětlit. Ověření srozumitelnosti materiálu představovalo důležitou položku dotazníku. A všech 69 respondentů (100 %) uvedlo, že nemělo s porozuměním problém, a tudíž pro ně videa byla srozumitelná.

Komentář

Na konci dotazníku byl ponechán volný prostor pro jakékoli připomínky respondentů. Této možnosti využilo 19 dotazovaných (27,5 %). Převážná většina komentářů (13) měla kladné zabarvení, vyzdvihovala úroveň zpracování, jasnost, přehlednost, srozumitelnost, užitečnost, poučnost a názornost videí. Tři komentáře obsahovaly připomínky. Byl zde návrh na jiný způsob prezentace informací, než formou videí, dále kritika využití odbornějších výrazů, jež by měly být „pro laiky – personál v přímé péči nahrazeny zcela českými výrazy“. Poslední výtku se týkala zařazení takových forem cvičení (např. uzávěru dýchacích cest prostřednictvím tlačení do židle), které nejsou uplatnitelné u osob s demencí. Avšak edukační materiál není zaměřen pouze na dysfagii vyskytující se u degenerativních onemocnění typu demence a navíc některé informace jsou zde uvedeny především

ke studijním účelům, neboť v této podobě nejsou v našich podmínkách doposud dostupné. Specifická skupina tří připomínek se vztahovala k nedostatečnému personálnímu zabezpečení pobytových sociálních služeb a z toho vyplývající nedosažitelnost zásad správného krmení spojeného s dostatkem času a klidnou, neuspěchanou atmosférou.

4.5 Shrnutí a interpretace výsledků

V této podkapitole bychom se chtěli věnovat shrnutí a interpretaci výsledků obou částí výzkumného šetření. První z administrovaných dotazníků se z hlediska vyhodnocování skládal ze dvou celků, neboť pouze druhá část byla hodnocena bodově.

První položka nebodovaného celku zjišťovala znalost termínu „dysfagie“. Z šetření vyplývá, že 92,9 % personálu pobytových sociálních služeb se s tímto termínem již setkalo a není po něm ničím zcela novým. **Stejný počet respondentů (92,9 %) uvedl, že se s klienty s dysfagií na pracovišti setkává.** Odhady počtu těchto klientů na pracovišti se však různily. **Nejvíce (41,4 %) byl zastoupen názor o přítomnosti 10 – 25 % klientů s dysfagií.** Následovalo jej menší než 10% zastoupení těchto uživatelů v zařízeních (34,3 %). Až o polovině uživatelů s dysfagií na pracovišti bylo přesvědčeno 18,6 % personálu. Ostatní možnosti byly zastoupeny méně než pěti procenty zaměstnanců.

Zajímavý pohled přinesla položka zjišťující subjektivní pocit dostatku informací o problematice poruch polykání. **Své vědomosti za spíše nedostatečné považovalo 41,4 % dotazovaných.** Naopak 27,1 % se domnívalo, že jejich informovanost je spíše dostačující. Vlastní úroveň znalostí nedokázalo posoudit 15,7 % respondentů. Plnou spokojenost se svými vědomostmi, stejně jako subjektivně pociťovaný naprostý nedostatek znalostí uvedlo 7,1 % zaměstnanců. Poslední položka byla důležitá zejména ke vztahu k další fázi šetření, neboť se dotazovala na jejich **ochotu a zájem rozšířit své znalosti v dané oblasti. Pozitivní přístup k této možnosti zaujalo 85,7 % personálu.**

V hodnoceném úseku prvního dotazníku bylo možné získat celkem 26 bodů. Z nabízených odpovědí byla vždy jedna správná. Pro vyplnění nebyl stanoven žádný časový limit. **Průměrný výsledek činil 16,5 bodů** a odpovídá **63,5% úspěšnosti**. Mezi jednotlivými zařízeními pobytových sociálních služeb bylo možné zaznamenat rozdíly v dosažených výsledcích. Personál Domova Magnolie v průměru získal 17,9 bodů (68,8 %). O bod méně, 16,9 bodů (65 %) byl průměrný výsledek zaměstnanců Domova pro seniory Kamenec. S průměrem celého souboru koresponduje výsledek respondentů Domova sv. Zdislavy (16,5 b; 63,5 %). Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov získal prostřednictvím svého personálu v průměru 14,7 bodů (56,5 %).

Medián celého souboru byl 17. V souboru se nejčastěji, celkem sedmkrát, vyskytly hodnoty 17 a 19, které představovaly **modus**. Při rozboru dat byl zjevný **široký rozptyl** získaných hodnot ($\sigma^2 = 13,7$). Nejnížší dosažený výsledek se rovnal 9 bodům, naopak nejvyšší představoval 23,5 bodů.

Výsledky jsme analyzovali také z **hlediska personálního zastoupení**. Nejvyšší počet bodů získali sociální pracovníci, v průměru 20,8 b. Jejich úspěšnost dosáhla 80 %. Zdravotní sestry skórovaly o něco hůře. Průměrný výsledek byl 19,2 b (73,8 %). V šetření nejpočetněji zastoupená profese pracovníků v sociálních službách získala v průměru 15,1 bodů (58 %).

V případě **vyhodnocení** úspěšnosti respondentů u **jednotlivých otázek** bylo možné identifikovat „problémové“ otázky, tzn. otázky s nejmenším počtem správných odpovědí. Nejvíce nesprávných odpovědí jsme zaznamenali u položky zjišťující správnou polohu při stravování. **Pouze 26 dotazovaných (37,9 %) uvedlo vzpřímený sed jako optimální polohu**. Přitom jsou to právě pracovníci v sociálních službách, případně zdravotní sestry, v jejichž kompetenci je zajištění stravování uživatelů. Obdobně nízký počet správných odpovědí se objevil ve spojitosti se znalostí tiché aspirace. **O možnosti výskytu aspirace, která není doprovázena kašlem, vědělo 27 respondentů (38,6 %)**. Také v položce zjišťující obeznámenost s pomůckami pro stravování osob s dysfagií personál skóroval pod padesátiprocentní hranicí úspěšnosti (42,1 %). Při vyjmenování čtyř symptomů poruchy polykání by dle průměrného výsledku každý respondent dokázal napsat necelé dva projevy, což odpovídá 45 % bodů. Dle našeho názoru stojí za zmínku také nepřilíš rozsáhlé povědomí o nezahuštěných tekutinách (52,9 %), v jehož důsledku jsou řídké tekutiny považovány za nejbezpečnější konzistenci. Ony naopak vzhledem ke své nízké schopnosti koheze a rychlému pohybu mohou pro některé klienty představovat riziko.

Na druhou stranu, pokud bychom měli určit otázky, který byly personálem pobytových sociálních služeb zvládnuty nejlépe, pak by v čele stála položka zjišťující organizaci stravování u osob s dysfagií. **63 dotazovaných (90 %) si bylo vědomo nutnosti dohledu nad stravováním jedinců s poruchou polykání**. Současně se mezi zaměstnanci vyskytuje **relativně vysoké povědomí o nevhodných potravinách pro tuto klientelu (81,4 %)**. Vysoké procento respondentů (80 %) by se také v případě potřeby obrátilo na logopeda či otorinolaryngologa. Úspěšnost ve zbylých otázkách se pohybovala v rozmezí 60 – 79 %.

Druhá etapa výzkumného šetření byla spojená s představením edukačního materiálu personálu pobytových sociálních služeb. Jejich zpětnou vazbu jsme získali prostřednictvím administrace dotazníku bezprostředně po zhlédnutí videí. Přijetí vytvořeného audiovizuálního materiálu bylo velmi příznivé. **Podoba a náplň videí splnila u 89,9 % personálu jejich očekávání a současně 84,1 % je považovalo za užitečné**. Pro 97,1 % respondentů byly informace prezentované ve videích dostatečně vyčerpávající a ucelené. **100 % dotazovaných uvedlo, že pro ně materiál byl po obsahové stránce**

srozumitelný. V jednom komentáři se sice objevila výtka výskytu odbornějších výrazů, ale žádný respondent se dle vlastního vyjádření s jejich neporozuměním nepotýkal. V připomínkách byl současně zmiňován nedostatek personálu přímé péče v pobytových sociálních službách, v jehož důsledku nelze dodržovat doporučený postup při krmení uživatelů. Z této skutečnosti lze usuzovat, že nedostatečné personální zabezpečení může mít na průběh stravování klientů s dysfagií stejně negativní vliv jako neznalost správného postupu.

4.6 Závěr praktické části

Hlavním záměrem praktické části diplomové práce bylo ve vybraných zařízeních pobytových sociálních služeb zjistit povědomí personálu o problematice poruch polykání a způsobu práce s těmito klienty. Stěžejním úkolem byla dále tvorba audiovizuálního materiálu, jenž by měl přispět k lepší orientaci personálu v oblasti dysfagií a ovlivnit jejich přístup ke klientům s poruchou polykání.

