

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

Bc. Alena Pařízková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Posuzování polykací funkce u seniorů s neurologickou diagnózou

Bc. Alena Pařízková

Diplomová práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Pařízková**
Osobní číslo: **Z15309**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Posuzování polykací funkce u seniorů s neurologickou
diagnózou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

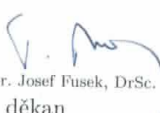
Seznam odborné literatury:

1. Tedla et al. Poruchy polykání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009.
2. Mandysová, Ehler. Role sestry při screeningu poruch polykání. Neurologie pro praxi, 2011;12(6):426-429. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/12.pdf>.
3. Petržílková et al. Subjektivní hodnocení polykací funkce u seniorů: využití zahraničního nástroje EAT-10. Kontakt, 2012;14(3):261-268. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012095317974506.pdf>.
4. Mandysová et al. Tvorba osmipoložkového testu pro screening poruch polykání sestrou. Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie, 2012;2(2):45-50. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/tvorba-osmipolozkoveho-testu-pro-screening-poruch-polykani-sestrou>
5. Mandysová et al. Development of the Brief Bedside Dysphagia Screening Test - Revised. Acta Medica, 2015;58(2):49-55. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26455566>.

Vedoucí diplomové práce: Petra Mandysová, MSN, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3. 5. 2017

Bc. Alena Pařízková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Petře Mandysové MSN, Ph.D. za odborné vedení práce, ochotně věnovaný čas a velmi cenné a podnětné rady při psaní práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem sestřičkám, z neurologického oddělení, za ochotu a pomoc při provádění výzkumné části práce.

Ráda bych také poděkovala svým rodičům a celé mé rodině, kterým patří ten největší dík. Po celou dobu mého odborného studia mě podporovali a byli mi pevnou oporou. Bez rodičů bych nebyla tím, čím jsem.

ANOTACE

Diplomová práce se zaměřuje na subjektivní posouzení polykací funkce u seniorů (osoby s věkem nad 65 let a více) s neurologickou diagnózou. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena na popis teoretických východisek pro praktickou část. Skládá se z kapitol, které popisují polykací akt, prevalenci potíží s polykáním, diagnostiku a komplikace s polykáním. Následuje kapitola o kvalitě života obecně, dále je popsána kvalita života u seniorů a u pacientů s porušeným polykáním. Poslední malá kapitola je věnovaná výzkumům, které již byly provedené na téma porušené polykání.

V praktické části jsou popsány informace o výzkumném šetření a interpretace výsledků.

Cílem práce je zjistit, jak respondenti subjektivně hodnotí svoji polykací funkci/kvalitu života spojenou s polykáním pomocí dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dysfagie, EAT 10, MINI – COG, Sydneyský dotazník na téma polykání, SWAL-QOL, senior

TITLE

Recognition of swallowing function in older adults with neurological diagnosis

ANNOTATION

The diploma thesis focuses on the subjective recognition of swallowing function in older adults (persons aged 65 and over) with neurological diagnosis. It is divided into a theoretical and practical part.

The theoretical part is focused on the description of the theoretical background for the practical part. It consists of chapters describing the swallowing act, the prevalence of swallowing, diagnosis, and swallowing complications. The following is a chapter about quality of life in general, the quality of life with seniors and patients with diseased swallowing. The last small chapter is devoted to research that has already been done on the topic of diseased swallowing.

The practical part describes information about research and interpretation of results.

The aim of this work is to find out how respondents subjectively evaluate their swallowing function / quality of life associated with swallowing by means of a questionnaire survey.

KEYWORDS

Dysphagia, EAT-10, Mini-Cog, Sydney Swallow Questionnaire, SWAL-QOL, seniors,

OBSAH

Úvod.....	12
CÍLE PRÁCE.....	16
I. Teoretická část	17
1 Polykání	17
1.1 Anatomie polykacích cest	17
1.2 Fyziologie polykacích cest.....	17
1.2.1 Polykací akt.....	18
1.2.2 Hlavové nervy zapojené do polykacího aktu	18
1.3 Prevalence poruch polykání	19
1.4 Dělení dysfagie.....	19
1.4.1 Orofaryngeální dysfagie	19
1.4.2 Ezofageální dysfagie	20
1.5 Symptomy upozorňující na potíže s polykáním.....	20
1.5.1 Změny polykacího aktu u seniora	20
1.6 Diagnostika poruch polykání	21
1.6.1 Subjektivní posouzení polykací funkce dotazníkem	21
1.6.2 Objektivní metody	22
1.6.3 Zobrazovací metody	22
1.6.4 Screeningové metody.....	22
1.6.5 Role sestry v diagnostice poruch polykání	23
1.7 Komplikace poruch polykání	24
1.8 Ošetrovatelské diagnózy týkající se poruch polykání.....	24
2 Kvalita života.....	27
2.1 Kvalita života u seniorů	27
2.2 Kvalita života u pacientů s poruchou polykání	28
2.3 Metody k hodnocení kvality života u pacientů s poruchou polykání.....	29

2.3.1	Dotazník Kvality života pacientů s poruchami polykání (SWAL-QOL-CZ).....	29
2.3.2	Swallowing-Related Quality of Care (SWAL-CARE).....	29
2.3.3	M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI).....	29
3	Provedené výzkumné práce	31
II	Výzkumná část	32
5	Cíle práce	32
6	Výzkumné otázky	33
6.1	Výzkumná otázka číslo 1	33
6.2	Výzkumná otázka číslo 2	33
6.3	Výzkumná otázka číslo 3	33
6.4	Výzkumná otázka číslo 4	33
6.5	Výzkumná otázka číslo 5	33
6.6	Výzkumná otázka číslo 6	33
6.7	Výzkumná otázka číslo 7	33
6.8	Výzkumná otázka číslo 8	33
7	Metodika výzkumu	34
7.1	Před výzkum.....	34
7.2	Charakteristika zkoumaného souboru	34
7.3	Charakteristika použitých nástrojů pro výzkumnou část práce.....	35
7.3.1	Mini-Cog.....	35
7.3.2	Dotazník EAT 10 (EatingAssessment Tool-10)	35
7.3.3	Sydneyský dotazník na téma polykání.....	36
7.3.4	Dotazník Kvality života pacientů s poruchami polykání (SWAL-QOL-CZ).....	36
7.3.5	Dokumentace pacienta	37
7.4	Předkládání dotazníků respondentům	37
7.5	Forma zpracování dat	37
8	Výsledky výzkumného šetření	39

8.1	Charakteristika respondentů.....	39
8.1.1	Pohlaví respondentů v podskupině s rizikem dysfagie	39
8.1.2	Pohlaví respondentů v podskupině bez rizika dysfagie	39
8.1.3	Rozdělení respondentů dle průměrného věku v jednotlivých podskupinách	40
8.1.4	Další údaje o respondentech zjištěné z nemocniční dokumentace	40
8.2	Úspěšnost ve vyplnění Mini-Cog testu	41
8.3	Vyhodnocení dotazníku EAT 10.....	42
8.3.1	Zodpovězení výzkumné otázky č. 1: <i>Jaké je subjektivní celkové skóre u seniorů v dotazníku EAT 10?</i>	42
8.3.2	Grafické znázornění výsledků v dotazníku EAT 10	42
8.4	Vyhodnocení Sydneyského dotazníku	43
8.4.1	Zodpovězení výzkumné otázky č. 2: <i>Jaké jsou obtíže při polykání u seniorů zjištěné pomocí Sydneyského dotazníku na téma polykání?</i>	43
8.4.2	Grafické znázornění výsledků v Sydneyském dotazníku	44
8.5	Vyhodnocení dotazníku kvality života SWAL-QOL-CZ	45
8.5.1	Zodpovězení výzkumné otázky č. 3: <i>Jaká je kvalita života u seniorů, se zjištěnou dysfagií z dokumentace, pomocí nástroje S WAL-QOL-CZ?</i>	45
8.6	Vztah výsledků dotazníku EAT 10 a Sydneyského dotazníku	46
8.7	Odlišnost celkového skóre v dotazníku EAT 10.....	47
8.8	Odlišnost celkového skóre v Sydneyském dotazníku	48
8.9	Vztah výsledků Sydneyského dotazníku a SWAL-QOL-CZ.....	49
8.10	Vztah výsledků dotazníku EAT 10 a SWAL-QOL-CZ	50
9	Diskuze	51
10	Závěr	54
11	Použitá literatura	56
12	Přílohy.....	60

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Graf četnosti pohlaví u respondentů s rizikem dysfagie.....	39
Obrázek 2 Graf četnosti pohlaví u respondentů bez rizika dysfagie.....	39
Obrázek 3 Pruho­vý graf průměrného věku.....	40
Obrázek 4 Výsečový graf úspěšnosti v Mini-Cog testu.....	41
Obrázek 5 Sloup­cový graf výsledků EAT 10	42
Obrázek 6 Sloup­cový graf výsledků Sydneyského dotazníku.....	44
Obrázek 7 Bodový graf vztahu mezi EAT 10 a Sydneyského dotazníku.....	46
Obrázek 8 Krabicový graf celkového skóre dotazníku EAT 10 respondentů s rizikem a bez rizika dysfagie.....	47
Obrázek 9 Krabicový graf celkového skóre Sydneyského dotazníku u respondentů s rizikem a bez rizika dysfagie.....	48
Obrázek 10 Bodový graf vztahu výsledků Sydneyského dotazníku a SWAL-QOL-CZ.....	49
Obrázek 11 Bodový graf vztahu výsledků dotazníku EAT 10 a SWAL-QOL-CZ.....	50
Tabulka 1 Ošetřovatelské diagnózy: Defínice a klasifikace 2015-2017.....	25
Tabulka 2 Údaje o respondentech.....	40
Tabulka 3 Bodové skóre v dotazníku EAT 10.....	42
Tabulka 4 Bodové skóre v Sydneyském dotazníku	43
Tabulka 5 Výsledky dotazníku Kvality života – SWAL-QOL-CZ	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

EAT 10EatingAssessment Tool-10

FEES Transnazální fibroskopie

ORLOtorhinolaryngologie

SSQSydney Swallow Questionnaire, Sydneyský dotazník na téma polykání

SWAL-QOL-CZ Dotazník Kvality života pacientů s poruchami polykání

ÚVOD

Polykání je životně důležitá funkce v životě člověka. Správná funkce polykání má vliv na dostatečný příjem potravy a tekutin. Potíže s polykáním se mohou týkat polykání slin, tekutin, stravy různé konzistence a léků. Tyto potíže vznikají z různých příčin – mohou nastat při narušení mechaniky vlastního polykacího aktu, při neurologických, gastrointestinálních či jiných potížích jako jsou úrazy, záněty, tumory a další (Tedla a kol., 2009).

Prevalence potíží s polykáním je často vyšší, než bychom si myslely. Výskyt potíží celosvětově stoupá z důvodu prodlužování doby života, zvýšení výskytu cévních mozkových příhod a také zvýšením výskytu nádorových onemocnění v oblasti otorinolaryngologie (ORL) (Černý, 2014).

Potíže s polykáním často vznikají při současném neurologickém onemocnění. Mezi neurologická onemocnění, při kterých se může rozvinout porucha polykání, patří cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, Myasthenia gravis a další (Černý, 2014; Trapl a kol., 2007; Willkis a kol., 2007; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

K diagnostice potíží s polykáním se používají jak subjektivní, tak objektivní metody. Při diagnostice se nejprve uplatňují subjektivní metody (anamnéza, subjektivní hodnocení pomocí dotazníku) a poté objektivní metody, které spočívají v pozorování pacienta a provedení fyzikálního vyšetření polykacího aktu (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

V zahraničí se používá celá řada metod pro zjišťování potíží při polykání. V české republice se využívá jen několik dotazníků. Nejčastěji se využívá dotazník pro subjektivní posouzení polykací funkce s názvem EAT 10 (Eating Assessment Tool-10), který je podrobně rozepsán v metodice výzkumné části.

Porušené polykání může způsobit řadu komplikací. Jsou-li potíže dlouhodobé a je omezen příjem potravy, může dojít k příznakům podvýživy. Dle Grofové (2007) je podvýživa stav nerovnováhy ve výživě organismu, kdy je příjem energetických složek stravy nižší než jejich výdej. Závažné komplikace se mohou vyskytnout po aspiraci cizího tělesa. Menší, řidká nebo tekutá tělesa mohou mít za následek difúzní zánět (bronchopneumonie). Dále je zde riziko udušení. Potíže s polykáním také negativně ovlivňují psychiku člověka, jeho vztahy k okolí a mají dopad i na kvalitu života (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Kejkličková, 2011).

Vzhledem ke zvyšující se prevalenci dysfagie a tíži jejích komplikací by bylo žádoucí se v praxi více věnovat diagnostickým metodám k zhodnocení dysfagie. Důležité je také sledovat subjektivní hodnocení kvality života, která je spojená s poruchou polykání.

Tato práce je rozdělena do teoretické části, která se zabývá teoretickými východisky pro výzkumnou část práce. Z teoretických východisek tedy vychází výzkumná část. Na závěr jsou uvedeny závěrečná shrnutí vycházející z výzkumného zjištění s doporučením pro další výzkumné práce a praxi.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části práce bylo popsat anatomii a fyziologii polykacích cest. Vystihnout problematiku polykání z pohledu prevalence, příčin poruch polykání a symptomů, které ukazují na porušené polykání. Dále popsat diagnostiku, komplikace a ošetrovatelské diagnózy, které souvisejí s porušeným polykáním. Cílem také bylo popsat kvalitu života, z důvodu hodnocení kvality života v praktické části.

Cílem výzkumné části bylo subjektivně posoudit polykací funkci/ kvalitu života spojenou s polykáním u seniorů pomocí tří vybraných dotazníků. Jeden z nástrojů (Sydneyjský dotazník na téma polykání) bylo třeba otestovat, protože byl použit v Čechách poprvé. U seniorů, kteří mají dysfagii zaznamenanou v dokumentaci, bylo cílem posoudit kvalitu života za pomoci relativně nedávno přeloženého nástroje pro zhodnocení kvality života (SWAL-QOL-CZ).

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je složena z 2 oddílů. První oddíl je zaměřen na samotné polykání. Jsou zde podkapitoly, které se týkají: anatomie a fyziologie polykacích cest, prevalence, příčiny dysfagie, symptomy upozorňující na potíže s polykáním, dále diagnostiku dysfagie, která je rozdělena na subjektivní, objektivní a zobrazovací metody. Další podkapitoly se zaměřují na komplikace při porušeném polykání a ošetřovatelské diagnózy týkající se poruch polykání.

Druhý oddíl je zaměřen na kvalitu života a je rozdělen do 3 pododdílů. Nejprve je popsána kvalita života obecně, pak je popsána kvalita života u seniorské populace a kvalita života u pacientů s porušeným polykáním. Poslední pododdíl je věnovaný metodám ke zhodnocení kvality života u pacientů s porušeným polykáním.

Třetí oddíl se zabývá výzkumnými pracemi, které již byly na téma porušené polykání vypracovány. Tento oddíl je v této práci z toho důvodu, aby čtenář lépe pochopil cíle a význam této práce.

1 POLYKÁNÍ

1.1 Anatomie polykacích cest

Dutina ústní je ohraničená zubními oblouky a dásňovými výběžky její strop tvoří měkké a tvrdé patro. Měkké patro se svažuje šikmo a dolů a končí čípkem (uvula). V dutině ústní je také uložen jazyk, jehož podkladem jsou pruhované svaly. Na jazyku jsou chuťové buňky, zprostředkující základní chuťové vjemy – slané a sladké na hrotu jazyka, kyselé po stranách a hořké vzadu. Přejít mezi ústní dutinou a hltanem tvoří hltanová úžina, branka (Fiala a kol., 2015; Mazánek a kol., 2014).

Jícen je trubice délky 23 – 25 cm. Vnitřní vrstva je tvořena sliznicí (tunica mucosa) a je pokryta dlaždicovým epitelem, pod sliznicí je submukóza. Svalovina (tunica muscularis) je uspořádána do vnitřní cirkulární a zevní longitudinální vrstvy (Fiala a kol., 2015).

1.2 Fyziologie polykacích cest

Normální polykání je vyvolané vůlí. Centrum polykání je v mozkovém kmeni. Na polykacím procesu se podílejí mechanismy, které mají za úkol sníst soustu, rozžvýkat ho a připravit na samotné polknutí (Tedla a kol., 2009; Steffen a kol., 2010).

1.2.1 Polykací akt

Polykací akt se rozděluje na tři fáze – orální, faryngální (hltanová) a ezofageální (jícnová). Orální fáze je ovladatelná vůlí. Ostatní dvě fáze jsou reflexní pod kontrolou autonomního nervového systému (Tedla a kol., 2009).

