

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Terénní logopedická péče u osob s dysfagií

Speech and language therapy field care for people with dysphagia

Bc. et Bc. Denisa Poláchová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Jana Horynová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Terénní logopedická péče u osob s dysfagií vypracovala pod vedením Mgr. Ing. Jany Horynové samostatně za použití uvedených zdrojů. Současně prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Bc. et Bc. Denisa Poláchová

.....

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Ing. Janě Horynové za odborné vedení práce, ochotu, cenné připomínky, rady, a především za čas, který mi během tvorby diplomové práce věnovala. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření, a také klinickým logopedkám, které byly ochotné zapojit se i do kvalitativního šetření práce. Mé poděkování patří také všem, pro mě důležitým osobám, které tu pro mě během doby studia i tvorby této práce vždy byly. Děkuji!

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem terénní logopedické péče u osob s dysfagií. Práce je členěna do čtyř kapitol, přičemž první tři vymezují teoretický rámec práce, čtvrtá kapitola je empirická. Úvodní kapitola přináší pohled na fyziologii polykání a anatomii orofaciální oblasti. Následuje kapitola věnovaná problematice dysfagie. Závěrečná teoretická kapitola nabízí pohled na logopedickou intervenci u pacientů s dysfagií. Čtvrtá kapitola přináší smíšený design výzkumného šetření zaměřujícího se na poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií v České republice. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zanalyzovat poskytování této péče u nás. Dále byly stanoveny dílčí cíle práce, výzkumné otázky a předpoklady. V rámci nich se práce snaží zjistit specifika a bariéry poskytování terénní logopedické péče u pacientů s dysfagií. Byly zpracovány výstupy proběhlého dotazníkového šetření mezi klinickými logopedy a rozhovory s některými z nich. Závěr práce je shrnutím výsledků proběhlého výzkumného šetření doplněným o doporučení pro logopedickou praxi. V příloze práce je sestaven seznam kontaktů pracovišť, která terénní logopedickou péči u osob s dysfagií poskytují, a která s tímto souhlasila.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dysfagie, narušená komunikační schopnost, terénní logopedická péče, logopedická intervence

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the topic of field language and speech therapy for people with dysphagia. The work is divided into four chapters, while the first three define the theoretical framework of the work, the fourth chapter is empirical. The introductory chapter provides an insight into the physiology of swallowing and the anatomy of the orofacial area. The following chapter is devoted to the issue of dysphagia. The final theoretical chapter offers an insight into speech therapy intervention in patients with dysphagia. The fourth chapter presents a mixed design of a research survey focusing on the provision of field speech therapy care for people with dysphagia in the Czech Republic. The main goal of the research survey was to analyze the provision of this care in our country. This was followed by setting partial goals of the work and research questions. Within them, the work tries to analyze the specifics and barriers to the provision of field speech and language therapy care for patients with dysphagia. A questionnaire survey among clinical speech therapists and interviews with some of them was developed. The conclusion of the work is a summary of the results of the research survey supplemented by recommendations for speech therapy practice. The appendix contains a list of contacts of workplaces that provide field speech and language therapy care for people with dysphagia, and who have agreed to this.

KEYWORDS

Dysphagia, communication disability, field speech and language therapy, speech intervention

Obsah

Úvod	8
1 Fyziologie polykání	10
1.1 Anatomie orofaciální oblasti	10
1.1.1 Orgány podílející se na polykacím aktu	10
1.1.2 Svalstvo orofaciální oblasti	14
1.1.3 Hlavové nervy účastníci se aktu polykání	17
1.2 Fyziologické fáze polykání.....	20
1.2.1 Fáze orálně přípravná	20
1.2.2 Fáze orálně propulzní.....	20
1.2.3 Fáze faryngeální.....	21
1.2.4 Fáze ezofageální	21
2 Dysfagie	22
2.1 Prevalence, etiologie a členění dysfagie	22
2.2 Symptomatologie dysfagie	24
2.3 Onemocnění, se kterými se dysfagie nejčastěji pojí	25
3 Logopedická intervence	30
3.1 Logopedická intervence u pacientů s dysfagií	30
3.1.1 Prevence dysfagie.....	30
3.1.2 Diagnostika dysfagie.....	32
3.1.3 Terapie dysfagie.....	37
3.2 Organizace logopedické intervence v České republice a kontext terénní logopedické péče	42
3.2.1 Logopedická péče v rezortu zdravotnictví	43
3.2.2 Logopedická intervence v rezortu školství, mládeže a tělovýchovy.....	43
3.2.3 Logopedická intervence v rezortu práce a sociálních věcí.....	44
4 Analýza poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií.....	48
4.1 Stanovení výzkumných cílů	48
4.2 Metodika výzkumného šetření	48
4.3 Interpretace dotazníkového šetření	51
4.3.1 Společná část dotazníkového šetření určená všem osloveným respondentům	51