První fáze výzkumného šetření byla zahájena v lednu 2016, kdy probíhala administrace dotazníku, jehož cílem, bylo zjistit orientaci personálu pobytových sociálních služeb v problematice dysfagií. Výsledky dotazníkového šetření se staly jedním z východisek pro následnou tvorbu audiovizuálního materiálu. *V druhé fázi* bylo cílem představit vytvořený materiál personálu, seznámit je s obsahem a následně od nich získat zpětnou vazbu. V jednotlivých zařízeních byla z toho důvodu organizována hromadná setkání zaměstnanců. Dotazovali jsme se, zda videa splnila jejich očekávání, považují je za užitečný materiál, který jim pomůže při práci s touto klientelou. Další položky zjišťovaly, zda jim ve videích něco chybělo a v neposlední řadě srozumitelnost prezentovaných informací. Každé zařízení následně obdrželo vlastní kopii audiovizuálního materiálu.

Výzkumného šetření se účastnil personál tří domovů pro seniory a jednoho domova se zvláštním režimem z okresů Opava a Ostrava-město. Do první fáze šetření bylo zapojeno 70 respondentů, druhé fáze se zúčastnilo 69 respondentů. Výzkumný vzorek byl v obou případech tvořen převážně pracovníky v sociálních službách, dále zdravotními sestrami, několika sociálními pracovníky a druhé fáze se zúčastnil také jeden nutriční terapeut. Nejpočetnější personální zastoupení ve výzkumném vzorku obou fází šetření mělo největší z participujících zařízení - Domov pro seniory Kameneč (28 a 26 zaměstnanců). Početním zastoupením jej následoval Domov Magnolie (17 a 21 respondentů). Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov zastupovalo v první fázi 13 a ve druhé 14 pracovníků. V nejmenším zařízení, v Domově sv. Zdislavy dotazníky vyplnilo 12 a následně 7 respondentů.

Zde zodpovíme vytyčené výzkumné otázky.

- **Považují zdravotní sestry své vědomosti z oblasti poruch polykání za signifikantně vyšší, než je považují pracovníci v sociálních službách?**

Ano, zdravotní sestry své vědomosti v problematice poruch polykání považují za signifikantně vyšší ve srovnání s pracovníky v sociálních službách, kteří své znalosti hodnotí níže. K tomuto závěru jsme dospěli na základě statistického zpracování dat pomocí Studentova t-testu. Každé z výpovědí na pětistupňové škále byla přiřazena číselná hodnota od 1 do 5 (ne – 1; spíše ne – 2; nevím – 3; spíše ano – 4; ano - 5). Výsledná hodnota překročila testové kritérium na 1 % hladině významnosti.

- **Dosáhnou zdravotní sestry signifikantně lepších výsledků než pracovníci v sociálních službách?**

Ano, na základě srovnání dosažených výsledků v bodované části prvního dotazníku se prokázaly signifikantně vyšší výsledky zdravotních sester oproti výsledkům pracovníků v sociálních službách. Statisticky významný rozdíl byl prokázán pomocí Studentova t-testu, kdy vypočítaná hodnota ($|T| = 5$) přesáhla testové kritérium i na hladině významnosti $p = 0,01$.

- **Mají pracovníci v sociálních službách zájem o rozšíření svých znalostí v oblasti poruch polykání?**

Převážná většina respondentů (85,7 %) se staví k možnosti získání dalších informací pozitivně. Spíše negativní postoj zaujalo 7,1 % dotázaných. 1,4 % respondentů vůbec nemá o rozšíření svých znalostí zájem. Neutrálně se k možnosti rozšíření svých znalostí postavilo 4,3 % personálu.

- **Bude vytvořený audiovizuální materiál považován pracovníky v pobytových sociálních službách za užitečný?**

Za užitečný považovalo materiál 84,1 % dotazovaných, dalších 13 % si myslelo, že ve videích prezentované informace jsou spíše užitečné. Pouze 1,4 % respondentů bylo toho názoru, že vytvořená videa byla spíše neužitečná. Zbýlí respondenti nezaujali žádný z postojů.

Analýza odpovědí prvního dotazníku přinesla informace o úrovni vědomostí personálu v pobytových sociálních službách na poli dysfagie. Výsledky jednotlivých respondentů byly velmi nevyrovnané, úspěšnost se pohybovala v rozmezí 34,6 – 90,4 %, z čehož lze usoudit na nestejnou úroveň znalostí pracovníků v této oblasti. Průměrný výsledek 63,5 % správných odpovědí ukazuje na existenci určité úrovně vědomostí personálu pobytových sociálních služeb a zároveň na poměrně rozsáhlý prostor pro jejich další rozšiřování. S ohledem na výsledky první fáze šetření byl vytvořen audiovizuální materiál, který byl představen personálu všech čtyř participujících zařízení. Navíc v tomto materiálu spatřujeme potenciál jeho dalšího využití nejen pro vzdělávací účely, ale také jako osvětového

materiálu pro rodinné příslušníky a další blízké osob, které se potýkají s poruchou polykání. I z toho důvodu jsme se rozhodli dát videa volně k dispozici na webových stránkách věnovaných právě dysfagii. Ze shrnutí výsledků a výše uvedeného vyplývá, že jak parciální, tak hlavní cíle práce byly naplněny. Současně je vhodné zmínit také limity realizovaného šetření. Získané výsledky nelze považovat za všeobecně platné, platí pro námi vybraný výzkumný vzorek. Z toho důvodu by bylo vhodné uskutečnit obdobné šetření s větším počtem respondentů z více zařízení pobytových sociálních služeb. Další úskalí šetření představovala fluktuace zaměstnanců za sledované období a nepřetržitý provoz služeb, v jejichž důsledku nebylo vždy možné zajistit, aby se obou fází šetření účastnili totožní pracovníci a jejich plný počet.

4.7 Doporučení pro praxi

S osobami s dysfagií se nesečkáávají pouze pracovníci ve zdravotnictví, ale také personál resortu ministerstva práce a sociálních věcí. Pobytové sociální služby spadající pod jeden ze tří resortů, v nichž je poskytována logopedická péče, představují v tomto směru specifické prostředí. Multidisciplinární tým přítomný ve zdravotnických zařízeních v domovech pro seniory ani domovech se zvláštním režimem zpravidla přítomen není. V naprosté většině případů chybí také obvyklý koordinátor celého managementu dysfagií – klinický logoped. Tímto chceme poukázat na pozici, ve které se v těchto zařízeních nacházejí zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách. Jsou s touto klientelou v každodenním kontaktu. Jejich přístup se může podílet například na prevenci nežádoucích důsledků spojených s poruchami polykání nebo k nim naopak velkou mírou přispívat.

Vzhledem k tomu, jak důležitou úlohu při stravování osob s dysfagií sehrává personál v sociálních službách, považujeme přinejmenším za znepokojivé, pokud, jak mnozí respondenti uvedli, nemají dostatek relevantních informací. Převážná většina projevila zájem o rozšíření svých znalostí, jiní se vzdělávají prostřednictvím samostudia. Na základě získaných poznatků se domníváme, že další vzdělávání personálu v pobytových sociálních službách by bylo zapotřebí. V případě, že nejsou na práci s touto specifickou klientelou dostatečně připravováni, nemělo by se na ně zapomínat alespoň v rámci dalšího vzdělávání. Považujeme za žádoucí, aby tito pracovníci měli možnost přístupu k informacím o poruchách polykání například zařazením tohoto tématu do povinného vzdělávání v rámci sociálních služeb.

ZÁVĚR

Poruchy polykání představují multidisciplinární oblast, jejíž vztah k logopedii není u nás dle našeho názoru součástí povědomí široké veřejnosti, v některých případech dokonce ani odborníků. V průběhu realizace praktické části práce byli mnozí, nejen vedoucí pracovníci pobytových sociálních služeb, překvapeni oborem, jenž autorka studuje, ve vztahu k zvolenému tématu. Dysfagie se však postupně i u nás stává výraznou a dynamicky se rozvíjející oblastí zájmu logopedie. Odraz této skutečnosti můžeme spatřit například v nárůstu počtu tuzemské literatury s tematikou dysfagie. Svým rozsahem zatím nepochybně nemůže konkurovat té zahraniční, neboť tam je tato problematika v záběru logopedie podstatně déle. Za zmínku také stojí Evropský den logopedie, který každoročně vyhláší Stálá styčná komise logopedů Evropské unie (CPLOL), jehož tématem byla v roce 2017 právě dysfagie.

Cílem práce bylo zjistit úroveň povědomí pracovníků v pobytových sociálních službách o problematice poruch polykání. A na základě získaných výsledků vytvořit audiovizuální materiál, který by jim měl poskytnout chybějící informace, poradit jak s klienty s dysfagií lépe pracovat a pomoci se základní orientací v oblasti poruch polykání. Domníváme se, že z výše uvedených shrnutí a závěrů v předchozích podkapitolách vyplývá naplnění vytyčených cílů práce.