Při orální přípravné fázi se pomocí rtů, jazyka, zubů, žvýkacích svalů a měkkého patra se potrava v ústech rozmělní a dochází k mísení se slinami, čímž se vytvoří sousto potravy. Následuje orální transportní fáze, která posouvá sousto směrem k orofaryngu. Za normálních okolností trvá tato fáze méně než jednu sekundu. Svalstvo rtů a tváře se kontrahuje (stahuje) a jazyk se dotýká tvrdého patra. Po kontaktu jazyka s měkkým patrem se patro zdvihá a přiléhá k zadní straně hltanu. Následuje faryngální fáze, která začíná vstupem sousta k předním patrovním obloukům. Hltanová fáze je vyvolána stimulací kořene jazyka, případně zadní strany orofaryngu. Trvá méně, než jednu sekundu. Součástí faryngální fáze je i velofaryngeální uzávěr, který brání zatékání potravy do nosohltanu, a uzávěr hrtanu. Tato fáze končí kontrakcí hltanových svalů a elevací hrtanu, která umožňuje posun sousta do jícnu. Poslední fáze polykacího aktu je jícnová fáze, při které se sousto posouvá pomocí cirkulární svaloviny jícnu peristaltickými vlnami do žaludku. Dolní jícnový svěrač je trvale kontrahován a zabraňuje zpětnému návratu potravy a kyselého žaludečního šťávy do jícnu (Tedla a kol., 2009; Steffen a kol., 2010).

1.2.2 Hlavové nervy zapojené do polykacího aktu

Nervus hypoglossus (XII. Hlavový nerv)

Jedná se o motorický nerv inervující svalovinu jazyka.

Nervus vagus (X. hlavový nerv)

Je důležitý pro motorickou a senzorickou inervaci měkkého patra, hltanu, hrtanu, jícnu a žaludku. Mimo toho senzoricky a motoricky inervuje dýchací orgány, reguluje krevní tlak, ejekční objem a kontraktilitu myokardu.

Nervus glossopharyngeus (IX. hlavový nerv)

Senzoricky inervuje orofarynx a motoricky inervuje sval stylopharyngeus. Dále zajišťuje vedení chuťového vlákna do oblasti kořene jazyka.

Nervus facialis (VII. hlavový nerv)

Jedná se o smíšený nerv, jehož motorické části inervují mimo jiné i mimické svaly. Při jeho poruše je narušena orální fáze polykacího aktu.

Nervus trigeminus (V. hlavový nerv)

Zprostředkovává senzorickou inervaci dutiny ústní a motoricky inervuje žvýkací svaly (Tedla a kol., 2009).

1.3 Prevalence poruch polykání

Prevalence poruch polykání má vzestupný růst a proto je nutné se touto problematikou zabývat. Potíže s polykáním se mohou objevit u onemocnění v oblasti hlavy a krku, ale mohou také nastat při neurologických onemocněních. U běžné populace je prevalence poruch polykání 6-16% (Černý, 2014).

Prevalence potíží s polykáním u seniorů je vyšší než u běžné populace. Literatura udává prevalenci 13,3 – 38% (Roy a kol., 2009; Mandysová, Škvarňáková, 2016; Černý, 2014). Dle autorů Tedla a kol. (2009) je prevalence u seniorů až 50%.

Mezi hlavní příčiny rostoucí prevalence polykacích poruch u seniorů patří neurologická onemocnění. U cévní mozkové příhody je prevalence 29-67% (Černý, 2014; Trapl a kol., 2007, Steffen a kol., 2010), až 81% u Parkinsonovy choroby (Willkis a kol., 2007) v pozdních stádiích se vyskytuje až v 90-100% (Steffen a kol., 2010). U roztroušené sklerózy se udává prevalence 32% (Mandysová, Škvarňáková, 2016) a u onemocnění Myasthenia gravis 17% (Steffen a kol., 2010).

V zahraničí je prevalence dysfagie také poměrně vysoká. Ve dvou amerických výukových nemocnicích byla u 13% všech pacientů diagnostikována porucha polykání. Ve velké Británii bylo v roce 2002 léčeno 23000 pacientů s hlavní diagnózou dysfagie celkem 76000 dnů. (Steffen a kol., 2010).

1.4 Dělení dysfagie

Pro snazší interní diferenciaci diagnostiku se osvědčilo dělení dle hlavní lokalizace na horní orofaryngeální dysfagii a ezofageální dysfagii. Toto dělení je popsáno v následujícím odstavci (Steffen a kol., 2010).

1.4.1 Orofaryngeální dysfagie

Tento typ dysfagie strmě stoupá s věkem a je dán změnami v počátečních fázích polykacího aktu. Jedná se o porušení transportu sousta z orofaryngu do jícnu. Příčiny mohou vznikat v oblasti orofaryngu (záněty, abscesy), v řídicím centru polykání (jedná se o neurogení dysfagii) a při nervosvalovém onemocnění (neuromuskulární dysfagie) (Steffen a kol., 2010; Lukáš a kol., 2010).

1.4.2 Ezofageální dysfagie

Je způsobena dysfunkcí nebo obstrukcí (zúžení) v těle jícnu nejčastěji abnormalitou nebo mechanickou překážkou. Tyto obstrukce mohou mít za důsledek dříve prodělané refluxní nemoci. Asi 35% pacientů s akutní ezofagitidou udává potíže s polykáním a u většiny pacientů zmizí symptomy po léčbě akutního stádia. Ovšem dysfagie částečně přetrvává (až v 17%) také po medikamentózní terapii (Steffen a kol., 2010; Vela F. a kol, 2015).

Ezofageální dysfagie také vzniká u karcinomů jícnu, které jsou většinou rozpoznány až v pokročilých stádiích symptomaticky z úbytku hmotnosti. U těchto pacientů se dysfagie projeví nejprve tím, že nelze přijímat tuhou stravu a později ani tekutiny (Steffen a kol., 2010).

1.5 Symptomy upozorňující na potíže s polykáním

Pacienti s poruchou polykání často neumějí své obtíže vůbec charakterizovat, nebo alespoň zřetelně popsat. Jedná se zejména o pacienty, kteří trpí například fází nebo demencí. U těchto pacientů by se mělo zvláště dbát na doprovodné symptomy, které ukazují na přítomnost dysfagie. Mezi upozorňující symptomy patří:

- slinotok,
- retence a hromadění zbytků potravy v dutině ústní,
- aspirace potravy, slin nebo žaludeční šťávy přes glottis do tracheo-bronchiálního systému (může vyvolat dráždivý kašel při příjmu potravy),
- regurgitace (zpětný návrat zbytků jídla do dutiny ústní),
- odynofagie – bolest při polykání, kterou lze vidět při nonverbální komunikaci,
- odmítání potravy u pacientů s redukovanou komunikační schopností (Steffen a kol., 2010; Lukáš a kol., 2010).

1.5.1 Změny polykacího aktu u seniora

Vlivem stárnutí organismu člověka dochází k nevyhnutelným tělesným změnám, které mohou mít za následek vznik dysfagie. Jednou z častých změn u seniorů, která může přispět ke vzniku dysfagie, se týká chybění zadních zubů a nutnosti nošení zubní náhrady. U seniorů se špatně fungující zubní náhradou nemusí docházet ke správnému rozmělnění potravy a mohou nastat potíže, které narušují polykací akt. Porušený polykací akt by mohl dále vést k vstupu sousta, regurgitaci, kašli až aspiraci. Dokonce může dojít ke vzniku vážných komplikací, ohrožující seniorův život. Další změnou, která se může objevit u stárnoucího člověka je snížené slinění. Následkem sníženého množství slin je sousto nedokonale zvlčeno a může docházet

k zadrhávání potravy, bolesti při polykání a kašli. Na vzniku dysfagie se mohou také podílet některé závažné stavy jako je cévní mozková příhoda (až 50% pacientů v počátečním stadiu příhody trpí dysfagií), demence, achalázie jícnu (porušené vyprazdňování sousta z jícnu do žaludku), karcinom jícnu, amyotrofická laterální skleróza, struma a další (Schuler a kol., 2010; Pokorná a kol., 2013; Kalvach a kol., 2008).

1.6 Diagnostika poruch polykání

Do diagnostiky potíží s polykáním je zapojena řada odborných pracovníků. Patří sem lékaři ORL, neurologové, logopedi, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a další nelékařský personál, nutriční specialisté, fyzioterapeuti a ergoterapeuti. K zahájení diagnostiky se používají subjektivní metody, objektivní metody a specializované zobrazovací metody. Nejprve se pacient vyšetřuje pomocí subjektivních metod, kam patří anamnéza a subjektivní hodnocení dotazníkem. Následují objektivní metody (pozorování, pohmat a fyzikální vyšetření). Do specializovaných zobrazovacích metod patří videofluoroskopie a transnazální fibroskopie (Kejklíčková, 2011; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Stefen a kol, 2015).

1.6.1 Subjektivní posouzení polykací funkce dotazníkem

Za standardní metody k posuzování dysfagie jsou považovány zobrazovací a endoskopické postupy. Subjektivních metod k posouzení polykací funkce existuje celá řada a používají se v každodenní praxi. Touto metodou se posuzuje výpověď pacienta. Autorka Speyerová a kol. (2014) rozděluje dotazníky do dvou skupin: dotazníky, které hodnotí kvalitu života spojenou s potížemi s polykáním (HRQOL) a dotazníky, které se zaměřují na zhodnocení funkčního zdraví (FHS). HRQOL se zabývá hodnocením vnímání vlastního zdraví a berou v úvahu i sociální a psychologické problémy. FHS se týká vlivu dané choroby na funkční aspekty a jejich cílem je zjištění závažnosti onemocnění (např. orofaryngeální dysfagie). Dotazníky se mohou kombinovat (Speyer a kol., 2014). Níže jsou podrobněji popsány dotazníky, pro subjektivní hodnocení:

Dotazník EAT 10(EatingAssessment Tool-10) je dotazník, který byl přeložen z anglického originálu (Belafsky a kol., 2008) a je zaměřený na subjektivní posouzení existence potíží s polykáním. Skládá se z 10 položek. Položky v dotazníku jsou zaměřené na to, jestli pacient trpí úbytkem hmotnosti z důvodu potíží s polykáním, zda mu dělá problém stravovat se ve veřejném stravovacím zařízení, zda je pro něj polykání tekutin a tuhé stravy obtížné, nebo dokonce bolestivé, jestli při konzumaci potravin a nápojů kašle a zadrhává se mu jídlo v krku.

Jsou zde také položky zaměřené na pocity, zda mu potíže s polykáním kazí dobrý pocit z jídla, nebo je pro něho polykání stresující (Vejrostová a kol., 2012; Benešová a kol., 2011).

Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) je dotazník sloužící ke zjištění závažnosti problému s polykáním a určuje dobu potřebnou na konzumaci průměrného jídla. Je složen ze 17 otázek (16 vyznačování na osu a 1 otázka zaškrťovací). Tento dotazník dosud nebyl v české republice použit (Szcześniak et al., 2014; Wallace et al., 2000).

Oba dotazníky EAT 10 (Eating Assessment Tool-10) a Sydneyský dotazník (Sydney Swallow Questionnaire) jsou podrobněji popsány v metodice práce (kapitola 4.2), jelikož byly použity pro výzkumnou část této práce.

1.6.2 Objektivní metody

Do objektivních metod k posouzení poruch polykání patří pozorování pacienta, které se uplatňuje již při sběru anamnézy, dále palpační vyšetření (prohmatání), při kterém se vyšetřuje ústní spodina, krk, šije, příušní žlázy a štítná žláza (Kejklíčková, 2011; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Dalším postupem k diagnostikování těchto poruch je fyzikální vyšetření zaměřené na orálně-motorické mechanismy, laryngální mechanismy a také na vyšetření hlavových nervů (V, VII, XI). Tyto nervy mají klíčovou úlohu v orofaryngeální fázi polykacího aktu. Fyzikální vyšetření je také zaměřeno na vyšetření hybnosti jazyka, pohybů měkkého patra a laryngu, salivace a na vyšetření stavu sliznice dutiny ústní a dentice (Lukáš a kol., 2010; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

1.6.3 Zobrazovací metody

Mezi zobrazovací metody patří rentgenová videokinematografie (videofluoroskopie) a přímo zobrazuje pasáž bolusu a její funkční nebo mechanické omezení. Umožňuje vyšetřit polykací akt od dutiny ústní až ke kardii. Je důležitá pro zhodnocení orofaryngeální funkce, tedy při hodnocení horního jícnového postižení. Tato metoda je schopna odhalit tzv. „tiché“ aspirace, které se neprojevují klinickými symptomy. Další zobrazovací metodou je transnazální fibroskopie (FEES), kterou může lékař vyšetřit funkci hltanu a hrtanu (Lukáš, a kol., 2010; Stefen a kol, 2015).

1.6.4 Screeningové metody

Screeningové metody jsou zaměřené na identifikaci rizikového jedince, u kterého je pravděpodobnější vyšší riziko výskytu onemocnění, než u běžné populace. Pozitivní výsledek

screeningového vyšetření neznamena přítomnost dané choroby, ale poukazuje na možný vznik choroby. Jedince tedy řadí do rizikové skupiny. V medicíně má screening svoji nezastupitelnou roli (Hájek a kol., 2012).

Hlavní úlohou screeningu u pacientů, kteří trpí potížemi s polykáním, je co nejpřesnější odhalení této poruchy a rizika aspirace. U všech pacientů s diagnózou akutní cévní mozková příhoda by bylo žádoucí provádět screeningové vyšetření vždy před podáním prvního jídla či tekutiny. Screening umožňuje urychlit diagnostický proces a zahájit včasnou léčbu (Mandysová, Škvřňáková, 2016; Lasotová, bez data).

Screeningové vyšetření schopnosti polykat GUSS (The Gugging Swallowing Screen) je podáván pacientům, kteří prodělali akutní cévní mozkovou příhodu. Cílem tohoto screeningového vyšetření je u pacientů odhalit riziko dysfagie. GUSS je rozdělen na dvě části: nepřímá a přímá polykací zkouška, jimiž se vyhodnocuje schopnost polykat a zvolení vhodné konzistence stravy a tekutin. GUSS test je určen pro zdravotní sestry, především na jednotkách intenzivní péče a iktových jednotkách. Je snadno proveditelný u lůžka pacienta (Trapl a kol., 2007; Lasotová, bez data).

Jednoduchý nástroj pro screening dysfagie sestrou může být předkládán i pacientům s jinými neurologickými diagnózami, než je zmíněná cévní mozková příhoda. Skládá se z 8 kategorií, které hodnotí přítomnost volního kašle, schopnost zatnout zuby, vyšetření jazyka – symetrie a síla, vyšetření svalů tváře – symetrie a síla, síla ramen, přítomnost dysartrie, přítomnost afázie a schopnost polknout zahuštěnou tekutinu. Výsledek v testu, který je považován za negativní odpovídá skóre=0. Za abnormální výsledek se považuje skóre ≥ 1 , v jedné i ve více položkách (Mandysová, Škvřňáková, 2016).

1.6.5 Role sestry v diagnostice poruch polykání

Při screeningu polykacích poruch zaujímá sestra klíčovou roli, vzhledem k tomu, že při péči o pacienta je přítomna u lůžka 24 hodin. V rámci ošetrovatelského procesu sestra posuzuje (získává informace) od pacienta. Informace pro zhodnocení polykání se týkají stravování např. denní příjem potravy a tekutin, preferované potraviny a tekutiny, přítomností některých nepříjemných příznaků, které mohou naznačovat přítomnost dysfagie (např. kašel, váznutí sousta, bolest, dávení, zaskakování při jídle), sociální izolace (např. stravování pouze v domácím prostředí, ztráta přátel kvůli izolaci) a psychické potíže (např. obavy, deprese). Další rolí všeobecné sestry je orientační hodnocení fyziologických funkcí, kam spadá i hodnocení polykací funkce. Sestra nezastupuje ve vyšetření lékaře, ale pouze doplňuje

zjištěné informace. Výsledné zhodnocení screeningu sestrou může lékaře či logopeda upozornit na možný výskyt poruchy polykání (Mandysová, a kol., 2011; Mikšová a kol., 2006).

1.7 Komplikace poruch polykání

Poruchy polykání mohou být doprovázeny komplikacemi, které mohou být i velice závažné. Vznik těchto komplikací může být podmíněn nezjištěným zhoubným bujením nádoru nebo přehlédnutím onemocnění centrálního nervového systému. Proto je tolik důležité pacienta s poruchou polykání důkladně vyšetřit. Jsou-li potíže s polykáním dlouhodobé, můžou se vyskytnout příznaky podvýživy a její negativní následky pro organismus. Podvýživa je stav nerovnováhy ve výživě organismu, kdy je příjem energetických složek stravy nižší než jejich výdej. Může být způsobena nedostatkem či sníženým příjmem potravy, anebo úmyslným hladověním a nemocí. Výsledkem je nedostatek živin důležitých pro lidský organismus (Grofová, 2007; Kejklíčková, 2011).