Doufáme, že teoretická část práce přispěje svým obsahem k nemnohé česky psané literatuře s tematikou dysfagie. Dále bychom byli rádi, kdyby materiál vytvořený primárně pro potřeby této práce nezůstal zapomenut, ale našel své další využití, dostal se do rukou zájemcům o problematiku poruch polykání, studentům, odborníkům, ale také laické veřejnosti. Z toho důvodu je volně dostupný na webových stránkách věnovaných dysfagii.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AL-KHALED, M., CH. MATTHIS, A. BINDER, et al. Dysphagia in Patients with Acute Ischemic Stroke: Early Dysphagia Screening May Reduce Stroke-Related Pneumonia and Improve Stroke Outcomes. *Cerebrovascular Diseases* [online]. 2016, **42**(1-2), 81-89 [cit. 2016-10-28]. DOI: 10.1159/000445299. ISSN 1015-9770. Dostupné z: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000445299>
- ALS Ice Bucket Challenge Donations Lead to Significant Gene Discovery. *ALS Association* [online]. Washington DC: The ALS Association, c2016 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <http://www.alsa.org/news/media/press-releases/significant-gene-discovery-072516.html>
- American Speech-Language-Hearing Association. *Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report* [online]. 2002, vol. 3, s. 181 - 199 [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: www.asha.org
- American Speech-Language-Hearing Association. *Adult dysphagia* [online]. 2016 [cit. 2016-10-30]. Dostupné z: <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adult-Dysphagia/>
- ARVEDSON, J. C. a L. BRODSKY. *Pediatric swallowing and feeding: assessment and management*. 2nd ed. Albany, NY: Singular Thomson Learning, c2002. ISBN 0769300766.
- AVIV, J. E., J. SPITZER, M. COHEN, G. MA, P. BELAFSKY a L. G. CLOSE. Laryngeal Adductor Reflex and Pharyngeal Squeeze as Predictors of Laryngeal Penetration and Aspiration. *The Laryngoscope* [online]. 2002, **112**(2), 338-341 [cit. 2016-11-28]. DOI: 10.1097/00005537-200202000-00025. ISSN 0023-852x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1097/00005537-200202000-00025>
- BANG, H. L., Y. H. PARK. Development of evidence-based dysphagia nursing care protocol for nursing home residents. *Journal of Muscle and Joint Health* [online]. 2013, **20**(1), 31-42 [cit. 2017-04-02]. DOI: 10.5953/jmjh.2013.20.1.31. Dostupné z: http://koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=DGGJBW_2013_v20n1_31
- BHATTACHARYYA, N. The Prevalence of Dysphagia among Adults in the United States. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery* [online]. 2014, **151**(5), 765-769 [cit. 2016-10-02]. DOI: 10.1177/0194599814549156. ISSN 0194-5998. Dostupné z: <http://oto.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/0194599814549156>
- BRONSON-LOWE, C., LEISING, K., D. BRONSON-LOWE, S. LANHAM, S. HAYES, A. RONQUILLO a P. BLAKE. Effects of a free water protocol for patients with dysphagia. *Dysphagia* [online]. 2008, **23**(4), 430 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: http://www.citeulike.org/user/PH_Speech/article/9913400
- BRUTHANS, J.. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod. *Remedia* [online]. 2009, **19**(2), 128-131 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Epidemiologie-a-prognoza-cevnich-mozkovych-prihod/6-F-Bn.magarticle.aspx>
- BUNOVÁ, B., TEDLA, M.. Špecializované vyšetrenia hltacieho aktu. In: TEDLA, M., CHROBOK, V. (ed.). *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 58-71. ISBN 978-80-7311-105-2.
- CALCAGNO, P., G. RUOPPOLO, M. G. GRASSO, M. DE VICENTIIIS a S. PAOLUCCI. Dysphagia in multiple sclerosis - prevalence and prognostic factors. *Acta Neurologica Scandinavica* [online]. 2002, **105**(1), 40-43 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1034/j.1600-0404.2002.10062.x. ISSN 0001-6314. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0404.2002.10062.x>
- CASTILLO-MORALES, R. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-105-0.

- CICHERO, J. Clinical Assessment, Cervical Auscultation and Pulse Oximetry. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 149-190. ISBN 9781861565051.
- CICHERO, J. Conditions commonly associated with dysphagia. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 237-298. ISBN 9781861565051.
- CICHERO, J. Improving swallowing function: Compensation. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 319-341. ISBN 9781861565051.
- CICHERO, J. Swallowing from infancy to old age. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 26-46. ISBN 9781861565051.
- CICHERO, J., HALLEY, P.. Variations on the normal swallow. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 47-91. ISBN 9781861565051.
- CICHERO, J., LANGMORE, Susan. Imaging Assessments. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 191-234. ISBN 9781861565051.
- COLTON-HUDSON, A., W. J. KOOPMAN, T. MOOSA, D. SMITH, D. BACH a M. NICOLLE. A Prospective Assessment of the Characteristics of Dysphagia in Myasthenia Gravis. *Dysphagia* [online]. 2002, **17**(2), 147-151 [cit. 2017-02-10]. DOI: 10.1007/s00455-001-0114-4. ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00455-001-0114-4>
- COOK, I. J. Diagnostic evaluation of dysphagia. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*[online]. 2008, **5** (7), 393-403 [cit. 2016-11-20]. DOI: 10.1038/ncpgasthep1153. Dostupné z: <http://www.nature.com/nrgastro/journal/v5/n7/full/ncpgasthep1153.html#B5>
- ČERNÝ, M., J. ŠATANKOVÁ a L. STANÍKOVÁ. Překlad a validizace české verze dotazníku SWAL-QOL-CZ. In: *Česká ORL akademie* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2016-10-27]. ISBN 978-80-7471-115-2. Dostupné z: <http://docplayer.cz/4749936-Program-a-sbornik-abstrakt.html>
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Ilustroval Milan MED, ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3817-8.
- ČIHÁK, R. *Anatomie* 2. 3., upr. a dopl. vyd. Editor Miloš GRIM, ilustroval Milan MED. Praha: Grada Publishing, c2013. ISBN 978-80-247-4788-0.
- ČIHÁK, R. *Anatomie* 3. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, Strana 241-527. ISBN 978-80-247-5636-3.
- DANIELS, S.. Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. In: *GI Motility online* [online]. Springer Nature, 2006 [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>
- DE TOMMASO, M., A. NUZZI, A. R. DELLOMONACO, V. SCIRUICCHIO, C. SERPINO, C. CORMIO, G. FRANCO a M. MEGNA. Dysphagia in Huntington's Disease: Correlation with Clinical Features. *European Neurology* [online]. 2015, **74**(1-2), 49-53 [cit. 2017-03-02]. DOI: 10.1159/000435833. ISSN 0014-3022. Dostupné z: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000435833>
- DENK-LINNERT, D. M. Evaluation of symptoms. In: EKBERG, O. *Dysphagia: Diagnosis and treatment*. Berlin: Springer, c2012, s. 71-82. ISBN 978-3-642-17886-3.

DOBIAS, S.. Neurogénna orofaryngeálna dysfágia. In: NEUBAUER, K. a S. DOBIAS. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, s. 215-222. ISBN 978-80-7435-518-9.

DODDS, W. J., A. J. TAYLOR, E. T. STEWART, M. K. KERN, J. A. LOGEMANN, I. J. COOK. Tipper and dipper types of oral swallows. *American Journal of Roentgenology* [online]. 1989, **153**(6), 1197-1199 [cit. 2016-07-29]. DOI: 10.2214/ajr.153.6.1197. ISSN 0361-803x. Dostupné z: <http://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/ajr.153.6.1197>

Domov Magnolie [online]. 2016 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://www.dmagnolie.cz/>

Domov pro seniory Kamenec [online]. c2017 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://www.dpskamenec.cz/>

Domov sv. Zdislavy, Opava [online]. Vavříková, 2016 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://www.dps-svzdislava.cz/>

EASTERLING, C., KOSTER E. Amyotrophic lateral sclerosis. In: JONES, H. N. a J. C. ROSENBEK. *Dysphagia in rare conditions: an encyclopedia*. San Diego: Plural Pub., c2010, s. 1-7. Clinical dysphagia series. ISBN 1597562300.

EHLER, E. Poruchy polykání u neurologických nemocí. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltání*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 163-168. ISBN 978-80-7311-105-2.

EISBRUCH, A., M. SCHWARTZ, C. RASCH, et al. Dysphagia and aspiration after chemoradiotherapy for head-and-neck cancer: Which anatomic structures are affected and can they be spared by IMRT? *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* [online]. 2004, **60**(5), 1425-1439 [cit. 2016-10-22]. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2004.05.050. ISSN 03603016. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0360301604009411>

EKBERG, O. *Dysphagia: Diagnosis and treatment*. Berlin: Springer, c2012. ISBN 978-3-642-17886-3.

EKBERG, O., S. HAMDY, V. WOISARD, A. WUTTGE-HANNIG a P. ORTEGA. Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia* [online]. 2002, **17**(2), 139-146 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1007/s00455-001-0113-5. ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00455-001-0113-5>

Feeding Individuals With Swallowing Disorders. *ASHA Store* [online]. American Speech-Language-Hearing Association, c2017 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <https://www.asha.org/eWeb/OLSDynamicPage.aspx?Webcode=olsdetails&title=Feeding+Individuals+With+Swallowing+Disorders&Site=ASHACMS>

FERRARIS, V. A., S. P. FERRARIS, D. M. MORITZ a S. WELCH. Oropharyngeal dysphagia after cardiac operations. *The Annals of Thoracic Surgery* [online]. 2001, **71**(6), 1792-1796 [cit. 2016-10-22]. DOI: 10.1016/S0003-4975(01)02640-6. ISSN 00034975. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003497501026406>

FINESTONE, H. M., N. C. FOLEY, M. G. WOODBURY a L. GREENE-FINESTONE. Quantifying fluid intake in dysphagic stroke patients: A preliminary comparison of oral and nonoral strategies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 2001, **82**(12), 1744-1746 [cit. 2017-01-26]. DOI: 10.1053/apmr.2001.27379. ISSN 00039993. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999301124780>

- FUKANOVÁ, V. Koncepcie logopedické péče. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 45-50 ISBN 978-80-7367-340-6.
- GARCÍA-PERIS, P., L. PARÓN, C. VELASCO, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clinical Nutrition* [online]. 2007, **26**(6), 710-717 [cit. 2016-10-22]. DOI: 10.1016/j.clnu.2007.08.006. ISSN 02615614. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561407001380>
- GROFOVÁ, Z. Podvýživa a její důsledky. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltnania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 143-148. ISBN 978-80-7311-105-2.
- GROFOVÁ, Z., SATINSKÝ, I. Výživa u poruch polykání. In: TEDLA, M., CHROBOK, V. (ed.). *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 92-106. ISBN 978-80-7311-105-2.
- GROHER, M. E., M. A. CRARY. *Dysphagia: Clinical management in adults and children*. 2nd. St. Luis: Elsevier, c2015. ISBN 978-0-323-18701-5.
- GROHER, M. E., PUNTIL-SHELTMAN J. Dysphagia unplugged. In: GROHER, M. E., M. A. CRARY. *Dysphagia: Clinical management in adults and children*. 2nd. St. Luis: Elsevier, c2015. ISBN 978-0-323-18701-5.
- HAMDY, S., Q. AZIZ a J. C. ROTHWELL, et al. The cortical topography of human swallowing musculature in health and disease. *Nature Medicine* [online]. 1996, **2** (11), 1217-1224 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8898748>
- HAMDY, S. a J. C. ROTHWELL. Gut feelings about recovery after stroke: the organization and reorganization of human swallowing motor cortex. *Trends in neuroscience* [online]. 1998, **21**(7), 278-282 [cit. 2016-09-04]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9683316>
- HEEMSKERK, A. W., R. A. C. ROOS. Dysphagia in Huntington's Disease: A Review. *Dysphagia* [online]. 2011, **26**(1), 62-66 [cit. 2017-03-02]. DOI: 10.1007/s00455-010-9302-4 . ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00455-010-9302-4>
- HIGO, R., T. NITO a N. TAYAMA. Videofluoroscopic assessment of swallowing function in patients with myasthenia gravis. *Journal of the Neurological Sciences* [online]. 2005, **231**(1-2), 45-48 [cit. 2017-02-10]. DOI: 10.1016/j.jns.2004.12.007. ISSN 0022510x. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022510X04005015>
- HILLER, M. Strukturierte diagnostik und evidenzbasiertes vorgehen bei schluckstörungen. *Forum Logopädie*. 2008, **4**(22), 6-11.
- HIRST, L. J. Functional investigations of the upper gastrointestinal tract. In: SCOTT-BROWN, W. G., M. GLEESON a G. G. BROWNING. *Scott-Brown's otolaryngology, head and neck surgery*. 7th ed. London: Hodder Arnold, c2008, s. 1964-1980. ISBN 0340808934.
- HORT, J. Demence. In: *Medicabáze.cz* [online]. Medicabáze.cz, c2007 [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: http://medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&catId=26&cname=Psychiatrie&termId=697&name=Demence&h =empty#jump
- HUCKABEE, M., L. Použitie monitoringu biologickej spatnej vazby na zefektívnenie rehabilitácie prehltnania. In: STANSCHUS, S. (ed.). *Metódy v klinickej dysfagiológii*. Bratislava: Kalligram, 2010, s. 11-46. ISBN 978-80-8101-336-2.

- International Association of Logopedics and Phoniatics. *FAQs from the Dysphagia Committee* [online]. c2014 [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: <http://www.ialp.info/FAQs%20from%20the%20Dysphagia%20Committee>
- JASPERSEN, D. Drug-induced oesophageal disorders: pathogenesis, incidence, prevention and management. *Drug Safety* [online]. 2000, **22**(3), 237-49 [cit. 2016-10-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10738847>
- KAGEL, M. C., N. A. LEOPOLD. Dysphagia in Huntington's disease: A 16-year retrospective. *Dysphagia* [online]. 1992, **7**(2), 106-114 [cit. 2017-04-02]. DOI: 10.1007/BF02493441. ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/BF02493441>
- KALF, J. G, B. J. M. DE SWART, B. R. BLOEM a M. MUNNEKE. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Parkinsonism & Related Disorders* [online]. 2012, **18**(4), 311-315 [cit. 2017-02-06]. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2011.11.006. ISSN 13538020. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353802011003865>
- KARAGIANNIS, M. a T. C. KARAGIANNIS. Oropharyngeal dysphagia, free water protocol and quality of life: an update from a prospective clinical trial. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine* [online]. 2014, **17**(1), 26-29 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24392465>
- KAULFUSSOVÁ, J. Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy. In: ŠKODOVÁ, E., I. JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 551-561. ISBN 978-80-7367-340-6.
- KENNA, K. P, P. T. C. VAN DOORMAAL, A. M. DEKKER, et al. NEK1 variants confer susceptibility to amyotrophic lateral sclerosis. *Nature Genetics* [online]. 2016, **48**(9), 1037-1042 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.1038/ng.3626. ISBN 10.1038/ng.3626. Dostupné z: <http://www.nature.com/doi/finder/10.1038/ng.3626>
- KLAHN, M. S. a A. L. PERLMAN. Temporal and Durational Patterns Associating Respiration and Swallowing. *Dysphagia* [online]. 1999, **14**(3), 131-138 [cit. 2016-07-28]. DOI: 10.1007/PL00009594. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/PL00009594>
- KLASNER, E. R. Huntignton disease. In: JONES, H. N. a J. C. ROSENBEK. *Dysphagia in rare conditions: an encyclopedia*. San Diego: Plural Pub., c2010, s. 267-272. Clinical dysphagia series. ISBN 1597562300.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
- KLIMENT, M., URBAN, O., FOJTÍK, P.. Poruchy motility jícnu. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 187-190. ISBN 978-80-7311-105-2.
- KOMÍNEK, P., ROSOLANKA, M., ŠTEFANIČKA, P., TEDLA, M., CHROBOK, V., PALEČEK, T.. Poruchy polykání po chirurgických výkonech. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 150-162. ISBN 978-80-7311-105-2.
- KOPEČNÝ, P. Logopedická intervence v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Rigorózní práce. Brno: MU, Pedagogická fakulta, 2012.
- KOPEČNÝ, P. Význam stabilizace komunikačních schopností u seniorů. In: *Sborník z mezinárodní vědecké konference ICOLLE 2013* [online]. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2013, s. 264-274 [cit. 2017-03-08]. ISBN 978-80-7375-825-7. Dostupné z: http://user.mendelu.cz/schmied/Sbornik_ICOLLE_2013.pdf