Další závažná komplikace je aspirace, která je definována jako vdechnutí orofaryngeálního nebo žaludečního obsahu do dýchacích cest. Po aspiraci cizího tělesa mohou vzniknout těžké komplikace, a to zejména tehdy, je-li aspirované těleso objemnější. Tudíž může dojít až k udušení pacienta. Pokud je aspirovaná látka menší či řidká může vlivem zatékání do dýchacích cest způsobit difúzní zánět (bronchopneumonie), nebo ohraničené hnisání (absces). Jsou-li aspirace a zatékání opakované, může se vyvinout chronický zánět dýchacích cest s trvalým drážděním ke kašli (Kejklíčková, 2011; Tedla a kol., 2009).

U pacientů s poruchou polykání je také ovlivněno jeho fungování ve společnosti a rodině. Pacienti mají sníženou fyzickou výkonnost a mohou se dostat do sociální izolace a to z důvodu neschopnosti se stravovat ve společnosti (Tedla a kol., 2009).

Z psychologického hlediska pacienti s poruchou polykání mohou trpět depresemi, zejména pokud trvají potíže s polykáním dlouhodobě, a ty mohou vést až k suicidálnímu jednání (Kejklíčková, 2011).

1.8 Ošetřovatelské diagnózy týkající se poruch polykání

V sesterské praxi je velmi důležitá ošetřovatelská diagnostika a následné sestavení intervencí, podle kterých bude započata péče o pacienta. Vývojem ošetřovatelských diagnóz se zabývá organizace s názvem NANDA. Rozděluje ošetřovatelské diagnózy na základě hlavních domén a následně je třídí do jednotlivých tříd. V následující tabulce jsou zmíněny nejčastější

ošetřovatelské diagnózy, které se poruchou polykání zabývají. Data v tabulce jsou čerpána z literatury Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017 (Od autorů: NANDA International, 2016).

Tabulka 1Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017

Doména	Třída	Diagnóza
Výživa	Příjem potravy	Porušené polykání (00103)
		Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba pro organismus (00002)
	Hydratace	Riziko sníženého objemu tekutin (dehydratace) (00028)
		Snížení objemu tekutin (dehydratace) (00027)
Vztahy mezi rolemi	Rodinné vztahy	Narušené procesy v rodině (00060)
	Plnění rolí	Zhoršená sociální interakce (00052)
		Neefektivní plnění rolí (00055)
Zvládání/tolerance zátěže	Reakce na zvládání zátěže	Úzkost (00146)
		Neefektivní zvládání zátěže (00069)
		Strach (000148)
Bezpečnost a ochrana	Tělesné poškození	Riziko aspirace (00039)
Komfort	Tělesný komfort	Akutní bolest (00132)
	Sociální komfort	Sociální izolace (00053)

Porušené polykání dle tabulky 1 ovlivňuje celou řadu domén (potřeb pacienta). V doméně výživy je ovlivněn příjem potravy a tekutin. Pacient s dysfagií je ohrožen malnutricí a dehydratací. Proto je nutné co nejdříve odhalit možné potíže s polykáním a vyvarovat se možným rizikům. Zajištění vhodné konzistence potravy a tekutin by mělo být prioritou zdravotnických pracovníků pro zajištění potřeby výživy u pacienta. Pokud pacient nemůže potravu a tekutiny přijímat ústy je nutné zajistit výživu sondou nebo nitrožilně. Další důležitou doménou, která může být u pacienta ovlivněna, jsou vztahy a životní role. Pacient může trpět sociální izolací a neefektivním plněním rolí, a to jak v rodině, zaměstnání nebo i v osobním životě. Toto může nastat při častých hospitalizacích v nemocnici. S tím souvisí i další doména zvládání zátěže. Pacienti mohou trpět úzkostí, strachem až depresi, které mohou být spouštěny na základě sociální izolace. Negativní emoční ladění může být vyvoláno také povědomím o nepříznivé diagnóze a nesnadné cestě k vyléčení.

Porušené polykání může vyvolat spoustu komplikací. Dle tabulky 1 je doména bezpečnosti a ochrany zaměřena na riziko aspirace. Vdechnutí sousta může být jednou z nejzávažnějších komplikací porušeného polykání a může vyvolat vznik bronchopneumonie, nebo dokonce zapříčinit udušení pacienta. Poslední důležitou doménou v tabulce 1 je komfort, který se zaměřuje na akutní bolest. Bolest může vyvolat vážnutí sousta v krku, v dutině ústní nebo tlak okolní tkáně na jícn (Pokorná a kol., 2013; Šafránková, Nejdlá, 2006).

2 KVALITA ŽIVOTA

Tento oddíl je zaměřen na kvalitu života. Nejdříve je kvalita života popsána obecně, pak je zde uvedena podkapitola kvalita života u seniorů a podkapitola kvalita života u pacientů s poruchou polykání. Tyto kapitoly zde musí být zmíněny, protože v rámci výzkumné práce byla zjišťována kvalita života u pacientů s dysfagií. Na konci tohoto oddílu jsou popsány metody ke zhodnocení kvality života u pacientů s porušeným polykáním.

Pojem kvalita života není možné striktně definovat, protože ji každý člověk vnímá jinak. Koncepce kvality života zahrnuje objemnou škálu různorodých oblastí, kam patří oblast fyzická, psychická, sociální, dosahování životních cílů a prožívání vlastního štěstí v životě. Problematika kvality života pronikla (hlavně za posledních 30 let) do mnoha vědních oborů jako je medicína, ošetřovatelství, filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika, andragogika a ekonomie. Teoretické pojetí, úhel pohledu a metody měření se tedy mohou lišit. V běžné populaci se pojem kvality života většinou spojuje s nějakou kladnou skutečností (kvalitní = dobrý). Po odborné stránce se pojem kvality života využívá pro hodnocení pozitivních i negativních aspektů života. Hodnotí se to, zda je náš život kvalitní či není. Toto hodnocení je založené na porovnání našeho života s žádoucí a očekávanou úrovní existence druhých lidí (Gurková, 2011).

Kvalitu života můžeme posuzovat v rámci tří kontextů – sociálně-ekonomického, v rámci zdravotnictví a psychologie. Sociologicko-ekonomický kontext se zaměřuje na složky zahrnující sociální úspěšnost (postavení ve společnosti, materiální podmínky apod.) a subjektivní vztah jedince k nim. V psychologickém kontextu dominují složky, které představují životní pohodu, štěstí, spokojenost, seberealizace, smysl života a mnoho dalších. Medicínský pohled se prioritně zaměřuje na složky zdraví a funkční stav. V sedmdesátých letech dvacátého století se v rámci ekonomických, sociálních a medicínských věd vytvořily tři rozdílné koncepty individuální kvality života. Patří sem kvalita upravených let života, která byla vytvořena v rámci ekonomické a medicínské disciplíny, dále subjektivní pohoda v rámci sociálních věd a kvality života související se zdravím v rámci medicínských věd (Gurková, 2011, Hudáková a Majerníková, 2013).

2.1 Kvalita života u seniorů

Stárnutí člověka je přirozený a nevratný proces lidského života. Období stáří má svá specifika a může docházet k nečekaným změnám, které nutí seniora, porovnávat svou kvalitu života se změnami zdravotního stavu a změnami prostředí. Ve stáří člověka dochází k poklesu energie

výkonnosti, ke změnám mozkových činností a snížení jeho objemu. Intelektové schopnosti se spojují do tzv. komplexu moudrosti (vědomosti o praktickém životě, znalost kontextu života ve společnosti). Mění se i emoční prožívání a vzniká vliv protichůdných tendencí – zklidnění versus dráždivost. Častěji dochází k poklesu osobní pohody (Hudáková a Majerníková, 2013; Kučera, 2013).

Kvalita života u seniora závisí na úrovni fyzického zdraví, míře závislosti, psychice, adaptaci na měnící se podmínky, emočním prožíváním, spiritualitě a pojetí vlastního stárnutí. Při poklesu kvality života seniora se mohou objevit negativní pocity, absence smyslu života, závislost na druhých osobách a ztráta autonomie. Autonomie u seniora může být neporušena, pokud je zapojen do péče a má možnost volby. Senioři, kteří jsou fyzicky závislí, mohou být plně autonomní. I tak mohou vznikat ve společnosti milné předsudky, že nemoc je synonymem stáří, ale mnoho seniorů má i v pozdějším věku, zachovalé zdraví. Významným cílem při poskytování ošetrovatelské péče je podpora kvality života uspokojováním potřeb seniora, které vycházejí z role nemocného. Jedním z důležitých ukazatelů kvality poskytované péče je spokojenost pacientů (Hudáková a Majerníková, 2013;).

Ke zvyšování kvality života ve stáří je žádoucí poskytnout všem lidem v průběhu jejich života příležitost pro aktivní život. Senioři mají právo, stejně jako ostatní, být hodnoceni na základě svých potřeb a schopností (Dvořáčková, 2012).

2.2 Kvalita života u pacientů s poruchou polykání

Porušené polykání má do značné míry vliv na kvalitu života. Narušuje správné fungování bio-psycho-sociálních oblastí života. V oblasti fyzické je narušena výkonnost organismu vlivem podvýživy a dehydratace. Pokud nedojde k brzkému řešení těchto problémů, je ohroženo zdraví pacienta, a mohou se objevit i nepříznivé komplikace. V oblasti psychické může být u pacienta přítomný strach a úzkost při stravování, což může vést až ke vzniku deprese a je vyšší riziko sebevražedných myšlenek. S depresí se často pojí narušení sociálních rolí až vznik sociální izolace, které patří do oblasti sociální. Poslední oblastí, která může být vlivem poruchy polykání narušena, je ekonomická zátěž, která zatěžuje nejen zdravotnické zařízení, ale i pacienta samotného (častější návštěvy u lékaře, potravinové doplňky a případně enterální výživa) (Grofová, 2007; Mandysová, Škvraňáková, 2016; Pokorná a kol. 2013).

Poruchy polykání mají zajisté vliv na kvalitu života nemocných, a proto je velmi důležité zaměřit svou pozornost na změny v polykání. Nezastupitelnou roli má včasná diagnostika a

zahájení léčebného procesu, které mohou zabránit vzniku komplikací. Do popředí zájmu zdravotnických pracovníků se v současné době dostává nejenom léčba poruchy polykání, ale i ovlivnění a zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny (Tedla a kol., 2009).

2.3 Metody k hodnocení kvality života u pacientů s poruchou polykání

2.3.1 Dotazník Kvality života pacientů s poruchami polykání (SWAL-QOL-CZ)

Tento dotazník byl vytvořen a validizován autorkou Horney a kol. (2002). Postupně byl přeložen do několika jazyků (němčina, švédština, francouzština a čínština). Českou verzi přeložil doktor Michal Černý a ta je dostupná ve své plné verzi právě u autora Černého. Dotazník je rozdělen do 13 oblastí. Každá oblast je hodnocena 1-5 body. Jedná se o oblasti hodnotící vlastní situaci s polykáním, stravování, výskytu obtíží vyskytujících se při polykání, stravovací návyky, obtíže s komunikací, obavy a pocity spojené s poruchou polykáním, společenský život a četnost výskytu příznaků v období posledního měsíce. V dotazníku je i otázka zaměřená na to, zda pacient používá ke stravování vyživovací sondu (Černý a kol., 2015; Horney a kol., 2002; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

2.3.2 Swallowing-Related Quality of Care (SWAL-CARE)

Dotazník SWAL CARE byl vytvořen autorkou Horney a kol. (2002). Česká verze byla přeložena a validizována doktorem Michalem Černým. Jedná se o standardizovaný dotazník, kterým pacienti s dysfagií hodnotí svoji spokojenost s poskytovanou péčí ve zdravotnickém zařízení. Je složen z 15 otázek. Jedenáct otázek se zaměřuje na informace, které pacienti získají od zdravotnického pracovníka (např. vhodnost jídla a tekutin). Zbýlé 4 otázky se týkají zkušenosti pacientů s péčí, která je jim poskytnuta, za poslední 3 měsíce. Otázky v dotazníku jsou ohodnoceny na bodové škále 1-6 bodů (Horney a kol., 2002; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

2.3.3 M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)

Tento dotazník byl vytvořen autory Chen a kol. (2001). Jedná se také o standardizovaný subjektivní dotazník určený pro pacienty s nádory hlavy a krku. Hodnotí dopady poruchy polykání na kvalitu života pacientů. Je složen z 20 otázek. V první otázce respondenti hodnotí celkový dopad poruch polykání na každodenní aktivity. Ostatní otázky jsou rozčleněny do 3 kategorií. Ve funkční kategorii respondenti vyhodnocují možnosti přípravy pokrmu, stravování ve společnosti a finanční zátěž, která je spojena s poruchou polykání. Další kategorií je emoční prožívání, kde respondenti hodnotí míru zatížení v souvislosti se změnou polykání (sebedůvěra, omezení společenských kontaktů a reakce okolí při stravování ve

společnosti). Poslední kategorie je fyzická a je zaměřena na změny v hmotnosti, konzistenci potravin a obtíže při příjmu tekutin atd. Hodnocení dotazníku spočívá v bodovém hodnocení 1-5 bodů (od absolutního souhlasu po absolutní nesouhlas). První otázka je hodnocena samostatně. Přeložení do češtiny zatím nebylo uskutečněno (Chen a kol., 2001; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla a kol., 2009).

3 PROVEDENÉ VÝZKUMNÉ PRÁCE

Zkoumání porušeného polykání je důležitou součástí lékařské a ošetrovatelské praxe z důvodu vzniku možných následků a vážných komplikací. Dotazník EAT 10 se v české republice využívá poměrně hojně. Obsahuje pouze 10 položek, a tak je jednoduché ho vyplnit za poměrně krátký čas. Mohou ho vyplnit i respondenti sami. Výsledky pomocí dotazníku EAT 10 u seniorů prokazují až 50% výskyt potíží s polykáním (Benešová a kol., 2011; Petržílková a kol., 2012).

V zahraničí se dotazník EAT 10 také hojně využívá. Srovnávají se korelace mezi jednotlivými položkami (Burgos a kol., 2012), nebo se dotazník EAT 10 porovnává s jinými diagnostickými metodami nebo dotazníky (Cheney a kol., 2015).

Sydneyský dotazník dosud nebyl v české republice použit. Využívá se v zahraničí, kde je překládán do mnoha jazyků např. Švédštiny (Arenaz Búa, Bülow, 2014). Tento dotazník je vyplňován pomocí vizuální analogové škály, kdy respondenti vyznačují symbol X na osu, dle toho jak velké potíže mají. V tomto dotazníku určují i dobu na konzumaci průměrného jídla, které se pomocí dotazníku EAT 10 nedá zjistit. Pro praxi je žádoucí zkoumat i délku konzumace průměrného jídla, aby byly vhodně uspokojeny potřeby stravování pacienta s dysfagií.

Velmi důležité je také zkoumat kvalitu života u pacientů s dysfagií, aby byla zajištěna kvalitní péče o tyto pacienty. Zkoumání kvality života je také důležité proto, aby pacienti s dysfagií byli lépe pochopeni a aby došlo ke zjištění, která složka z bio-psycho-sociální je nejvíce ohroženou. Pro tuto práci byl zvolen dotazník SWAL-QOL-CZ, který je složen z poměrně hodně položek, které jsou důležité ke zjištění kvality života. Na jeho překladu pracoval doktor Černý (Černý a kol., 2015).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE

Cílem bylo subjektivně posoudit polykací funkci/ kvalitu života spojenou s polykáním u seniorů pomocí tří vybraných dotazníků (nástrojů), které respondenti vyplňují. Jeden z nástrojů (Sydneyjský dotazník na téma polykání) bylo třeba otestovat, protože byl použit v Čechách poprvé. U seniorů, kteří mají dysfagii zaznamenanou v dokumentaci, bylo cílem posoudit kvalitu života za pomoci relativně nedávno přeloženého nástroje pro zhodnocení kvality života (SWAL-QOL-CZ).

Dílčím cílem č. 1 je zjištění subjektivního hodnocení polykání pomocí nástroje EAT 10 (EatingAssessment Tool-10) u seniorů.

Dílčím cílem č. 2 je posoudit polykací funkci u seniorů pomocí nově přeloženého Sydneyjského dotazníku (SSQ) na téma polykání.

Dílčím cíle č. 3 je hodnocení polykání a související kvality života pomocí nástroje SWAL-QOL-CZ u seniorů.