- KOPEČNÝ, P. Socioprofesionální status logopeda působícího v rezortu práce a sociálních věcí v České republice. *Špeciálny pedagóg: Časopis pre špeciálnopedagogickú teóriu a prax* [online]. 2014, **3** (2), 17-29 [cit. 2017-03-08]. ISSN 1338-6670. Dostupné z: http://ksp.pf.unipo.sk/data/fckeditor/casopis/%C5%AOP_2014_%C4%8D_%202.pdf
- KOPEČNÝ, P., KLENKOVÁ, J. Poskytování logopedické intervence v domovech pro seniory. In DANIELOVÁ, L., LINHARTOVÁ, D. *Sborník z mezinárodní vědecké konference ICOLLE, 2012*, s. 153-163. ISBN 978-80-7375-644-4.
- KUMAR, S., C. DOUGHTY, G. DOROS, M. SELIM, S. LAHOTI, S. GOKHALE a G. SCHLAUG. Recovery of Swallowing after Dysphagic Stroke: An Analysis of Prognostic Factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [online]. 2014, **23**(1), 56-62 [cit. 2017-02-02]. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.09.005. ISSN 10523057. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S105230571200314X>
- LANGMORE, S. E., MILLER, R. M. Behavioral treatment for adults with oropharyngeal dysphagia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 1994, **75**(10), 1154-1160 [cit. 2017-01-29]. DOI: 10.1016/0003-9993(94)90094-9. ISSN 00039993. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0003999394900949>
- LANGMORE, S. E., M. S. TERPENNING, A. SCHORK, Y. CHEN, J. T. MURRAY, D. LOPATIN a W. J. LOESCHE. Predictors of Aspiration Pneumonia: How Important Is Dysphagia? *Dysphagia* [online]. 1998, **13**(2), 69-81 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1007/PL00009559. ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/PL00009559>
- LARSON, C. Neurophysiology of Speech and Swallowing. *Seminars in Speech Language* [online]. 1985, **6** (4), 275-291 [cit. 2016-09-05]. Dostupné z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0028-1085209>
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990. ISBN 80-08-0047-9.
- LEIBOVITZ, A., Y. BAUMOEHL, E. LUBART, A. YAINA, N. PLATINOVITZ a R. SEGAL. Dehydration among Long-Term Care Elderly Patients with Oropharyngeal Dysphagia. *Gerontology* [online]. 2007, **53**(4), 179-183 [cit. 2016-10-27]. DOI: 10.1159/000099144. ISSN 0304-324x. Dostupné z: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000099144>
- LESLIE, P., McHANWELL, S. Physiology of swallowing. In: SCOTT-BROWN, W. G., M. GLEESON a G. G. BROWNING. *Scott-Brown's otorhinolaryngology, head and neck surgery*. 7th ed. London: Hodder Arnold, c2008, p. 1954-1963. ISBN 0340808934.
- LIM, A., L. LEOW, M. L. HUCKABEE, C. FRAMPTON a T. ANDERSON. A Pilot Study of Respiration and Swallowing Integration in Parkinson's Disease: "On" and "Off" Levodopa. *Dysphagia* [online]. 2008, **23**(1), 76-81 [cit. 2017-02-06]. DOI: 10.1007/s00455-007-9100-9. ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00455-007-9100-9>
- LOGEMANN, J. A. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 2nd ed. Austin, Tex.: PRO-ED, c1998. ISBN 0-89079-728-5.
- LOGEMANN, J. A. Behavioral Management for Oropharyngeal Dysphagia. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* [online]. 1999, **51**(4-5), 199-212 [cit. 2017-01-29]. DOI: 10.1159/000021497. ISSN 1021-7762. Dostupné z: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000021497>
- LOVE, R. J. a W. G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

MACLEOD, M., C. J. MUMFORD. Neurological disease. In: AXFORD, John S. a C. A. O'CALLAGHAN. *Medicine*. 2nd ed. Malden, Mass.: Blackwell Science, c2004, s. 867-958. ISBN 978-0632051625.

MANDYSOVÁ, P., EHLER, E., ŠKVRŇÁKOVÁ, J., ČERNÝ, M., KOTULEK, M. Tvorba osmipoložkového testu pro screening poruch polykání sestrou. In: Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie [online], 2012, vol. 2, no. 2, pp. 45–50. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2012/02/45-tvorba-osmipolozkoveho-testu-pro-screening-poruch-polykani-sestrou-2012-2-2.pdf.

MANN, G., G. J. HANKEY a D. CAMERON. Swallowing Function After Stroke: Prognosis and Prognostic Factors at 6 Months. *Stroke* [online]. 1999, **30**(4), 744-748 [cit. 2017-02-02]. DOI: 10.1161/01.STR.30.4.744. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.STR.30.4.744>

MANORENJ, S., S. INTURI, B. JYOTSNA, D. ARELLI, O. B. REDDY a N. PANCHETI. Guillain-Barré syndrome: Clinical profile and Consensus to revise Hughes grade 5. *International Journal of Medicine and Public Health* [online]. 2016, **6**(4), 193-199 [cit. 2017-02-03]. DOI: 10.5530/ijmedph.2016.4.10. ISBN 10.5530/ijmedph.2016.4.10. Dostupné z: <http://ijmedph.org/article/497>

MARCHESE-RAGONA, R., D. A. RESTIVO, G. MARIONI, G. OTTAVIANO, S. MASIERO a A. STAFFIERI. Evaluation of swallowing disorders in multiple sclerosis. *Neurological Sciences* [online]. 2006, **27**(S4), s335-s337 [cit. 2017-02-09]. DOI: 10.1007/s10072-006-0654-3. ISSN 1590-1874. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10072-006-0654-3>

MELO, A. a L. MONTEIRO. Swallowing improvement after levodopa treatment in idiopathic Parkinson's disease: Lack of evidence. *Parkinsonism & Related Disorders* [online]. 2013, **19**(3), 279-281 [cit. 2017-02-06]. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2012.11.017. ISSN 13538020. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353802012004506>

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

MILLER, R. M., D. BRITTON. *Dysphagia in neuromuscular diseases*. San Diego: Plural Publishing, 2011. ISBN 9781597563697.

MOSHEIM, J.. Frazier Water Protocol. In: *Advanced Healthcare Network: for Speech and Hearing* [online]. King of Prussia: Merion Publication, 2006 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://speech-language-pathology-audiology.advanceweb.com/Article/Frazier-Water-Protocol-1.aspx>

MYERS, R. H. Huntington's disease genetics. *NeuroRX* [online]. 2004, **1**(2), 255-262 [cit. 2017-03-02]. DOI: 10.1602/neurorx.1.2.255. ISSN 1545-5343. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1602/neurorx.1.2.255>

NGUYEN, N. P., C. FRANK, C. C. MOLTZ, et al. Impact of dysphagia on quality of life after treatment of head-and-neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* [online]. 2005, **61**(3), 772-778 [cit. 2016-10-22]. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2004.06.017. ISSN 03603016. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0360301604010740>

NOGUEIRA, D. Presbyphagia. In: MANKEKAR, G. *Swallowing – Physiology, Disorders, Diagnosis and Therapy* [online]. New Delhi: Springer India, 2015, p. 189-218 [cit. 2016-07-24]. ISBN 978-81-322-2418-1. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/978-81-322-2419-8_10

NOGUEIRA, D., E. REIS. Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clinical Interventions in Aging* [online]. 2013, **8**, 221-227 [cit. 2017-03-09]. DOI: 10.2147/CIA.S39452. ISSN 1178-1998. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/swallowing-disorders-in-nursing-home-residents-how-can-the-problem-be-peer-reviewed-article-CIA>

OGNA, A., H. PRIGENT, M. LEJAILLE, P. SAMB, T. SHARSHAR, D. ANNANE, F. LOFASO a D. ORLIKOWSKI. *Swallowing and swallowing-breathing interaction as predictors of intubation in Guillain-Barré syndrome* [online]. 2017, **7**(2) [cit. 2017-02-03]. DOI: 10.1002/brb3.611. ISBN 10.1002/brb3.611. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/brb3.611>

O'LOUGHLIN, G., C. SHANLEY. Swallowing Problems in the Nursing Home: A Novel Training Response. *Dysphagia* [online]. 1998, **13**(3), 172-183 [cit. 2017-03-11]. DOI: 10.1007/PL00009569. ISSN 0179-051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/PL00009569>

PARK, Y. H., H. R. HAN, B. M. OH, J. LEE, J. PARK, S. J. YU a H. CHANG. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing* [online]. 2013, **34**(3), 212-217 [cit. 2017-03-10]. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2013.02.014. ISSN 01974572. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457213000633>

PARK, Y. H., H. L. BANG, H. R. HAN a H. K. CHANG. Dysphagia Screening Measures for Use in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of Korean Academy of Nursing* [online]. 2015a, **45**(1), 1 - [cit. 2016-10-28]. DOI: 10.4040/jkan.2015.45.1.1. ISSN 2005-3673. Dostupné z: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2015.45.1.1>

PARK, Y., S. OH, H. CHANG a H. L. BANG. Effects of the Evidence-Based Nursing Care Algorithm of Dysphagia for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 2015b, **41**(11), 30-39 [cit. 2017-03-11]. DOI: 10.3928/00989134-20151015-04. ISSN 0098-9134. Dostupné z: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00989134-20151015-04>

PASANEN, M. E. Guillain-Barré Syndrome. *Hospital Medicine Clinics* [online]. 2015, **4** (2), 177-190 [cit. 2017-02-03]. DOI: 10.1016/j.ehmc.2014.12.005. ISSN 22115943. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211594314000744>

PELLETIER, C. A. What Do Certified Nurse Assistants Actually Know About Dysphagia and Feeding Nursing Home Residents? *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. 2004, **13**(2), 99- [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1044/1058-0360(2004/012). ISSN 1058-0360. Dostupné z: [http://ajslp.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/1058-0360\(2004/012\)](http://ajslp.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/1058-0360(2004/012))

PIONTELLI, A.. *Development of normal fetal movements: Last 15 weeks of gestation*. Milan: Springer, c2015. ISBN 978-88-470-5372-4.

POORJAVAD, M., F. DERAKHSHANDEH, M. ETEMADIFAR, B. SOLEYMANI, A. MINAGAR a A. H. MAGHZI. Oropharyngeal dysphagia in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal* [online]. 2010, **16**(3), 362-365 [cit. 2017-02-09]. DOI: 10.1177/1352458509358089. ISSN 1352-4585. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1352458509358089>

PROVENCIO-ARAMBULA, M., D. PROVENCIO a M. N. HEGDE. *Treatment of dysphagia in adults: resources and protocols in English and Spanish*. Brisbane, Queensland: Plural Publishing Inc., 2007. ISBN 978-1-59756-845-6.

ROSENBEK, J. C. a H. N. JONES. *Dysphagia in movement disorders*. San Diego: Plural Publishing, 2008. Clinical dysphagia series. ISBN 978-1-59756-755-8.

SEÇİL, Y., Ş. ARICI, T. K. İNCESU, N. GÜRGÖR, Y. BECKMANN a C. ERTEKIN. Dysphagia in Alzheimer's disease. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology* [online]. 2016, **46**(3), 171-178 [cit. 2017-02-04]. DOI: 10.1016/j.neucli.2015.12.007. ISSN 09877053. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987705316000095>

Seniorcentrum Slavkov: Domov pro seniory [online]. c2017 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://seniorcentrumslavkov.cz/>

SHAKER, R., M. KERN, E. BARDAN, et al. Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise. *American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology* [online]. 1997, **272**(6), 1518-1522 [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://ajpgi.physiology.org/content/272/6/G1518>

SHAKER, R., C. EASTERLING, M. KERN, et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology* [online]. 2002, **122**(5), 1314-1321 [cit. 2017-01-31]. DOI: 10.1053/gast.2002.32999. ISSN 00165085. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508502623133>

SHARKAWI, A. E. Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT®): a pilot study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [online]. **72**(1), 31-36 [cit. 2017-02-08]. DOI: 10.1136/jnnp.72.1.31. ISSN 00223050. Dostupné z: <http://jnnp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jnnp.72.1.31>

SHOESMITH, C. L., NICOLLE M. W. Myasthenia gravis. In: JONES, H. N. a J. C. ROSENBEK. *Dysphagia in rare conditions: an encyclopedia*. San Diego: Plural Pub., c2010, s. 393-400. Clinical dysphagia series. ISBN 1597562300.

STANNILAND, C. a D. TAYLOR. Tolerability of Atypical Antipsychotics. *Drug Safety* [online]. 2000, **22**(3), 195-214 [cit. 2016-10-26]. DOI: 10.2165/00002018-200022030-00004. ISSN 0114-5916. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.2165/00002018-200022030-00004>

STANSCHUS, S. (ed.). *Metódy v klinickej dysfagiológii*. Bratislava: Kalligram, 2010. ISBN 978-80-8101-336-2.

SWIGERT, N., L. RIQUELME a C. STEELE. FAQs on Swallowing Screening. In: *American Speech-Language-Hearing Association* [online]. Steering Committee of Special Interest Division 13, 2009 [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://www.asha.org/uploadedFiles/FAQs-on-Swallowing-Screening.pdf#search=%22dysphagia%22>

TANNER, D. C. *Medical-legal and forensic aspects of communication disorders, voice prints, and speaker profiling*. Tucson, AZ: Lawyers & Judges Pub., c2007. ISBN 1933264136.

TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.

TEDLA, M., GROSS, R. D. Základné klinické vyšetrenie prehltania. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 52-57. ISBN 978-80-7311-105-2.

TEDLA, M., CHORVÁTH, M.. Onkologické choroby a následky ich nechirurgickej liečby. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 169-173. ISBN 978-80-7311-105-2.

TEDLA, M., MOKOŠ, M. Normální a narušený hltací akt. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 40-50. ISBN 978-80-7311-105-2.

TEDLOVÁ, E., MUCSKA, I. Aspiračná penumónia a aspiračná pneumonitída. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 138-142. ISBN 978-80-7311-105-2.

TRAPL, M., P. ENDERLE, M. NOWOTNY, Y. TEUSCHL, K. MATZ, A. DACHENHAUSEN a M. BRAININ. Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke* [online]. 2007, **38**(11), 2948-2952 [cit. 2016-10-28]. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.483933. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

VAŇATKA, R., URBAN, O., VÍTEK, P., EHLER, E. Další vyšetřovací metody. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 72-88. ISBN 978-80-7311-105-2.

VEDRÖDYOVÁ, M., A. SCHINDLER. Poruchy prehltania. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Logopédia*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2016, s. 266-284. ISBN 978-80-223-4165-3.

VENES, D., ed. *Taber's cyclopedic medical dictionary*. Ed. 22, illustrated in full color. Philadelphia: F. A. Davis, 2013. ISBN 978-0-8036-2978-3.

VENES, D., ed. *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 23rd ed. F. A. Davis, 2017. ISBN 978-0-8036-5904-9.

Veřejný ochránce práv. *Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv: Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem*. [online]. Brno, 2015 [cit. 2017-03-15]. ISBN 978-80-87949-11-5. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf

VITÁSKOVÁ, K. Poruchy polykání – dysfagie. In: VITÁSKOVÁ, K., A. PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 85-99. ISBN 80-244-1088-5.

VOKURKA, M. a J. HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

Vzdělávání: Specializační studium logopedů ve školství. *Asociace logopedů ve školství*. [online]. c2008 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: http://www.alos.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=76

What is dysphagia? *Dysphagia.ie* [online]. Nutricia, c2014 [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: http://dysphagia.ie/index.php/educational-videos/articles/what_is_dysphagia

World Health Organisation. *ICD-11 Beta Draft* [online]. Last update 2017 March 31 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/>

YEH, S. J., K. Y. HUANG, T. G. WANG, et al. Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*[online]. 2011, **306**(1-2), 38-41 [cit. 2016-10-28]. DOI: 10.1016/j.jns.2011.04.001. ISSN 0022510x. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022510X11001821>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2006. ISSN:1211-1244.

ZELENÍK, K., KOMÍNEK, P., URBAN, O.. Dysfagie a gastroesofageální reflux. In: TEDLA, Miroslav. *Poruchy polykání: Poruchy prehltania*. Editor Viktor CHROBOK. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2009. Medicína hlavy a krku, s. 179-186. ISBN 978-80-7311-105-2.

ZDROJE OBRÁZKŮ

Degradacia nervového vlákna [obrázek]. In: Cyklisti od Tatier k Dunaju Sclerosis multiplex dnes prešli Liptovským Hrádkom. Môj športový obchod [online]. c2017 [cit. 2017-03-31]. Upraveno. Dostupné z: <http://www.jurcosport.com/news/2016-cyklisti-od-tatier-k-dunaju-sclerosis-multiplex-dnes-presli-liptovskym-hradkom/>

Myasthenia gravis [obrázek]. In: Myasthenia gravis. *Fit for life: wellness & rehab center* [online]. c2016 [cit. 2017-03-31]. Upraveno. Dostupné z: <https://www.fitforlifewellnessclinic.com/health-concerns/autoimmune-disease/myasthenia-gravis/>

What is Alzheimer's disease [obrázek]. In: Alzheimer's Disease. *Johns Hopkins Medicine* [online]. [cit. 2017-02-05]. Upraveno. Dostupné z: http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/conditions/adult/nervous_system_disorders/alzheimers_disease_85,p00772/

What is stroke [obrázek]. In: Stroke programs. *Cleveland FES Center* [online]. 2016 [cit. 2017-02-01]. Upraveno. Dostupné z: <http://fescenter.org/clinical-programs/current-clinical-trials/stroke-programs/>

SEZNAM ZKRATEK

AD	Alzheimerova nemoc
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
b.	body
CPLOL	Stálá styčná komise logopedů Evropské unie
CMP	Cévní mozková příhoda
FEES	Videoendoskopie
FWP	Frasier water protocol/Free water protocol
GB	Guillain Barré syndrom
HD	Huntingtonova choroba
ibid.	Z lat. ibidem, tamtéž
MG	Myastenia gravis
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PD	Parkinsonova nemoc
RS	Roztroušená skleróza
Tab.	Tabulka
VFSS	Videofluoroskopie
WHO	World Health Organisation