Dílčím cíle č. 4 je porovnat výsledky dle EAT 10 a dle SSQ

Dílčím cíle č. 5 je porovnat výsledky seniorů v riziku dysfagie, dle primární diagnózy, s výsledky seniorů bez tohoto rizika.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Výzkumná otázka číslo 1

Jaké jsou potíže s polykáním u seniorů pomocí dotazníku EAT 10?

6.2 Výzkumná otázka číslo 2

Jaké jsou obtíže při polykání u seniorů zjištěné pomocí Sydneyského dotazníku na téma polykání?

6.3 Výzkumná otázka číslo 3

Jaká je kvalita života u seniorů se zjištěnou dysfagií z dokumentace, pomocí nástroje SWAL-QOL-CZ?

6.4 Výzkumná otázka číslo 4

Jaký je vztah výsledků dotazníků EAT 10 a Sydneyského dotazníku na téma polykání?

6.5 Výzkumná otázka číslo 5

Jak se liší celkové skóre v dotazníku EAT 10 u respondentů s rizikem dysfagie, dle primární diagnózy, a u respondentů bez rizika dysfagie dle primární diagnózy?

6.6 Výzkumná otázka číslo 6

Jak se liší celkové skóre v Sydneyském dotazníku na téma polykání u respondentů s rizikem dysfagie dle primární diagnózy a respondentů bez rizika dysfagie dle primární diagnózy?

6.7 Výzkumná otázka číslo 7

Jaký je vztah výsledků mezi dotazníky EAT 10 a SWAL-QOL-CZ u respondentů s dysfagií zjištěnou z dokumentace?

6.8 Výzkumná otázka číslo 8

Jaký je vztah výsledků mezi Sydneyským dotazníkem a SWAL-QOL-CZ u respondentů s dysfagií zjištěnou z dokumentace?

7 METODIKA VÝZKUMU

Cílem bylo posoudit subjektivní potíže s polykáním/kvalitu života pomocí kvantitativního průřezového šetření, na základě vyplnění dotazníků respondenty. Toto šetření probíhalo od května 2016 do února 2017 na Neurologické klinice krajské nemocnice u hospitalizovaných respondentů. Vhodnost oslovení respondentů byla konzultována se staničními sestrami a před vyplněním dotazníků u nich byla hodnocena poznávací schopnost pomocí testu Mini-Cog (Borson a kol., 2000). Před samotným šetřením bylo provedeno před-výzkumné šetření (kap. 6.1). Výzkumné šetření bylo podpořeno studentskou grantovou soutěží Interní grantové agentury Univerzity Pardubice SGS_2016_006. Práce byla schválena etickou komisí Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice.

7.1 Před výzkum

Před-výzkum je šetření, které se provádí před zahájením primárního šetření na malém vzorku respondentů, a pomáhá výzkumníkovi najít možné chyby v interpretaci a předkládání nástrojů (dotazníků), a proto je nutné ho provádět před každým primárním šetřením (Kutnohorská, 2009).

Cílem před-výzkumného šetření této práce bylo posoudit vhodnost, srozumitelnost a jednoznačnost otázek u jednotlivých předkládaných nástrojů (dotazníků). Tohoto šetření se zúčastnilo 14 respondentů (5 žen a 9 mužů) a bylo zjištěno, že respondenti mají nejasnosti v interpretaci daných dotazníků. Nebyly jim předkládány pokaždé ve stejném pořadí. Data nebyla zahrnuta do hlavního šetření z důvodu objevení drobných chyb v interpretaci. Chyby byly napraveny před realizací primárního šetření.

7.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníky vyplňovali senioři (≥ 65 let). Jednalo se jednak o seniory s neurologickým onemocněním, které je dle primární diagnózy spojeno s dysfagií (pro tento podsoubor byly využity všechny tři dotazníky). Dále se jednalo o seniory s neurologickým onemocněním, které dle primární diagnózy není spojeno s dysfagií, např. bolest dolních zad apod. (kontrolní skupina – pro tento podsoubor byly využity pouze dotazníky EAT-10 a Sydneyský dotazník na téma polykání).

Kritérium pro zařazení do výzkumu byl věk 65 let a více, podepsání informovaného souhlasu a úspěšné složení Mini-Cog testu. Posuzování vhodnosti oslovení pacienta na účasti v projektu bylo konzultováno se staničními sestrami Neurologické kliniky.

Bylo osloveno 62 respondentů, 1 respondent svoji účast v šetření odmítl, a 1 respondent nesplnil podmínky testu poznávacích schopností Mini-Cog. Do výzkumného šetření bylo zapojeno 60 respondentů, 30 v podskupině s rizikem dysfagie dle primární diagnózy, a 30 v podskupině bez rizika dysfagie dle primární diagnózy. Z 30 respondentů v podskupině s rizikem dysfagie dle primární diagnózy mělo 10 respondentů v dokumentaci zaznamenanou dysfagii. U těchto 10 respondentů byl tedy vyplněn i dotazník Kvality života pacientů s poruchou polykání (SWAL-QOL-CZ).

7.3 Charakteristika použitých nástrojů pro výzkumnou část práce

7.3.1 Mini-Cog

Mini-Cog test se využívá pro zhodnocení kognitivních (poznávacích) schopností respondentů (test zapamatování a zopakování tří slov, test hodin) (Borson a kol., 2006). Je rozčleněn do tří částí. První část se týkala zopakování tří slov, vybraných ze seznamu. Další část byla zaměřena na zakreslení požadovaného času (za deset minut půl deváté) do kruhu, jako do ciferníku hodin. Respondenti museli splnit všechna požadovaná kritéria u testu hodin (přítomnost všech čísel od 1 do 12, zda je každé číslo přítomné 1x, správné pořadí a směr čísel, přítomnost obou ručiček, kdy jedna ukazuje na 8 a druhá na 4 – čas 8:20) a získali tím celkem 2 body. Poslední část se týkala zopakování tří slov, která si respondenti měli zapamatovat na začátku testování. Vyhodnocení testu je dané součtem bodů za zapamatovaná slova a test hodin. Respondenti potřebovali získat minimálně 3 body, aby bylo možné pokračovat dál v testování, tzn. mít všech 6 kritérií při testu hodin a vzpomenout si alespoň na jedno slovo, nebo si vzpomenout na všechna tři slova.

7.3.2 Dotazník EAT 10(EatingAssessment Tool-10)

Jedná se o dotazník, který byl přeložen z anglického originálu (Belafsky et al., 2008, Vejrostová a kol., 2012). Dotazník je zaměřen na subjektivní posouzení existence potíží s polykáním a je složen z 10 položek. Položky v dotazníku jsou zaměřené na to, jestli pacient ztrácí na váze kvůli potížím s polykáním, zda mu dělá potíže zajít si někde na jídlo, je pro něj polykání tekutin a tuhé stravy obtížné, na bolesti při polykání, jestli při jídle kašle a zadrhává se mu jídlo v krku a jsou zde také položky zaměřené na to, jestli mu potíže s polykáním kazí potěšení z jídla a jestli je pro něj polykání stresující. Každá položka je ohodnocena na bodové škále od 0 do 4 bodů. Nula znamená, že respondent nemá v dané položce žádné potíže a 4 body, že má opravdu velké potíže v dané položce (maximálně tedy 40 bodů). Po vyplnění

respondentem byly body v dotazníku sečteny. Pokud v dotazníku vyšlo, že má respondent ≥ 3 body, znamená to, že má potíže s polykáním. Při vyplňování dotazníku se také měřil čas potřebný na vyplnění.

7.3.3 Sydneyský dotazník na téma polykání

Tento dotazník slouží ke zjištění závažnosti problému s polykáním. Je složen ze 17 otázek (16 vyznačování na osu a 1 otázka zaškrtačací). Dotazník se vyhodnocují změřením, pomocí pravítka, vzdálenosti od levého okraje úsečky (naměřené hodnoty v jednotkách milimetrů). Maximální celkové skóre dosahuje 1700 bodů. Horní hranice pro normální výsledek byla vypočítána na 234 bodů (Szczęsniak et al., 2014; Wallace et al., 2000).

Otázky jsou zaměřené na potíže s polykáním v současné době, jak se respondentům polykají tekutiny, jak se jim polykají měkké, tvrdé a suché potraviny, dále jestli mají potíže s polykáním vlastních slin, váznutí sousta při polykání a kašlání při konzumaci potravin a pití, jestli musí polknout více, než jedenkrát, do jaké míry jim jejich potíže s polykáním ovlivňují kvalitu života a jak dlouho jim trvá sníst průměrné jídlo.

Tento dotazník nebyl dosud v Čechách použit a bylo nutné jeho zpětné přeložení z originálu (Szczęsniak et al., 2014; Wallace et al., 2000) za pomoci vedoucí této práce. Souhlas pro použití dotazníku poskytli jeho autoři, z The St George Swallow Centre, prostřednictvím vedoucí této práce.

7.3.4 Dotazník Kvality života pacientů s poruchami polykání (SWAL-QOL-CZ)

Dotazník SWAL-QOL-CZ (Černý a kol., 2015) je rozdělen do 13 oblastí. Jedná se o oblasti hodnotící vlastní situaci s polykáním, stravování, výskytu obtíží vyskytujících se při polykání, stravovací návyky, obtíže s komunikací, obavy a pocity spojené s poruchou polykáním, společenský život a četnost výskytu příznaků v období posledního měsíce. Dále jsou v dotazníku otázky týkající se používání vyživovací sondy a konzistence potravy a tekutin. Poslední otázka se týká zhodnocení zdravotního stavu respondenta. Jednotlivé oblasti jsou dále rozděleny do podoblastí – otázky 1, 4 a 5 jsou složeny z 2 podoblastí, otázky 2, 7, 8 a 9 jsou složeny z 5 podoblastí, otázka 3 je složena ze 14 podoblastí, otázka 6 je složena ze 4 podoblastí a otázky 10 a 13 jsou složeny z 1 podoblasti. Každá podoblast je hodnocena 1-5 body. Skóre se vypočítá součtem bodů každé oblasti a vydělením 10. Celkové skóre SWAL-QOL se pohybuje mezi 0 a 100 (0=nejhorší a 100=nejlepší).

7.3.5 Dokumentace pacienta

Z dokumentace pacienta, týkající se aktuální hospitalizace, byly získány základní demografické údaje (věk a pohlaví), údaje o diagnóze, vedlejší diagnóze a přítomnosti dysfagie (dle dokumentace od lékaře nebo klinického logopeda). Dále byly z dokumentace o aktuální hospitalizaci zjišťovány informace o tom, od kdy je pacient hospitalizovaný a kdy došlo k rozvoji onemocnění vedoucí k současné hospitalizaci, jaký má typ stravy a konzistenci tekutin.

Riziko dysfagie bylo zjišťováno na základě informací o primární diagnóze respondentů. Respondenti s rizikem dysfagie měli primární diagnózy, u kterých je možný vznik potíží při polykání (cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, Alzheimerova demence a Myasthenia gravis). Respondenti bez rizika dysfagie měli diagnózu, která není spojena se vznikem dysfagie (bolest dolní části zad).

7.4 Předkládání dotazníků respondentům

Respondenti vyplňovali dotazníky sami nebo s dopomocí výzkumníka. Pořadí předkládání dotazníků bylo vždy stejné. Nejprve byly poskytnuty informace o projektu a důvod získání dat, poté byl respondentům předložen informovaný souhlas k podpisu a vyplnění Mini-Cog testu. Po vyhodnocení Mini-Cog testu bylo přistoupeno k předložení dotazníku EAT 10 a vysvětlení jeho vyplnění. Po vyplnění dotazníku EAT 10 následovalo vyplnění Sydneyského dotazníku, kde respondenti vyznačovali symbol „X“ na osu dlouhou 100 mm závažnost svého problému. Při levém konci úsečky značili symbol „X“, pokud měli pouze malý problém, doprostřed značili, pokud měli střední problém a k pravému okraji úsečky značili symbol „X“, pokud měli velký problém s polykáním. V dotazníku je i jedna otázka zaměřená na čas potřebný ke konzumaci průměrné jídla, na kterou respondenti nevěděli, jak odpovídat. Často se dotazovali, co je považováno za průměrné jídlo. Bylo jim vysvětleno, že průměrné jídlo je porce oběda (polévka a hlavní jídlo).

Respondenti, kteří měli diagnostikovanou poruchu polykání, vyplňovali dotazník Kvality života pacientů s poruchami polykání (SWAL-QOL-CZ). Tento dotazník byl u většiny respondentů vyplněn s dopomocí výzkumníka.

7.5 Forma zpracování dat

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla průběžně zapisována do tabulek Microsoft Office Excel verze 2007. Do konečného vyhodnocení dat byli vybráni pouze ti respondenti, kteří souhlasili s účastí, podepsali informovaný souhlas a prošli Mini-Cog testem.

Vyhodnocení první části výzkumného šetření (kapitola 7.1 a 7.2) proběhlo pomocí tabulky nebo grafu, kde jsou vyjádřeny absolutní četnosti (počet výskytu dané proměnné) nebo relativní četnosti (procentuální vyjádření). Relativní četnosti jsou vypočítány na základě statistického vzorce $f_i = \frac{n_i}{N} \times 100$ (f_i - relativní četnost, n_i - absolutní četnost, N – celkový počet respondentů).

Druhá část výzkumného šetření se týká zodpovězení výzkumných otázek. Otázky 1 a 2 byly hodnoceny pomocí absolutních četností, průměrného bodového skóre, minimálního a maximálního dosaženého skóre. Dále jsou data zpracována graficky pomocí sloupcového grafu, který byl vytvořen na základě intervalu bodů.

Dotazník SWAL-QOL-CZ a tedy výzkumná otázka číslo 3 byla zpracována pomocí tabulky, kde jsou zobrazeny všechny kategorie, které hodnotí dotazník. Dále je v tabulce uvedeno celkové bodové skóre, které je vypočítáno na základě součtu všech kategorií a vydělením číslem 10. Čím vyšší je číslo, tím lepší, je kvalita života respondenta. V tabulce je také vypočítán průměr bodového zisku. Celkový počet bodů a průměr byl převeden na celá čísla. Pomocí dotazníku SWAL-QOL-CZ byla hodnocena i konzistence jídla a tekutin, které jsou zpracované v tabulkách pomocí absolutních četností.

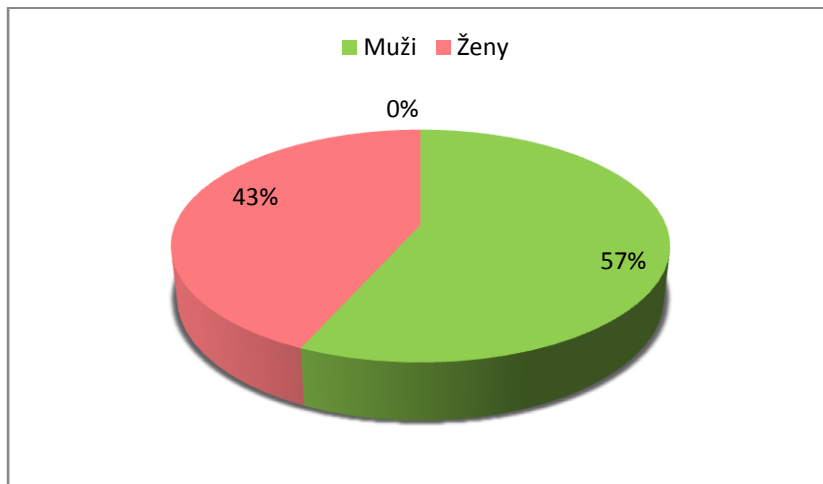
Výzkumné otázky číslo 4, 7 a 8 jsou vypracovány pomocí bodového grafu v programu Statistica 12. Bodový graf ukazuje závislost mezi dvěma proměnnými pomocí souřadnic X a Y. Bodové grafy slouží k zobrazení a porovnání číselných hodnot. Tyto grafy jsou vhodné k vyjádření vztahů mezi číselnými hodnotami (Řehák, Brom, 2015).

Pro zpracování výzkumné otázky číslo 6 a 7 byly použity krabicové grafy vypracované v programu Statistica 12. Z krabicového grafu je možné vyčíst rozložení číselných proměnných pro každou pozici na ose X. Je tvořen zobrazením mediánu (střední hodnota), obou kvartilů, posledních bodů patřících k přirozené homogenitě a vzdálených (odlehých) bodů (Řehák, Brom, 2015).