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1: Zastoupení pracovníků v jednotlivých fázích šetření
- Graf 2: Respondenti dle jednotlivých zařízení
- Graf 3: Profesní rozložení respondentů
- Graf 4: Znalost pojmu dysfagie
- Graf 5: Přítomnost klientů s dysfagií v zařízení
- Graf 6: Odhad počtu klientů s dysfagií na pracovišti
- Graf 7: Informovanost o problematice dysfagií
- Graf 8: Informovanost z pohledu profesního zařazení
- Graf 9: Zájem o další informace
- Graf 10: Projevy dysfagie
- Graf 11: Důsledky dysfagie
- Graf 12: Odborníci zabývající se problematikou dysfagií
- Graf 13: Tichá aspirace
- Graf 14: Bezpečnost řídkých tekutin
- Graf 15: Vhodná poloha při stravování
- Graf 16: Stravování klientů s dysfagií
- Graf 17: Úprava tekutin
- Graf 18: Způsob úpravy tekutin
- Graf 19: Nevhodné potraviny
- Graf 20: Pomůcky pro stravování
- Graf 21: Respondenti druhé fáze šetření dle jednotlivých zařízení
- Graf 22: Profesní rozložení respondentů druhé fáze šetření
- Graf 23: Míra naplnění očekávání
- Graf 24: Míra užitečnosti videí
- Graf 25: Potřeba doplnění videí

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Kvantifikátory MKF

Tabulka 2: Srovnání videoendoskopie a videofluoroskopie

Tabulka 3: Penetračně-aspirační škála podle Rosenbeka

Tabulka 4: Komparace náhledu na kompenzační a rehabilitační přístupy

Tabulka 5: Domov sv. Zdislavy - účast pracovníků na výzkumném šetření

Tabulka 6: Domov pro seniory Seniorcentrum - účast pracovníků na výzkumném šetření

Tabulka 7: Domov pro seniory Kamenec - účast pracovníků na výzkumném šetření

Tabulka 8: Domov Magnolie - účast pracovníků na výzkumném šetření

Tabulka 9: Počty respondentů v jednotlivých zařízeních pobytových sociálních služeb

Tabulka 10: Přehled respondentů druhé fáze šetření

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma hemoragické a ischemické cévní mozkové příhody

Obrázek 2: Mozek osoby s Alzheimerovou nemocí

Obrázek 3: Demyelinizace nervového vlákna

Obrázek 4: Ptóza u osoby s Myastenii gravis

Obrázek 5: Časový harmonogram realizace výzkumného šetření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Gugging Swallowing Screen

Příloha č. 2 Vyšetření hlavových nervů

Příloha č. 3 Cvičení pro zlepšení orální kontroly, zvětšení rozsahu orálních pohybů a uzávěr dýchacích cest

Příloha č. 4 Tematické okruhy kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách

Příloha č. 5 Dotazník k poruchám polykání

Příloha č. 6 Zpětnovazebný dotazník

Příloha č. 7 Informovaný souhlas

GUSS

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:
Datum:
Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	<u>Volní</u> kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ 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"/>
Celkem:		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

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

V následujícím pořadí:	1 →	2 →	3 →
	ZAHUŠŤENÁ TEKUTINA [*]	TEKUTINA ^{**}	PEVNÁ STRAVA ^{***}
POLYKÁNÍ:			
▪ 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"/>
KAŠEL (bezdělný): 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"/>
DROOLING:			
▪ 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"/>
ZMĚNA HLASU: (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"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovaadlem (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		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

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

Příloha č. 2 Vyšetření hlavových nervů (CICHERO, J. Clinical Assessment, Cervical Auscultation and Pulse Oximetry. In: CICHERO, J. A. Y., B. E. MURDOCH. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. New York: Wiley, c2006, p. 149-190. ISBN 9781861565051.)

Hlavový nerv	Navrhované vyšetření
nervus trigeminus (V.)	<ul style="list-style-type: none"> • skousnutí zubů (odhmatání kontrakcí m. masseter a m. temporalis) • otevření úst proti odporu
nervus facialis (VII.)	<p>senzorická funkce</p> <ul style="list-style-type: none"> • slané, sladké, kyselé, hořké sousto <p>motorická funkce</p> <ul style="list-style-type: none"> • mračení, otevření, zavření očí • otevřít, zavřít ústa, usmát se, nehlasně artikulovat „o“, „e“ • nafouknutí tváří
nervus glossopharyngeus (IX.), nervus vagus (X.)	<ul style="list-style-type: none"> • pohyb patra při fonaci „aaah“ (symetrie/asymetrie měkkého patra; při asymetrii se uvula přibližuje k nezasazené straně) • vyvolání dávivého reflexu (v posteriorní části jazyka, v oblasti patrových mandlí, na měkkém patře, případně na zadní stěně hltanu; sledujeme oboustranně) • prodloužená fonace „aaa“ (kvalita hlasu) • kašel (výzva k volnímu kašli – schopnost následovat instrukce, jeho existence, síla; reflexní kašel) • polknutí tzv. „na sucho“/polknutí slin
nervus hypoglossus (XII.)	<ul style="list-style-type: none"> • jazyk v klidu (výskyt fascikulací, atrofie) • pohyby jazyka (protruze, elevace k nosu, deprese k bradě, laterální a cirkulární pohyby; při podezření na apraxii lepší než přímé instrukce jsou pokyny typu: „Máte něco na horním rtu, dokážete to olíznout?“) • cvičení proti odporu (jazyk proti špátli, do tváří proti současnému odporu) • přesnost artikulace, přítomnost dysartrie (vliv jazyka na srozumitelnost promluvy)

Příloha č. 3 Cvičení pro zlepšení orální kontroly, zvětšení rozsahu orálních pohybů a uzávěr dýchacích cest (LOGEMANN, J. A. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 2nd ed. Austin, Tex.: PRO-ED, c1998. ISBN 0 -89079-728-5.)

- *Rozsah pohybu jazyka* - tato cvičení by měla vést ke zlepšení orálního tranzitu
 - maximálně otevřít ústa, zvednout jazyk před ústy směrem vzhůru, podržet 1 vteřinu a povolit,
 - maximální elevace kořene jazyka, podržet 1 vteřinu a povolit,
 - špičkou jazyka se dotknout vnitřní strany tváří (s maximálním protažením jazyka),
 - maximální vyplazení jazyka z úst, držet 1 vteřinu, pak vtáhnout jazyka co nejvíce zpátky, podržet 1 vteřinu.

Cvičení by se měla opakovat 5 – 10krát za jedno sezení a celou sérii opakovat 5 – 10krát denně. Tyto cviky mají vliv na srozumitelnost řeči a na orofaryngeální polykací schopnosti u pacientů s rakovinou úst.
- *Cvičení proti odporu* – mají vliv jak na rozsah pohybu, tak na svalovou sílu
 - tlačít proti špátli, která je k jazyku přiložena ze strany 1 vteřinu a povolit,
 - tlačít přímo proti špátli, která je v kontaktu s hrotem jazyka.
- *Cvičení ke zlepšení kontroly bolusu*
 - *Ke zlepšení hrubé manipulace* – gázový polštářek o rozměrech cca 10 x 10 cm, s jedním koncem manipuluje pacient a druhý kontroluje logoped,
 1. uchopení gázy mezi jazyk a patro, pohybování s ní do stran, dopředu a dozadu; každý pokus by měl sám pacient zhodnotit a určit, kde se materiál nachází,
 2. pohybovat gázou kruhovitými pohyby ze středu úst k zubům na straně, zpátky do středu úst a zpátky k zubům na téže straně jako při žvýkání jídla; po dosažení určité rychlosti vyzkoušet totéž s bonbonem kruhovitého tvaru přivázaného na niti, kterou drží logoped, následně s kouskem tkaniny namočené v malém množství pomerančového/brusinkového džusu (pouze v případě, kdy je aspirace minimální) a nakonec s menším objektem (je stále kontrolován klinikem),
 3. manipulace se žvýkačkou, která již není kontrolována nikým jiným než pacientem.
 - *K udržení kohezního bolusu* – následují až po zvládnutí předchozích,
 - jednodušší je konzistence pasty, o objemu 1/3 lžičky; bolus se umístí na jazyk a úkolem je pohybovat jím v ústech bez toho, aby se rozprostřel po celých ústech, má zůstat pohromadě,

- po zvládnutí se přidává na objemu, následně se pokračuje s tekutinou o objemu 1/3 lžičky, a opět je úkolem udržet ji pohromadě, bez toho aby byla spolknuta nebo se rozšířila po celých ústech.
- *Posouvání bolusu*
 - úzká rulička gázy o délce asi 10 cm namočená v pomerančovém/brusinkovém džusu - umístí se do úst a úkolem je tlačit směrem nahoru a dozadu proti gáze jazykem, tak vytlačit tekutinu a současně ji tlačit dozadu také, malé množství tekutiny může stimulovat polknutí, konec gázy drží logoped,
 - při malém vertikální rozsahu pohybu jazyka je možno použít více gázy pro větší ruličku, se zlepšením rozsahu pohybu se tloušťka gázy může zmenšovat.
- *Uzávěr dýchacích cest*
 - pokud nelze docílit uzávěru dýchacích cest posturálními změnami či polykacími manévry, mělo by se začít s těmito cvičeními;
 - v sedě na židli zadržet dech, zatlačit oběma rukama do židle při zadrženém dechu asi na 1 vteřinu a povolit,
 - opakovat asi 5 minut 5 - 10krát denně,
 - nevhodné při kardiovaskulárním onemocnění (tlačení může vést ke zvednutí krevního tlaku).
- *Cvičení kořene jazyka*
 - vtáhnout jazyk do úst, co nejvíce a držet 1 vteřinu,
 - předstírání kloktání,
 - předstírání zívnutí.