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

8.1 Charakteristika respondentů

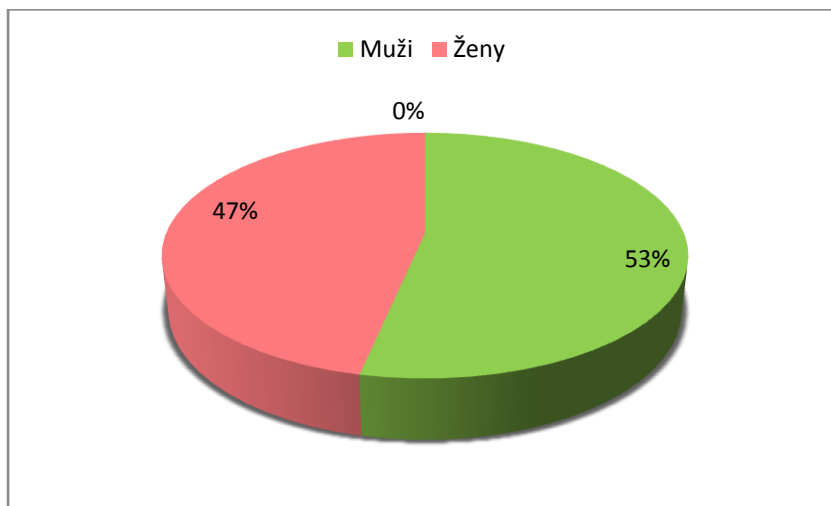
8.1.1 Pohlaví respondentů v podskupině s rizikem dysfagie



Obrázek 1 Graf četnosti pohlaví u respondentů s rizikem dysfagie

Dle výšečového grafu (Obrázek 1) Podskupinu s rizikem dysfagie byla tvořena dohromady 30 respondenty, z nichž jich bylo 17 (57%) pohlaví mužského a 13 (43%) pohlaví ženského. Lze proto říci, že rozložení podskupiny s rizikem dysfagie, co se týče pohlaví, bylo celkem rovnoměrné.

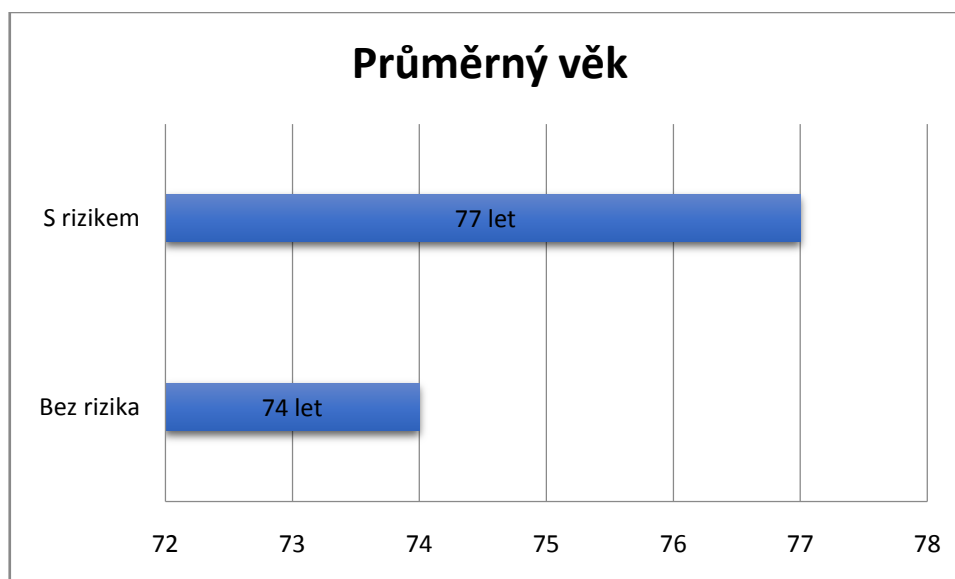
8.1.2 Pohlaví respondentů v podskupině bez rizika dysfagie



Obrázek 2 Graf četnosti pohlaví u respondentů bez rizika dysfagie

Podskupina respondentů bez rizika dysfagie je ještě více rovnoměrná, než podskupina s rizikem dysfagie. Dle výšečového grafu (Obrázek 2) tuto podskupinu tvořilo 16 mužů (53%) a 14 žen (47%).

8.1.3 Rozdělení respondentů dle průměrného věku v jednotlivých podskupinách



Obrázek 3 Pruhový graf průměrného věku

Pruhový graf (Obrázek 3) zobrazuje průměrný věk v jednotlivých podskupinách. V podskupině s rizikem dysfagie průměrný věk činil 77 let, směrodatná odchylka 6,5, minimální věk byl 65 let a maximální věk 89 let. V podskupině bez rizika průměrný věk činil 74 let, směrodatná odchylka 8,1, minimální věk byl 65 let a maximální věk 91 let.

8.1.4 Další údaje o respondentech zjištěné z nemocniční dokumentace

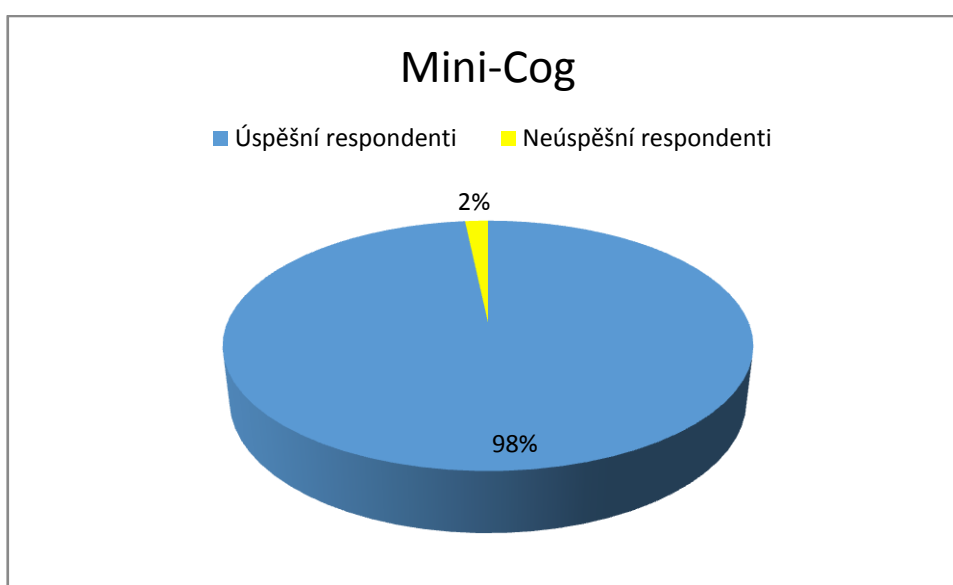
Tabulka 2 Údaje o respondentech

	S rizikem	Bez rizika
Nejčastější diagnóza	Cévní mozková příhoda	Bolest dolní části zad
Nejčastější vedlejší diagnóza	Arteriální hypertenze	Arteriální hypertenze
Věkové rozmezí	65-89 let	65-91 let
Konzistence jídla a tekutin	17 normální konzistence, 13 mletá/kašovitá konzistence a 2 tekutiny zahuštěny Nutilisem	Všichni respondenti normální konzistence jídla a tekutin
Dysfagie dle dokumentace	10	0

Z tabulky 2 je možné vyčíst, že nejčastější diagnóza u respondentů s rizikem dysfagie byla cévní mozková příhoda ($n = 26$) a u respondentů bez rizika dysfagie to byla bolest dolní části zad ($n = 30$). Věkové rozmezí u respondentů s rizikem dysfagie činilo 65-89 let, průměrný věk činil 77 let a směrodatná odchylka byla 6,5. U respondentů bez rizika dysfagie bylo

věkové rozmezí 65-91 let, průměrný věk činil 74 let a směrodatná odchylka byla 8,1. Nejčastější vedlejší diagnóza byla v obou podskupinách stejná, a to, arteriální hypertenze. Konzistence jídla a tekutin byla u 17 respondentů s rizikem dysfagie normální, u 13 respondentů byla konzistence jídla upravena na konzistenci mletou nebo kašovitou a u 2 respondentů s upravenou konzistencí jídla byla i změněna konzistence tekutin a bylo nutné tekutiny zahustit Nutilisem. U respondentů bez rizika dysfagie byla konzistence jídla i tekutin nezměněna. Z podskupiny respondentů s rizikem dysfagie bylo 10 respondentů, kteří měli potvrzenou dysfagii, dle dokumentace, od lékaře nebo klinického logopeda.

8.2 Úspěšnost ve vyplnění Mini-Cog testu



Obrázek 4 Výšečový graf úspěšnosti v Mini-Cog testu

Výšečový graf (Obrázek 4) ukazuje úspěšnost v Mini-Cog testu (test poznávacích schopností), který úspěšně vyplnili všichni respondenti. Z 60 respondentů jich 28 dosáhlo bodového zisku 5 bodů a 32 respondentů dosáhlo bodového zisku 3 bodů. Testem neprošel pouze jeden respondent (2%), který byl pro neúspěšnost vyřazen z výzkumné práce.

8.3 Vyhodnocení dotazníku EAT 10

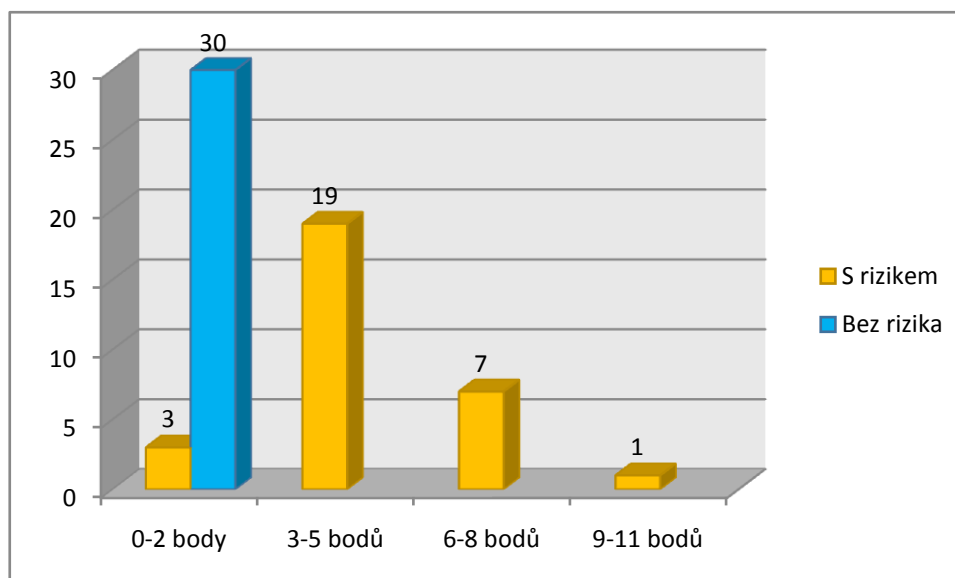
8.3.1 Zodpovězení výzkumné otázky č. 1: Jaké je subjektivní celkové skóre u seniorů v dotazníku EAT 10?

Tabulka 3 Bodové skóre v dotazníku EAT 10

	Celkem bodů v EAT 10	Průměr bodů	Maximum bodů	Minimum bodů
S rizikem (n=30)	143	4,7	9	1
Bez rizika (n=30)	10	0,3	2	0

Tabulka 3 je rozdělena na respondenty s rizikem dysfagie a na respondenty bez rizika dysfagie dle primární diagnózy. Celkový počet bodů v dotazníku EAT 10 všech respondentů (30) s rizikem dysfagie byl 143 a celkový počet bodů respondentů bez rizika dysfagie (30) byl 10 bodů. Průměrné bodové skóre u respondentů s rizikem dysfagie činilo 4,7 bodů a průměrné skóre u respondentů bez rizika dysfagie činilo 0,3 bodů. Maximum bodů dosažených v dotazníku EAT 10 činil u respondentů s rizikem dysfagie 9 bodů a u respondentů bez rizika dysfagie 2 body. Minimální bodové skóre u respondentů s rizikem dysfagie byl 1 bod a u respondentů bez rizika dysfagie 0 bodů.

8.3.2 Grafické znázornění výsledků v dotazníku EAT 10



Obrázek 5 Sloupcový graf výsledků EAT 10

Tento graf (Obrázek 5) je rozdělen do intervalu bodů získaných respondenty s rizikem a bez rizika dysfagie v dotazníku EAT 10. Normální výsledek v EAT 10 je >3 body. Všichni

respondenti bez rizika dysfagie (30) a 3 respondenti s rizikem dysfagie měli v dotazníku normální výsledky 0-2 body (55% respondentů). Nejvíce respondentů s rizikem dysfagie 19 (31%) bylo v intervalu 3-5 bodů. Druhá nejpočetnější skupina respondentů s rizikem se nacházela v intervalu 6-8 bodů. Této kategorie dosáhlo 7 respondentů (12%). Jeden respondent (2%) dosáhl v dotazníku 9 bodů, takže je v intervalu 9-11 bodů. Bodový průměr všech respondentů činil 3 body. Nejčastěji označenou položkou, která se respondentům jevila jako abnormální, byla položka o obtížnosti polykání tuhé stravy. Druhou nejčastěji označovanou položkou bylo obtížné polykání pilulek, a třetí nejčastěji označovanou položkou bylo zadržávání jídla v krku.

8.4 Vyhodnocení Sydneyského dotazníku

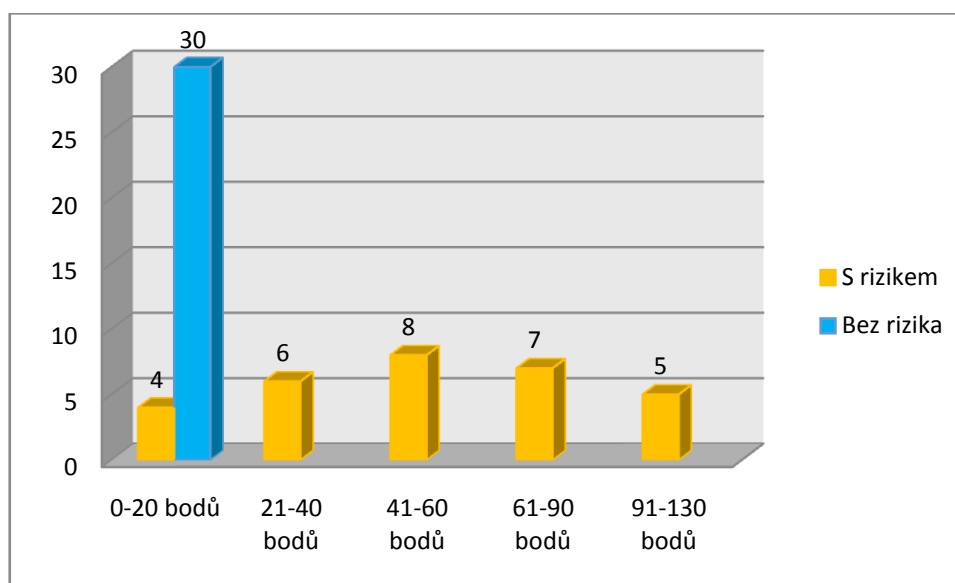
8.4.1 Zodpovězení výzkumné otázky č. 2: *Jaké jsou obtíže při polykání u seniorů zjištěné pomocí Sydneyského dotazníku na téma polykání?*

Tabulka 4 Bodové skóre v Sydneyském dotazníku

	Celkem bodů v Sydneyském dotazníku	Průměr bodů	Maximum bodů	Minimum bodů
S rizikem	1696	56,3	124	5
Bez rizika	51	1,7	10	0

Tabulka 4 je rozdělena na respondenty s rizikem dysfagie a na respondenty bez rizika dysfagie dle primární diagnózy. Celkový počet bodů v Sydneyském dotazníku všech respondentů (30) s rizikem dysfagie byl 1696 a celkový počet bodů respondentů bez rizika dysfagie (30) byl 51 bodů. Průměrné bodové skóre u respondentů s rizikem dysfagie činilo 56,3 bodů a průměrné skóre u respondentů bez rizika dysfagie činilo 1,7 bodů. Maximum bodů dosažených v Sydneyském dotazníku činil u respondentů s rizikem dysfagie 124 bodů a u respondentů bez rizika dysfagie 10 bodů. Minimální bodové skóre u respondentů s rizikem dysfagie bylo 5 bodů a u respondentů bez rizika dysfagie 0 bodů. Všichni respondenti dosáhli v Sydneyském dotazníku normálního skóre. Za normální skóre je považována horní hranice 234 bodů, tzn. více, jak 234 bodů je už považováno za abnormální skóre.

8.4.2 Grafické znázornění výsledků v Sydneyském dotazníku



Obrázek 6 Sloupkový graf výsledků Sydneyského dotazníku

Sloupkový graf (Obrázek 6) je rozdělen do intervalu bodů získaných respondenty s rizikem a bez rizika dysfagie v Sydneyském dotazníku. Za normální skóre je považována horní hranice 234 bodů. Všichni respondenti bez rizika dysfagie (30) a 4 respondenti s rizikem dysfagie (celkem 57%) dosáhli intervalu bodů 0-20. Další kategorie se nachází v intervalu 21-40 bodů, která je tvořena 6 respondenty (10%). Třetí kategorie se nachází v intervalu 41-60 bodů, která je zastoupena 8 respondenty (13%). Čtvrtá kategorie je tvořena intervalem 61-90 bodů, kterou zaujímá 7 respondentů (12%). Poslední kategorii tvoří interval 91-120 bodů. Nejvíce respondentů s rizikem dysfagie 19 (31%) bylo v intervalu 3-5 bodů. Druhá nejpočetnější skupina respondentů s rizikem se nacházela v intervalu 6-8 bodů. Této kategorie dosáhlo 7 respondentů (12%). Jeden respondent (2%) dosáhl v dotazníku 9 bodů, takže je v intervalu 9-11 bodů. Bodový průměr všech respondentů činil 3 body. Nejvíce problematickou položkou v tomto dotazníku byla položka o obtížnosti polykání tvrdých pokrmů. Druhou nejčastěji označovanou položkou byla otázka týkající se nutnosti polknout více, jak jedenkrát. A třetí nejčastěji označovanou položkou byl výskyt kašle a dávení při jídle.

8.5 Vyhodnocení dotazníku kvality života SWAL-QOL-CZ

8.5.1 Zodpovězení výzkumné otázky č. 3: *Jaká je kvalita života u seniorů, se zjištěnou dysfagií z dokumentace, pomocí nástroje S WAL-QOL-CZ?*

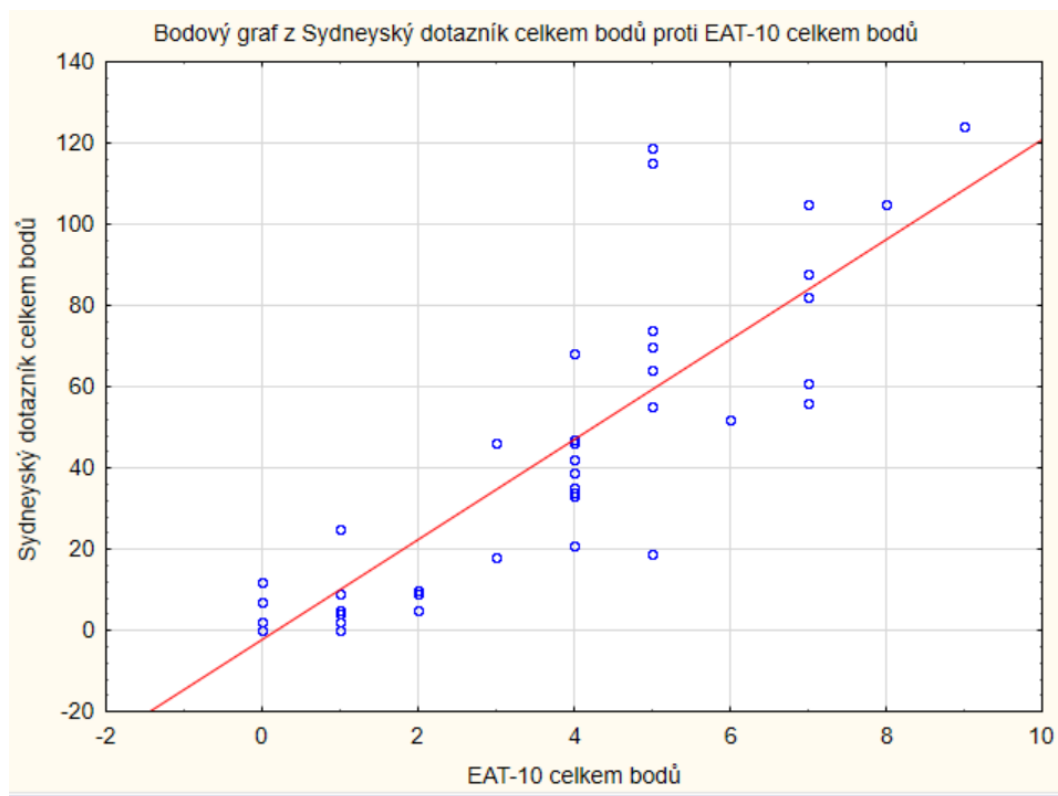
Tabulka 5 Výsledky dotazníku Kvality života – SWAL-QOL-CZ

Kategorie	Číslo respondenta									
	5.	6.	7.	8.	9.	10.	16.	22.	29.	36.
Vlastní situace s polykáním	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,6	0,7	0,7	0,8
Stravování	1,6	1,7	1,6	1,2	1,7	2,2	1,8	1,6	1,5	1,6
Výskyt obtíží při polykání	6,1	6,1	6,5	6	6,1	6,1	6,3	6,6	5,8	5,6
Výběr potravin	0,5	1	0,5	0,9	0,8	1	0,6	0,5	0,6	0,6
Potíže s komunikací	1	1	1	0,9	1	1	0,9	0,9	0,5	0,6
Obavy	1,9	1,8	2	1,8	1,7	1,9	1,5	1,4	1,5	1,6
Emocionální potíže	2,4	2,3	2,4	2,2	2,3	2,4	1,8	1,9	1,7	1,7
Sociální potíže	2,5	2,5	2,5	2,3	2,4	2,3	2,5	1,6	2,1	1,4
Spánek a únava	1,7	2	2,3	2,4	2,1	2,1	1,9	1,7	1,2	1,4
Použití sondy ke stravování	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hodnocení zdravotního stavu	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
Celkem	19	20	20	19	19	20	18	17	16	16
Průměr bodů	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4

V tabulce 5 jsou zaznamenány jednotlivé kategorie, které jsou hodnoceny dotazníkem SWAL-QOL-CZ a jejich celkový součet bodů. Z celkového součtu bodů je patrné, že kvalita života respondentů se zjištěnou dysfagií z lékařské dokumentace, není moc dobrá. Respondenti mohli dosáhnout bodového skóre 0-100 bodů. (0= nejhorší a 100=nejlepší). Minimální celkové skóre je 16 bodů, které měli v dotazníku 2 respondenti. Bodové skóre 17 bodů měl 1 respondent a bodové skóre 18 bodů měl také 1 respondent. Bodové skóre 19 bodů v dotazníku měli 3 respondenti a bodové skóre 20 bodů, které je v tomto vzorku respondentů i tím nejvyšším, měli také 3 respondenti. Bodový průměr byl u téměř všech respondentů (9 respondentů) stejný – 4. Jeden respondent měl bodový průměr 3 body.

8.6 Vztah výsledků dotazníku EAT 10 a Sydneyského dotazníku

Výzkumná otázka č. 4: *Jaký je vztah výsledků dotazníků EAT 10 a Sydneyského dotazníku na téma polykání?*

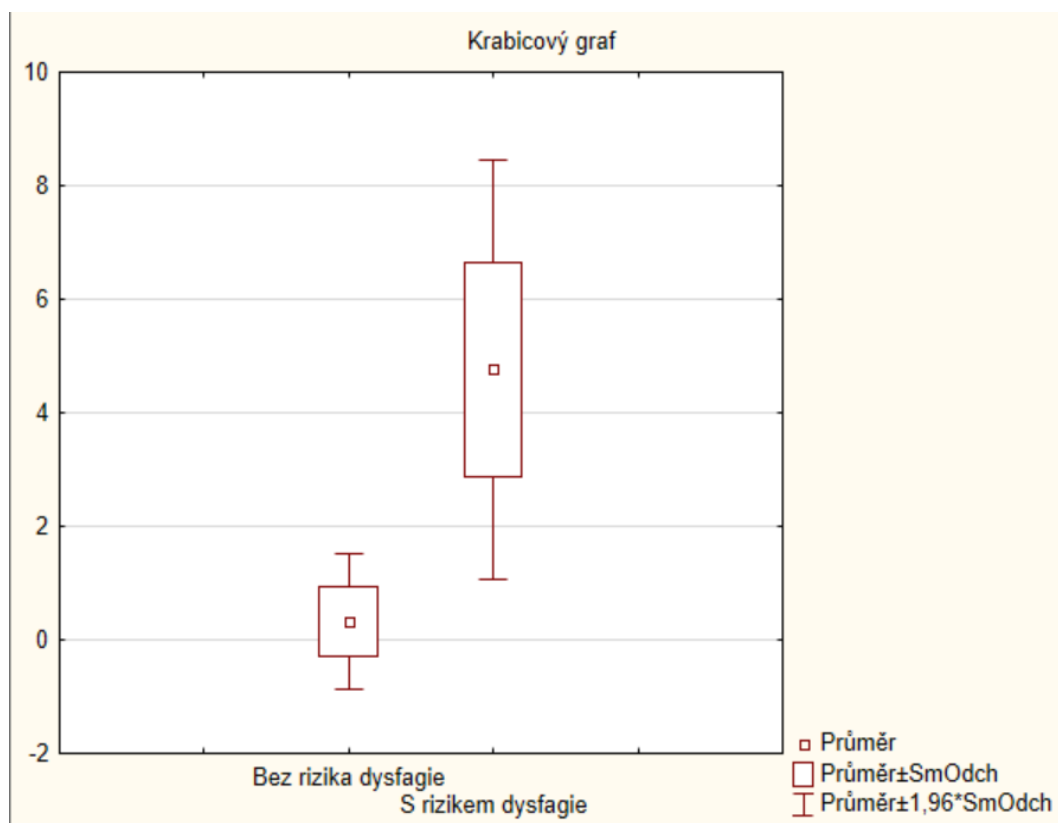


Obrázek 7 Bodový graf vztahu mezi EAT 10 a Sydneyského dotazníku

Dle bodového grafu (Obrázek 7) je vztah mezi výsledky všech respondentů v Sydneyském dotazníku a dotazníku EAT 10 poměrně těsný (body blízko osy). Směr přímky značí, že čím je vyšší hodnota výsledků v Sydneyském dotazníku, tím je i vyšší hodnota výsledků v dotazníku EAT 10. Je zde i pár odlehlých bodů, které leží daleko od středové osy.

8.7 Odlišnost celkového skóre v dotazníku EAT 10

Výzkumná otázka č. 5: *Jak se liší celkové skóre v dotazníku EAT 10 u respondentů s rizikem dysfagie, dle primární diagnózy, a u respondentů bez rizika dysfagie dle primární diagnózy?*

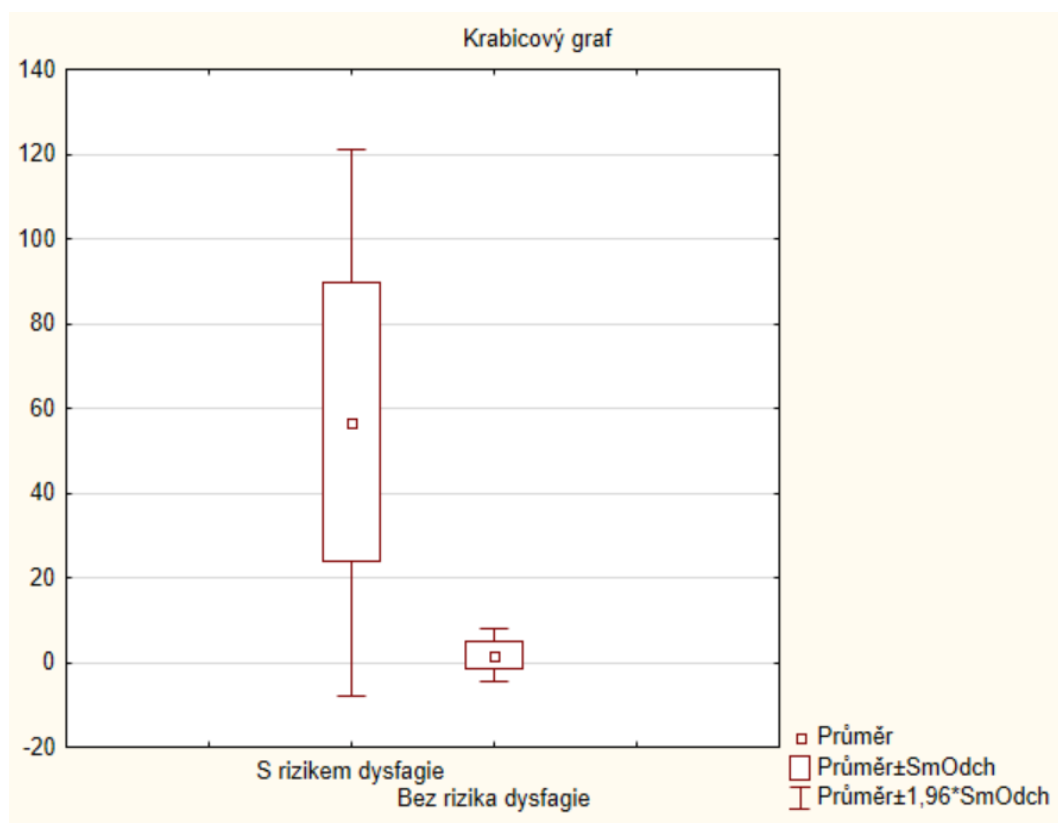


Obrázek 8 Krabicový graf celkového skóre dotazníku EAT 10 respondentů s rizikem a bez rizika dysfagie

Krabicové grafy (Obrázek 8) nám ukazují grafické srovnání výsledků v bodovém hodnocení v dotazníku EAT 10 u skupiny respondentů s rizikem dysfagie a u skupiny respondentů bez rizika dysfagie. Je zde znázorněn průměr, který je u skupiny s rizikem 4,7 a u skupiny bez rizika 0,3. V grafu nejsou zaznamenány žádné odlehlé hodnoty ani extrémní body. Při porovnání výsledků pomocí krabicových grafů je patrné, že výsledky obou skupin jsou značně odlišné (každý krabicový graf má jinou velikost, jiné rozmezí bodového maxima a minima).

8.8 Odlišnost celkového skóre v Sydneyském dotazníku

Výzkumná otázka č. 6: *Jak se liší celkové skóre v Sydneyském dotazníku na téma polykání u respondentů s rizikem dysfagie dle primární diagnózy a respondentů bez rizika dysfagie dle primární diagnózy?*

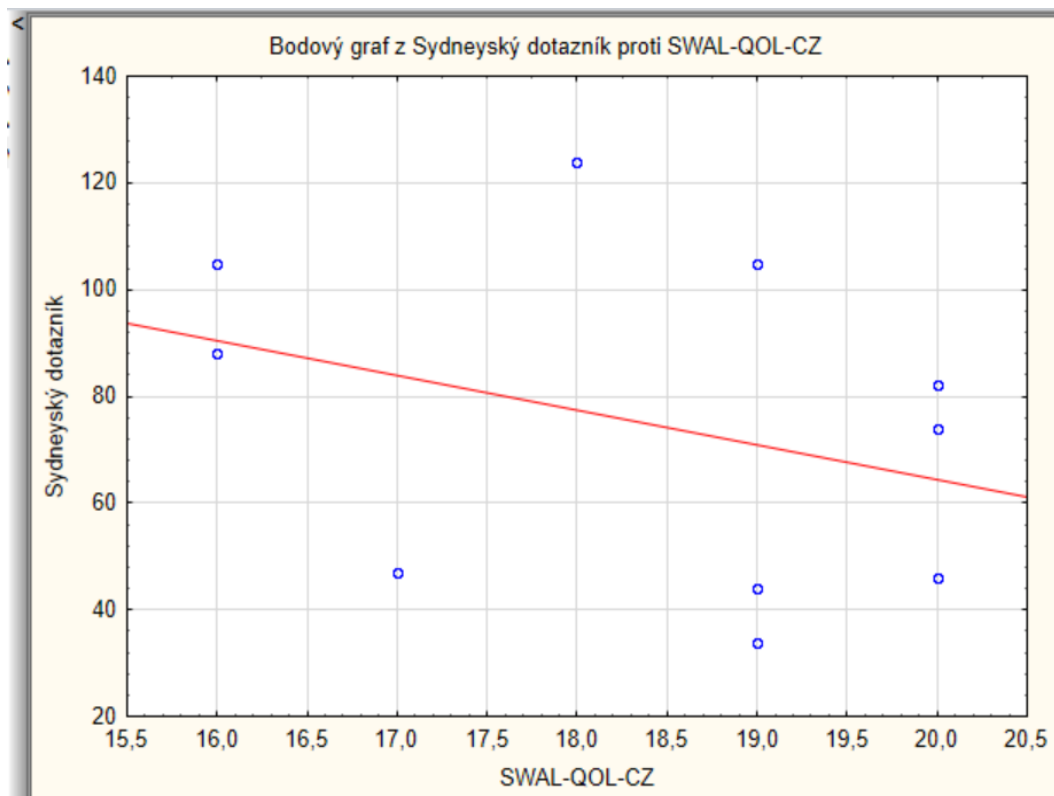


Obrázek 9 Krabicový graf celkového skóre Sydneyského dotazníku u respondentů s rizikem a bez rizika dysfagie

Krabicové grafy (Obrázek 9) nám ukazují grafické srovnání výsledků v bodovém hodnocení v Sydneyském dotazníku u skupiny respondentů s rizikem dysfagie a u skupiny respondentů bez rizika dysfagie. Je zde znázorněn průměr, který je u skupiny s rizikem 56,3 a u skupiny bez rizika 1,7. V grafu nejsou zaznamenány žádné odlehlé hodnoty ani extrémní body. Při porovnání výsledků pomocí krabicového grafu je vidět, že výsledky obou skupin jsou opět značně odlišné. Krabicové grafy mají každý jinou velikost a tudíž i jiné rozmezí bodového maxima a minima.