Příloha č. 4 Tematické okruhy kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách uvedené v § 37 odst. 2 a 3 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Obecná část zahrnuje:

- a) úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb,*
- b) základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace,*
- c) úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie,*
- d) základy ochrany zdraví,*
- e) etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost,*
- f) základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě,*
- g) sociálně právní minimum,*
- h) metody sociální práce.*

Tematické okruhy zvláštní části:

- a) základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění,*
- b) aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času,*
- c) prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby,*
- d) základy výuky péče o domácnost,*
- e) odborná praxe,*
- f) krizová intervence,*
- g) úvod do problematiky zdravotního postižení,*
- h) zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.*

Příloha č. 5 Dotazník k poruchám polykání

Dobrý den, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku týkajícího se poruch polykání. Tento dotazník je anonymní a bude použit pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za spolupráci a Váš čas, který vyplnění věnujete.

Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) zdravotnický pracovník – zdravotní sestra
- b) pracovník v sociálních službách
- c) jiné; doplňte _____

Znáte pojem dysfagie?

- a) ano
- b) ne

Setkáváte se na pracovišti s klienty s dysfagií?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Přibližně jaké procento tvoří klienti s dysfagií ve Vašem zařízení?

- a) 75% a více
- b) 50% – 75%
- c) 25% – 50%
- d) 10% – 25%
- e) méně než 10%

Myslíte si, že máte o dysfagiích dostatek informací?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud ano, odkud? _____

Měli byste zájem o další informace, případně metodiku týkající se péče o klienty s dysfagií?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

1. Víte, jak se dysfagie projevuje? Zkuste uvést alespoň 4 projevy.

2. Které z následujících důsledků se dle Vašeho názoru mohou vyskytovat u dysfagie?

- malnutrice²³
- záněty horních cest dýchacích
- dehydratace
- zažívací potíže
- úmrtí
- únava
- vyrážka
- nevím

²³ stav zhoršené výživy, která neodpovídá potřebám organismu

3. Vyberte dvojici odborníků, kteří se podrobněji zabývají problematikou dysfagií:
- praktický lékař a fyzioterapeut
 - neurolog a psychiatr
 - otorinolaryngolog a klinický logoped
 - fyzioterapeut a rehabilitační lékař
4. Myslíte si, že aspiraci²⁴ vždy doprovází kašel?
- ano
 - ne
 - nevím
5. Pro pití jsou nejbezpečnější řídké tekutiny.
- ano
 - ne
 - nevím
6. Jaká je vhodná poloha klientů při jídle?
- v leže na zádech (naklonění méně než 30°)
 - v polosedě, naklonění 45°
 - v polosedě, naklonění 60°
 - v sedě v úhlu 90°, s mírně předkloněnou hlavou
7. Klienti s dysfagií by se měli vždy stravovat:
- samostatně
 - pod dohledem/být krmeni
 - prostřednictvím enterální výživy (nasogastrická sonda/PEG)
8. Lze nějak upravit tekutiny?
- ano, jak? _____
 - ne
 - nevím
9. Víte, které potraviny pro klienty s dysfagií představují riziko? Nevhodné potraviny zaškrtněte.
- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| jablko | <input type="checkbox"/> |
| bramborová kaše | <input type="checkbox"/> |
| oříšky | <input type="checkbox"/> |
| polévka s játrovými knedlíčky | <input type="checkbox"/> |
| karamelka | <input type="checkbox"/> |
| majonéza | <input type="checkbox"/> |
| sušenky | <input type="checkbox"/> |
| další nevhodné potraviny: | _____ |
10. Znáte nějaké pomůcky pro stravování/pití klientů s dysfagií?
- ano, jaké? _____
 - ne

Zde je prostor pro Váš komentář:

²⁴ vdechnutí cizího útvaru, nejčastěji sousta nebo tekutiny

Příloha č. 6 Zpětnovazebný dotazník

ZPĚTNÁ VAZBA PO ZHLÉDNUTÍ VIDEÍ

Dobrý den, chtěla bych Vás poprosit o vyplnění. Tento dotazník je anonymní a bude použit pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za spolupráci a Váš čas, který vyplnění věnujete.

Jaké je Vaše pracovní zařazení?

a) zdravotnický pracovník – zdravotní sestra

c) pracovník v sociálních službách

d) jiné; doplňte _____

1. Prosím, zkuste zhodnotit, do jaké míry videa splnila Vaše očekávání:

splnila částečně splnila nevím spíše nesplnila nesplnila

2. Zhodnoťte, do jaké míry jsou pro Vás informace obsažené ve videích užitečné (pomohou Vám orientovat se v problematice dysfagie, při práci s klienty s dysfagií):

užitečné spíše užitečné nevím spíše neužitečné neužitečné

3. Je něco, co byste do videí doplnili?

4. Byly pro Vás informace předkládané ve videích srozumitelné? Pokud ne, uveďte konkrétní příklady.

Zde je prostor pro Váš komentář:

Příloha č. 7 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM AUDIOVIZUÁLNÍHO MATERIÁLU

pořízeného za účelem diplomové práce

**MOŽNOSTI PŘÍSTUPU K DOSPĚLÝM KLIENTŮM S DYSFAGIÍ V PODMÍNKÁCH POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH
SLUŽEB**

Diplomová práce je zpracovávána Lenkou Fryčovou, studentkou oboru logopedie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem práce je vytvoření materiálu, který pomůže personálu v přímé péči o dospělé klienty s poruchami polykání. Výsledný materiál by měl nejen informovat o této problematice, ale také ilustrovat vhodný přístup a kompenzační techniky využitelné u těchto klientů. Audiovizuální podoba materiálu byla zvolena z důvodu lepší přenositelnosti sdělení oproti psané podobě doplněné o fotografie. Vytvořená videa budou použita pro účel diplomové práce a budou dále dostupná pro vzdělávání dalších pracovníků přímé péče, logopedů a osob, které pečují o své blízké s poruchami polykání.

Vzhledem k povaze zamýšleného materiálu Vás chci ujistit, že veškeré osobní údaje účastníků zůstanou v anonymitě. V případě pochybností budete mít možnost kdykoli od účasti odstoupit.

Tímto bych Vás chtěla požádat o poskytnutí souhlasu s účastí a následným využitím audiovizuálního materiálu ke studijním účelům.

.....

Lenka Fryčová

Souhlasím s účastí ve videích a s poskytnutím tohoto výzkumného materiálu pro výše popsané účely.

Jméno a příjmení

V dne

.....

Podpis

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Fryčová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Možnosti přístupu k dospělým klientům s dysfagií v podmínkách pobytových sociálních služeb
Název v angličtině:	Possibilities of approach to adult clients with dysphagia in residential care services environment
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá dysfagií u dospělých osob. Teoretická část vymezuje dysfagii, pojednává o anatomii, fyziologii a patologii polykání, onemocněních se současným výskytem dysfagie a managementu poruch polykání v pobytových sociálních službách. Praktická část analyzuje přístup personálu pobytových sociálních služeb k těmto klientům a jejich povědomí o problematice dysfagií. Dále prezentuje obsah vytvořeného audiovizuálního materiálu a zpětnou vazbu personálu po jeho zhlédnutí.
Klíčová slova:	Dysfagie, polykání, pobytové sociální služby, audiovizuální materiál, povědomí o dysfagii
Anotace v angličtině:	This thesis deals with dysphagia in adults. The theoretical part defines dysphagia, discusses anatomy, physiology and pathology of deglutition, diseases connected with dysphagia and the management of dysphagia in residential care services. The practical part provides an analysis of a staff approach towards clients with dysphagia in residential care services and their awareness of dysphagia. Furthermore it describes the created audiovisual material and feedback of the staff after watching it.
Klíčová slova v angličtině:	Dysphagia, swallowing, residential care services, audiovisual material, dysphagia awareness
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Gugging Swallowing Screen Příloha č. 2 Vyšetření hlavových nervů Příloha č. 3 Cvičení pro zlepšení orální kontroly, zvětšení rozsahu orálních pohybů a uzávěr dýchacích cest Příloha č. 4 Tematické okruhy kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách Příloha č. 5 Dotazník k poruchám polykání Příloha č. 6 Zpětnovazebný dotazník Příloha č. 7 Informovaný souhlas
Rozsah práce:	108 stran + 10 stran příloh + audiovizuální materiál (DVD)
Jazyk práce:	Český jazyk