8.9 Vztah výsledků Sydneyského dotazníku a SWAL-QOL-CZ

Výzkumná otázka č. 7: Jaký je vztah výsledků mezi Sydneyským dotazníkem a SWAL-QOL-CZ u respondentů s dysfagií zjištěnou z dokumentace?

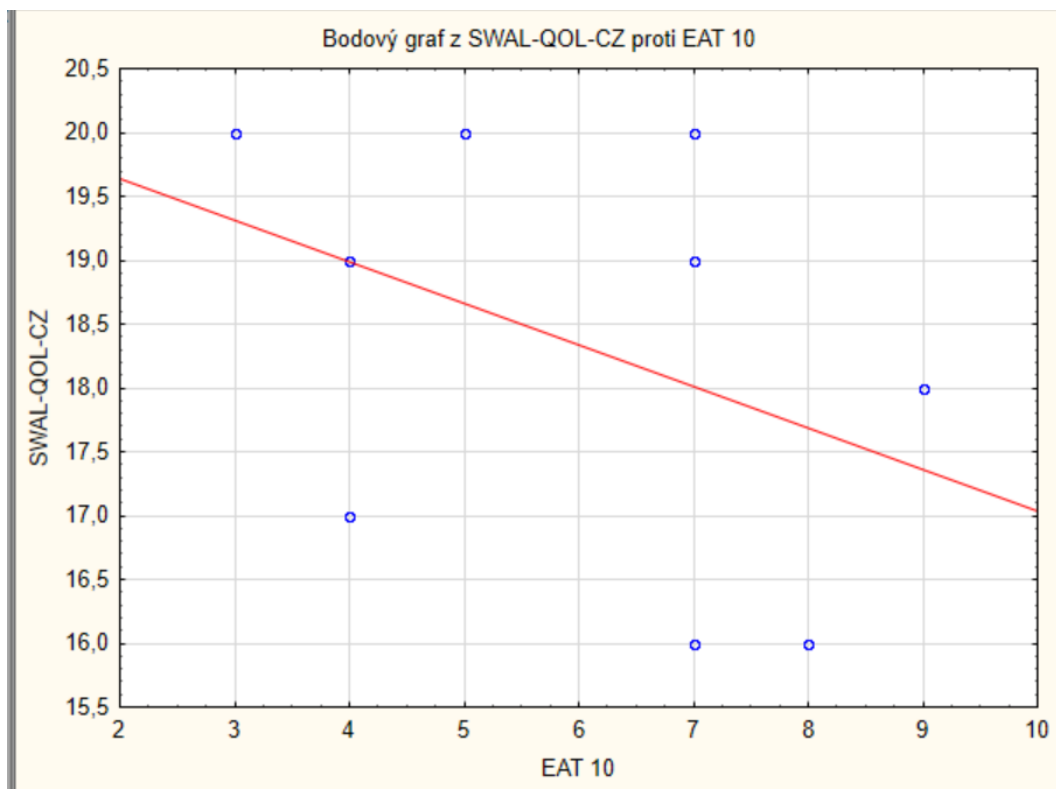


Obrázek 10 Bodový graf vztahu výsledků Sydneyského dotazníku a SWAL-QOL-CZ

Na bodovém grafu (Obrázek 10) je patrné, že vztah výsledků Sydneyského dotazníku a SWAL-QOL-CZ není moc těsný (body nejsou příliš blízko osy). Směr přímky značí, že čím je vyšší hodnota výsledků v Sydneyském dotazníku, tím je nižší hodnota výsledků v dotazníku SWAL-QOL-CZ. Jeden bod leží skoro na ose a 2 body jsou velmi blízko osy, ale zbytek bodů je rozptýlen okolo osy.

8.10 Vztah výsledků dotazníku EAT 10 a SWAL-QOL-CZ

Výzkumná otázka č. 8: *Jaký je vztah výsledků mezi dotazníky EAT 10 a SWAL-QOL-CZ u respondentů s dysfagií zjištěnou z dokumentace?*



Obrázek 11 Bodový graf vztahu výsledků dotazníku EAT 10 a SWAL-QOL-CZ

Bodový graf (Obrázek 11) ukazuje, že vztah výsledků dotazníku EAT 10 a SWAL-QOL-CZ není vůbec těsný. Ačkoli jeden bod leží přímo na ose, ostatní body jsou dosti vzdálené a rozptýlené kolem osy. Směr přímky značí, čím je vyšší hodnota SWAL-QOL-CZ, tím je nižší hodnota výsledků v dotazníku EAT 10.

9 DISKUZE

Jedním z cílů diplomové práce bylo subjektivního hodnocení polykání pomocí nástroje EAT 10 u seniorů s neurologickou diagnózou. Výzkumné části práce se zúčastnilo dohromady 60 respondentů (30 s rizikem dysfagie dle primární diagnózy a 30 bez tohoto rizika). U respondentů s rizikem dysfagie dle primární diagnózy byly výsledky v dotazníku EAT 10 abnormální (skóre 3 a více bodů) u více, než poloviny respondentů. Z 30 respondentů s rizikem dysfagie uvedlo 19 respondentů v dotazníku EAT 10 3 a více bodů. Průměr bodového skóre u těchto respondentů činil 4,7 bodů.

Dle výzkumné práce autorky Petržílkové a kol. (2012) byl výzkumný vzorek tvořen 124 respondenty, z nichž 26 respondentů uvedlo v dotazníku skóre vyšší než 3 body a bodový průměr činil 10,9 bodů (Petržílková a kol., 2012).

Mnoho výzkumných prací se zabývá korelací mezi položkami v dotazníku EAT 10. Pro tuto práci nebyla použita metoda korelace, protože zde není dostatečně mohutný výzkumný vzorek respondentů. Ve výzkumné práci autorky Fialové(2013) došlo také k porovnání dotazníku EAT 10 a screeningového vyšetření v neurologické praxi. Pro porovnání s výsledky této práce byla využita nejčastější diagnóza u respondentů. V této výzkumné práci byla nejčastější diagnóza respondentů cévní mozková příhoda. Stejně tak je i cévní mozková příhoda nejčastější diagnózou u respondentů v práci z roku 2013 (Fialová, 2013).

Dalším cílem práce bylo posoudit polykací funkci u seniorů s neurologickou diagnózou pomocí nově přeloženého Sydneyského dotazníku na téma polykání. Tento dotazník dosud nebyl v České republice použit. Pro porovnání výsledků bylo nutné najít zahraniční výzkumnou práci. Autoři Arenaz Búa a kol. (2014) napsali článek, který se zabývá překladem Sydneyského dotazníku do Švédštiny, využili pro svou studii kontrolní vzorek 20 respondentů a 20 respondentů s dysfagií. Věk respondentů byl 50 a více let. Průměrné skóre u kontrolní skupiny činilo 51 bodů, minimální počet bodů byl 5 a maximální 102 bodů. U respondentů z dysfagií bylo průměrné skóre v dotazníku 638 bodů. Minimální bodové skóre činilo 113 bodů a maximální skóre 1489 bodů (Arenaz Búa a kol., 2014). V této práci bylo skóre respondentů s rizikem dysfagie (maximum 124 a minimum 5 bodů) a bez rizika dysfagie (Maximum 10 a minimum 0 bodů) výrazně nižší. Může to být zapříčiněno tím, že výzkumný vzorek v této práci je o něco větší, než výzkumný vzorek v práci autorů Arenaz Búa a kol. (2014). Dalším důvodem by mohla být nestejná primární diagnóza, v této práci neurologičtí pacienti, ve studii autorů Arenaz Búa a kol. (2014) není zvolená hlavní diagnóza.

Pro posouzení kvality života byl využit v této práci SWAL-QOL-CZ (Černý a kol., 2015). Zkoumání kvality života u respondentů je jedním z dalších cílů práce. Dotazník byl vyplněn respondenty, kteří měli dysfagii diagnostikovanou lékařem nebo klinickým logopedem, a měli uveden záznam o dysfagii ve své lékařské dokumentaci (10 respondentů). Nejhůře hodnocenou kategorií v dotazníku byl výskyt obtíží při polykání (např. kašel, dávení, váznutí jídla v krku, zaskakování při jídle,...), druhou nejhorší kategorií bylo stravování (otázky typu: Z jídla už nemám žádný požitek, sníst jídlo mi trvá celou věčnost) a třetí nejhůře hodnocenou kategorií byl spánek a únava, kde respondenti hodnotili, jestli mívají pocit slabosti, potíže s usínáním, časté buzení.

Ve studii od autorů Khaldoun a kol. (2009) hodnotili autoři dle dotazníku SWAL-QOL kvalitu života u respondentů po cévní mozkové příhodě a u respondentů s potížemi s polykáním z důvodu operačního řešení nádoru v oblasti hlavy a krku. Nejhůře hodnocenou kategorií u respondentů po cévní mozkové příhodě byla kategorie výběru potravin a nejhůře hodnocenou kategorií u respondentů po operačním řešení byla kategorie zabývající se sociálními problémy (Khaldoun a kol., 2009).

Pro porovnání jsem nenašla shodný výzkumný vzorek, jako je vzorek v téhle práci. Vždy se lišil diagnózou nebo byl zaměřen na mladší věkovou kategorii. Výzkumný vzorek (respondenti po cévní mozkové příhodě), který autoři Khaldoun a kol. (2009) použili, byl alespoň trochu podobný tomu, který je v této práci. U těchto byla nejhůře hodnocena kategorie výběr potravin. Možná příčina výběru zrovna této kategorie jako nejhorší je asi v tom, že respondenti byli již v domácím prostředí a museli si zvolit vhodné potraviny sami. Oproti respondentům v téhle práci, kteří byli hospitalizováni v nemocnici a vhodnost potravin (dieta) jim byla upravena (např. na kašovitou nebo mletou konzistenci) nutriční sestrou. U respondentů po operačním řešení nádoru v oblasti hlavy a krku je nejhůře hodnocená kategorie sociální. To může mít za příčinu zjištění, že se musí vyrovnat oni sami i okolí se závažnou onkologickou diagnózou.

Ve výzkumné práci byl posuzován i vztah dotazníků. Vztah EAT 10 se Sydneyským dotazníkem na téma polykání je vztah poměrně těsný, což může svědčit o validitě Sydneyského dotazníku. Další vztah, který byl hodnocen, se jedná pouze respondentů s dysfagií zjištěnou z dokumentace. Jedná se o vztah mezi dotazníky EAT 10 a SWAL-QOL-CZ a vztah mezi Sydneyským dotazníkem a SWAL-QOL-CZ. Tyto vztahy nejsou dle výsledků příliš těsné, což může být způsobeno malým vzorkem respondentů (10).

Posledními cíli (výzkumnými otázkami) bylo porovnání celkového skóre dotazníků EAT 10 a Sydneyského dotazníku. Toto porovnání celkového skóre bylo provedeno u respondentů s rizikem dysfagie, dle primární diagnózy, s celkovým skóre respondentů bez tohoto rizika. K porovnání byly použity krabicové grafy. Rozdíl ve výsledcích respondentů s rizikem a bez rizika v obou dotaznících (EAT 10 a Sydneyský dotazník) byl v krabicovém grafu znatelný. Krabicové grafy u respondentů bez rizika dysfagie, dle primární diagnózy, měly znatelně menší velikost a tedy i rozpětí (minimum-maximum). Toto zjištění značí, že respondenti bez rizika dysfagie, dle primární diagnózy, dosáhli lepších výsledků v obou dotaznících, než respondenti s rizikem dysfagie dle primární diagnózy.

10 ZÁVĚR

Výsledkyv tomto výzkumném šetření odhalily, že polykací obtíže se u seniorů s neurologickou diagnózou vyskytují poměrně často.

Cílem této práce bylo posoudit polykací funkci u seniorů s neurologickou diagnózou. Výzkumný vzorek byl tvořen 60 respondenty, z nichž jich 30 bylo v podskupině s rizikem dysfagie dle primární diagnózy a 30 v podskupině bez tohoto rizika. Dle dotazníku EAT 10 byly výsledky v podskupině s rizikem dysfagie dle primární diagnózy abnormální u více, jak poloviny respondentů (19 abnormálních výsledků z 30 rizikových respondentů). Za abnormální skóre je považován výsledek 3 body a více. U všech respondentů bez rizika dysfagie dle primární diagnózy byly výsledky normální. Nejhůře hodnocenou položkou v dotazníku byla obtížnost polykání tvrdých pokrmů. Druhou nejčastěji označovanou položkou bylo to, že respondenti musí polknout více jak jedenkrát při polknutí a třetí nejčastější položkou byl výskyt kašle a dávení při konzumaci potravy.

V sydneyjském dotazníku měli všichni respondenti normální výsledek. Hranice normálního skóre byla stanovena dle autorů Szczęsniak et al.(2014) a Wallace et al. (2000) na 234 bodů. Nejhůře hodnocenou položkou byla obtížnost při polykání tuhé stravy. Polykání tuhé stravy bylo i nejhůře hodnocenou položkou v dotazníku EAT 10. Druhou nejčastěji hodnocenou položkou byly obtíže při polykání pilulek a třetí nejčastěji označovanou kategorií bylo zadržávání jídla v krku. Pomocí Sydneyjského dotazníku se hodnotil také čas na konzumaci průměrného jídla (porce oběda). U respondentů s rizikem dysfagie dle primární diagnózy byl nejčastěji označovaný čas na konzumaci průměrného jídla 15-30 minut. Tuto kategorii označilo 24 respondentů. Čas na konzumaci průměrného jídla 30-45 minut označili 4 respondenti a čas méně než 15 minut označili 2 respondenti. V podskupině bez rizika dysfagie dle primární diagnózy označili všichni respondenti (30) čas méně než 15 minut.

Kvalita života měřená pomocí dotazníku SWAL-QOL-CZ (Černý a kol., 2015) byla v této práci hodnocena u respondentů, kteří měli dysfagii diagnostikovanou lékařem nebo klinickým logopedem, a měli uveden záznam o dysfagii ve své lékařské dokumentaci (10 respondentů). Nejhůře hodnocená položka v tomto dotazníku byl výskyt obtíží při polykání (např. kašel, dávení, váznutí jídla v krku, zaskakování při jídle,...), druhou nejhorší položkou bylo stravování (otázky typu: Z jídla už nemám žádný požitek.Sníst jídlo mi trvá celou věčnost.) a třetí nejhůře hodnocenou kategorií byl spánek a únava, kde respondenti hodnotili, jestli mívají pocit slabosti, potíže s usínáním, časté buzení.

Potíže s polykáním výrazně ovlivňují bio-psycho-sociální složky a tím ovlivňují i kvalitu života. Je proto nutné se touto problematikou zabývat již při vzdělávání zdravotnických pracovníků. Důležité je i proškolení při provádění screeningových diagnostických postupů, aby byly odebírány a hodnoceny správným způsobem. Dalším z doporučení pro praxi je provádění výzkumů na téma porušené polykání, čímž se získají další poznatky, které se mohou implementovat do praxe a péče o pacienta. Zajímavé by byly výzkumné práce zaměřené na porušené polykání u jiných neurologických diagnóz (Roztroušená skleróza, Alzheimerova demence a další). Nebo zaměření výzkumu na porušené polykání u dětského pacienta například u svalové dystrofie.

Limitací výzkumné práce je poměrně malý výzkumný vzorek. Nejvíce respondentů bylo získáno během letních prázdnin v rámci individuální praxe. Na neurologickém oddělení byl omezen provoz a počet pacientů byl výrazně snížen. Vhodné pacienty k provedení dotazníkového šetření, proto nebylo snadné získat. Na oddělení byli hospitalizováni pacienti, kteří se do výzkumné práce hodili z důvodu primární diagnózy, ale nesplnili další kritérium – věk respondenta (65 let a více). Na oddělení bylo hospitalizováno mnoho pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda, ale jejich stav nedovoloval vyplnění z důvodu detenčního řízení.

Další limitací může být i nesnadné vyplňování Sydneyského dotazníku na téma polykání. Respondenti nebyli zvyklí své problémy vyznačovat na osu. Tento dotazník byl také poměrně časově náročný na vyplnění.

Tuto práci jsem si vybrala, protože mě zajímala problematika potíží s polykáním u seniorů. Dále mě zajímalo, které aspekty jsou pro seniory nejvíce zatěžující a nakolik jim zasahují do života. Práce mi byla velkým přínosem pro budoucí povolání sestry. Poznatky získané díky této práci mi rozšířily povědomost o této problematice a myslím, že jsem lépe pochopila, jak závažné polykací potíže pro pacienta mohou být.

11 POUŽITÁ LITERATURA

ARENAZ BÚA B., Bülow M. Validation in Swedish of Sydney Swallow Questionnaire. *BMC Research Notes*. 2014;7:742. doi:10.1186/1756-0500-7-742.

BELAFSKY, P. a kol. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*. 2008;117(12):919–924.

BENEŠOVÁ, P. a kol. Polykací funkce u seniorů. *Sestra*. 2011, roč. 10, č. 21, s. 62-64. ISSN 1210-0404.

BURGOS, R. a kol. Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutricion Hospitalaria* [online]. 2012, 27(6), 2048-2054 [cit. 2017-04-20]. DOI: 10.3305/nh.2012.27.6.6100. Dostupné z: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600034&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ČERNÝ, M. *Flexibilní endoskopické vyšetření polykání v diagnostice poruch polykání*. [online]. Hradec Králové: UK v Praze, LF v Hradci Králové, 2014 [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/140038359>. Disertační práce

ČERNÝ, M. a kol., Překlad a validizace české verze dotazníku SWAL-QOL-CZ. In *Česká ORL Akademie: Program a sborník abstrakt*. Praha: Sekce mladých otorinolaryngologů a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, 2015. 21 s. ISBN 978-80-7471-115-2.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

FIALA, P. a kol. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum, 2015, 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2

FIALOVÁ, J. *Posouzení polykací funkce v neurologické praxi: využití screeningového nástroje a Dotazníku o přijímání potravy*. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2013. Diplomová práce. Vedoucí práce Petra Mandysová.

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HUDÁKOVÁ, A. a MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80247-4772-9.

CHEN, A. Y. et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M. D. Anderson dysphagia inventory. *Archives of otolaryngology-head & neck surgery*. 2001, vol. 127, no. 7, s. 870-876.

CHENEY, D. M. a kol. The Ability of the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10) to Predict Aspiration Risk in Persons With Dysphagia. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* [online]. 2015, 124(5), 351-354 [cit. 2017-04-20]. DOI: 10.1177/0003489414558107. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25358607>

KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-2472490-4.

KEJKLÍČKOVÁ, I. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KHALDOUN, E. a kol. Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* [online]. 2009, 33(3), 167-171 [cit. 2017-04-20]. DOI: 10.1016. Dostupné z: <http://www.em-consulte.com/article/206087/alertePM#AFF1>

KUČERA, D. *Moderní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4

LASOTOVÁ, N. *Screening dysfagie - GUSS* [online]. In: . [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>

LUKÁŠ, K. a ŽÁK, A. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2764-6.

MANDYSOVÁ, P. a EHLER, E. Role sestry při screeningu poruch polykání v neurologii. *Neurologie pro praxi*. 2011, 12(6), 426-429. ISSN 1803-5280.

MANDYSOVÁ, P. a ŠKVRŇÁKOVÁ, J. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0158-0.

MAZÁNEK, J. a kol. *Zubní lékařství: Propedeutika*. Praha: Grada, 2014, 616 s. ISBN 978-80-247-3534-4.

MCHORNEY, C. A. a kol. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia* [online]. 2002, 17(2), 97 [cit. 2017-04-17]. DOI: 10.1007/s00455-001-0109-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11956835>

MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015–2017*. 10. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

PETRŽÍLKOVÁ, K. a kol. Subjektivní hodnocení polykací funkce u seniorů: využití zahraničního nástroje EAT-10. *Kontakt* [online]. 2012, roč. 14, č. 3, [cit. 2017–29–03], s. 261–268. Dostupný z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012095317974506.pdf>

POKORNÁ, A. a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

ROY, N. a kol. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Annals of Otology, Rhinology*. 2007, 116(11), 858–865. ISSN 1532-818X.

ŘEHÁK, J. a BROM, O. *SPSS – Praktická analýza dat*. Brno: Computer press, 2015. ISBN 978-80-251-4609-5.

SCHULER, M. a OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

SPEYER, R. a kol. Psychometric properties of questionnaires on functional health status in oropharyngeal dysphagia: a systematic literature review. *BioMed Research International*. 2014: Article ID 458678, 11 pages. ISSN 2314-6141.

STEFFEN, H. a kol. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. 5. vyd. Praha: Grada, 2010, 416 s. ISBN 978-80-247-2780-6.

SZCZESNIAK, M. a kol. The normative range for and age and gender effects on the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ). *Dysphagia*, 2014;29(5):535–8.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.

TEDLA, M. a kol. *Poruchy polykání.* Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009. ISBN 978-80-7311-105-2.

TRAPL, M. a kol. Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 2007, 38(11), 2948-2952. ISSN 1524-4628

WALLACE, K. L. a kol. Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, 2000;118(4):678–687.

VELA F. M. a kol. *Refluxní choroba jícnu - GERD.* 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4063-8.

WILKINS, T. a kol. The prevalence of dysphagia in primary care patients: A HamesNet Research network study. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007, 20(2), 144-150. ISSN 1558-7118.

12 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Informovaný souhlas</i>	60
Příloha B – <i>EAT 10</i>	64
Příloha C – <i>Sydneyský dotazník na téma polykání</i>	66

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, _____

(plné jméno a datum narození) souhlasím, abych se zúčastnil(-a) výzkumného šetření zaměřeného na **zhodnocení mé schopnosti polykat / mé kvality života spojené s poruchou polykání**. Toto zhodnocení spočívá v jednorázovém vyplnění 2–3 dotazníků: Dotazníku o přijímání potravy, Sydneyského dotazníku na téma polykání a případně dotazníku Kvality života pacientů s poruchami polykání.

Dotazníky vyplním sám/sama nebo s dopomocí výzkumného pracovníka. Před jejich vyplněním absolvuji test mých poznávacích schopností (test Mini-Cog spočívající v zapamatování si tří slov, test kreslení hodin). Na jeho základě (dle jeho výsledku) pak bude přistoupeno k vyplnění výše uvedených dotazníků.

Souhlasím, že výsledky mohou být použity pro publikování v odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích. Veškeré údaje o mě i o zařízení, kde jsem nyní umístěn, zůstanou anonymní. Měl(a) jsem dostatek času hovořit o způsobu provedení tohoto šetření s níže podepsaným zdravotnickým pracovníkem. Měl(a) jsem možnost položit otázky, které mi byly srozumitelnou formou vysvětleny.

Tímto potvrzují, že má účast v šetření je dobrovolná, mohu od něho kdykoliv odstoupit bez udání důvodu, aniž by to mělo dopad na péči, které se mi dostává. K odstoupení os šetření dostačuje moje sdělení výzkumníkovi, že odstupuji a že nesouhlasím s mojí další účasti v projektu. Pokud dávám přednost formě písemné, bude tento způsob odstoupení rovněž dostačující.

Podpis: _____ Datum: _____

Zdravotnický pracovník

Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informoval(a) o cílech i podmínkách výše uvedeného šetření, které byly podle mého soudu srozumitelné. Rovněž prohlašuji, že pokud budou výsledky použity pro vědecké publikace, prezentace a další vzdělávací akce, zůstanou ve všech případech anonymní.

Jméno zdravotnického pracovníka: _____

Podpis: _____ Datum: _____

Kontakt na výzkumníka:

Bc. Alena Pařízková

Telefon: 728 456 278

Email: st40772@student.upce.cz

Příloha B – EAT 10

Číslo respondenta	1. Kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze	2. Zajíť si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko	3. Polykání tekutin je pro mě obtížné	4. Polykání tuhé stravy je pro mě obtížné	5. Polykání pilulek je pro mě obtížné	6. Polykání je pro mě bolestivé	7. Polykání mi kazí potěšení z jídla.	8. Při polykání se mi jídlo zadrhává v krku	9. Při jídle kašlu	10. Polykání je pro mě stresující	Celkem bodů
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	1	1	2	1	0	1	1	0	7
6	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	5
7	0	0	2	2	1	1	0	1	0	0	7
8	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4
9	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	4
10	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	3	0	0	2	2	0	2	9
17	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	5
18	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	4
19	0	1	0	2	1	1	1	0	0	0	6
20	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	4
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4
23	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	5
24	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4
25	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	5
29	0	0	0	2	2	1	0	2	1	0	8
30	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	7
37	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4

38	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
39	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	5
40	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4
41	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
42	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
43	0	0	2	2	0	0	0	1	2	0	7
44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45	0	0	0	1	2	0	1	2	0	1	7
46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
48	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	5
49	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
51	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	5
52	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
55	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Příloha C – Sydneyský dotazník na téma polykání- otázky 1.-8.

Číslo respondenta	1. Jak velké obtíže s polykáním máte v současné době	2. Jak velké obtíže máte s polykáním ŘÍDKÝCH tekutin?	3. Jak velké obtíže máte s polykáním HUSTÝCH tekutin?	4. Jak velké obtíže máte s polykáním MĚKKÝCH pokrmů?	5. Jak velké obtíže máte s polykáním TVRDÝCH pokrmů?	6. Jak velké obtíže máte s polykáním SUCHÝCH pokrmů?	7. Máte obtíže s polykáním vlastních slin?	8. Máte někdy pocit, že Vám jídlo vázne v krku při polykání?
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	11	10	0	0	22	9	0	0
6	10	0	0	0	10	5	0	4
7	11	10	0	0	14	8	0	0
8	4	0	0	0	9	0	0	0
9	5	0	0	0	4	0	0	4
10	5	0	0	0	9	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0
16	25	0	0	4	20	5	0	0
17	9	0	0	3	6	3	0	4
18	5	0	0	0	8	5	0	0
19	7	0	0	0	9	5	0	5
20	5	0	0	2	13	7	0	9
21	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5	6	0	0	7	6	0	5
23	6	0	0	0	11	3	0	4
24	6	0	0	0	5	0	0	0
25	3	0	0	0	3	0	0	4
26	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0	0
28	3	0	0	0	8	4	0	6
29	16	0	0	5	16	3	0	3
30	3	0	0	0	5	0	0	0
31	0	0	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0	0	0	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0
34	0	0	0	0	0	0	0	0
35	0	0	0	0	0	0	0	0
36	9	0	0	0	14	6	0	8
37	4	0	0	0	3	3	0	0
38	0	0	0	0	0	0	0	0

39	2	0	0	0	3	0	0	0
40	3	0	0	0	4	0	0	0
41	0	0	0	0	2	0	0	0
42	2	0	0	0	3	0	0	0
43	3	2	0	0	3	0	0	0
44	0	0	0	0	0	0	0	0
45	4	0	0	0	18	0	0	0
46	0	0	0	0	0	0	0	0
47	0	0	0	0	0	0	0	0
48	6	0	0	0	31	5	0	0
49	0	0	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0	0	0
51	4	0	0	0	33	7	0	0
52	0	0	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0	0	0
54	0	0	0	0	0	0	0	0
55	3	0	0	0	3	0	0	0
56	0	0	0	0	0	0	0	0
57	0	0	0	0	0	0	0	0
58	0	0	0	0	0	0	0	0
59	0	0	0	0	0	0	0	0
60	0	0	0	0	0	0	0	0

Sydneyský dotazník na téma polykání- otázky 9.-11 a otázka 13.

číslo respondenta	9. Kašlete nebo se dávíte při polykání pevných pokrmů?	10. Kašlete nebo se dávíte při polykání tekutin?	11. Kašlete nebo se dávíte při polykání tekutin?	13. Když polykáte, dostává se Vám jídlo nebo tekutina nahoru za Váš nos, nebo Vám vytéká z nosu
1.	0	0	0	0
2.	0	0	0	0
3.	0	0	0	0
4.	0	0	0	0
5.	11	13	0	0
6.	9	8	0	0
7.	8	0	0	0
8.	4	7	0	0
9.	0	5	0	0
10.	0	6	0	0
11.	0	0	0	0
12.	0	0	0	0
13.	0	0	0	0
14.	0	0	0	0
15.	0	0	0	0
16.	23	0	0	0

17.	12	0	0	0
18.	0	11	0	0
19.	0	0	0	0
20.	0	9	0	0
21.	0	0	0	0
22.	0	0	0	0
23.	0	0	0	6
24.	7	0	0	0
25.	4	3	0	0
26.	0	0	0	0
27.	0	0	0	0
28.	18	4	4	0
29.	18	8	2	0
30.	3	3	0	0
31.	0	0	0	0
32.	0	0	0	0
33.	0	0	0	0
34.	0	0	0	0
35.	0	0	0	0
36.	6	10	0	0
37.	8	5	0	0
38.	0	2	0	0
39.	4	3	0	0
40.	7	4	0	0
41.	0	2	0	0
42.	5	0	0	0
43.	12	11	0	0
44.	0	2	0	0
45.	25	0	0	0
46.	0	2	0	0
47.	0	0	0	0
48.	0	25	7	0
49.	0	4	0	0
50.	0	0	0	0
51.	8	0	0	0
52.	9	0	0	0
53.	0	0	0	0
54.	9	0	0	0
55.	4	0	0	0
56.	0	0	0	0
57.	0	0	0	0
58.	0	0	0	0
59.	0	4	3	0
60.	0	0	0	0

Sydneyský dotazník na téma polykání- otázky 14.-17 a otázka 12.

číslo respondenta	14. Musíte někdy polknout více než jedenou, aby se Vám podařilo jídlo spolknout?	15. Vykašláváte někdy nebo prskáte jídlo nebo tekutiny <u>BĚHEM</u> jídla	16. Jak dnes hodnotíte závažnost Vašich obtíží s polykáním	17. Do jaké míry Vám Vaše obtíže s polykáním narušují Vaše potěšení nebo kvalitu života?	12. Jak dlouho vám trvá sníst průměrné jídlo?
1.	0	0	0	0	méně než 15 minut
2.	0	0	0	0	méně než 15 minut
3.	0	0	0	0	méně než 15 minut
4.	0	0	0	0	méně než 15 minut
5.	11	0	13	0	15-30 minut
6.	7	0	9	7	15-30 minut
7.	7	0	9	5	30-45 minut
8.	5	5	5	0	15-30 minut
9.	5	0	6	0	15-30 minut
10.	9	7	5	0	15-30 minut
11.	0	0	0	0	méně než 15 minut
12.	0	0	0	0	méně než 15 minut
13.	0	0	0	0	méně než 15 minut
14.	0	0	0	0	méně než 15 minut
15.	0	0	0	0	méně než 15 minut
16.	14	0	23	0	30-45 minut
17.	14	0	8	6	15-30 minut
18.	0	0	4	4	15-30 minut
19.	13	0	5	3	15-30 minut
20.	0	0	10	8	15-30 minut
21.	0	0	0	0	méně než 15 minut
22.	5	0	4	4	15-30 minut
23.	9	0	7	4	15-30 minut
24.	8	0	11	4	15-30 minut
25.	9	3	5	0	15-30 minut
26.	0	0	0	0	méně než 15 minut
27.	0	0	0	0	méně než 15 minut
28.	6	0	4	2	15-30 minut
29.	8	0	12	4	30-45 minut
30.	0	0	2	0	15-30 minut
31.	0	0	0	0	méně než 15 minut
32.	0	0	0	0	méně než 15 minut
33.	0	0	0	0	méně než 15 minut
34.	0	0	0	0	méně než 15 minut
35.	0	0	0	0	méně než 15 minut
36.	12	0	8	5	30-45 minut
37.	4	0	3	0	15-30 minut
38.	0	0	0	0	méně než 15 minut

39.	0	0	2	0	15-30 minut
40.	3	3	2	2	15-30 minut
41.	0	0	1	0	méně než 15 minut
42.	2	0	1	0	15-30 minut
43.	7	0	13	0	15-30 minut
44.	0	0	0	0	méně než 15 minut
45.	5	0	4	0	15-30 minut
46.	0	0	0	0	15-30 minut
47.	4	0	0	0	15-30 minut
48.	25	0	11	0	15-30 minut
49.	0	0	0	0	méně než 15 minut
50.	0	0	0	0	15-30 minut
51.	47	0	15	0	15-30 minut
52.	0	0	0	0	méně než 15 minut
53.	0	0	0	0	méně než 15 minut
54.	11	0	0	0	15-30 minut
55.	0	0	0	0	méně než 15 minut
56.	0	0	0	0	méně než 15 minut
57.	0	0	0	0	méně než 15 minut
58.	0	0	0	0	méně než 15 minut
59.	0	0	0	0	15-30 minut
60.	0	0	0	0	méně než 15 minut