4.3.2 Část dotazníku určená respondentům, kteří uvedli, že ve své péči mají pacienty s dysfagií.....	56
4.3.3 Část dotazníku určená respondentům poskytujícím terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií	58
4.3.4 Část dotazníku určená respondentům, kteří svým pacientům s dysfagií nenabízejí možnost terénní logopedické péče	61
4.3.5 Část dotazníku určená respondentům, kteří neposkytují logopedickou péči osobám s dysfagií	63
4.4 Rozhovory s klinickými logopedy	65
4.5 Diskuze	71
4.6 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro logopedickou praxi	73
Závěr	78
Seznam použité literatury	80
Seznam zkratk	84
Seznam příloh.....	85

Úvod

Problematika poruch polykání se stále více dostává nejen do povědomí odborné veřejnosti. Relevantní a komplexně rozsáhlé poznatky z této oblasti jsou nezbytnou součástí znalostí klinického logopeda, který je dnes již běžně vnímán jako rovnocenný partner v rámci dysfagiologického týmu nemocničních zařízení. Taktéž kliničtí logopedi v ambulantních, lázeňských, ale i neziskových zařízeních se stále více setkávají s klienty, kteří potřebují profesionální intervenci v rámci svých obtíží s polykáním. Jak i vyplynulo z šetření této práce, klientů s dysfagií přibývá. Přispívajících faktorů je mnoho, od zlepšující se kvality lékařské péče, prodlužující se průměrné délky života, až po neustále se vylepšující diagnostické přístupy. Současně je nezbytně nutný kompetentní speciálně pedagogický náhled na danou problematiku, která se stále více dostává do popředí zájmu logopedické intervence.

Já sama jsem se v rámci odborných logopedických praxí během studia měla možnost seznámit s množstvím klientů s dysfagií, stejně tak s různými přístupy klinických logopedů k této problematice. Logopedická intervence napříč diagnózami a cílovými věkovými skupinami se vyvíjí neustále dopředu, narůstá počet informací, odborných výzkumů, invenčních přístupů, poznatků ze zahraniční i domácí praxe. Jedním ze specifických odvětví logopedické intervence je i terénní logopedická péče. Poskytuje klientům řešení jejich obtíží, zacílenou péči v prostředí jejich domova, což je velice významný přínos pro klienty imobilní, klienty, pro které je doprava do logopedického zařízení obtížná nebo jim poskytuje vyšší komfort z kteréhokoliv důvodu, který je pro úspěšnou logopedickou terapii podstatný. Tato poskytovaná služba s sebou přináší svá specifika jak na straně klinického logopeda, tak i klienta a jeho rodinného prostředí.

Pro zpracování tohoto tématu z oboru speciální pedagogiky – logopedie jsem se rozhodla právě na základě setkání s klienty s dysfagií v rámci odborných praxí. Poskytování terénní logopedické péče u dysfagiologických klientů se mi jevílo jako téma zajímavé, současně dosud ne příliš probádané, přestože lze předpokládat narůstající počet potenciálních klientů této služby.

Tato diplomová práce se proto zabývá průzkumem zacíleným na poskytování terénní logopedické péče v rámci České republiky. Je členěna na dvě části o čtyřech kapitolách.

Teoretická část se ve svém úvodu zaměřuje na teoretická východiska z oblasti fyziologie polykání a anatomie orofaciální oblasti, kdy se v navazujících podkapitolách zabýváme popisem jednotlivých orgánů této oblasti, jejich svalovými strukturami, také v neposlední řadě i hlavovými nervy zajišťujícími inervaci a významně participujícími na polykání.

Druhá kapitola pak přináší problematiku dysfagie, její etiologii, prevalenci, symptomatologii a nejčastěji uváděná onemocnění ve vztahu k dysfagii. Poslední kapitola teoretické části práce se zabývá vymezením logopedické intervence u osob s poruchami polykání a kontextu terénní logopedické péče, jejímu legislativnímu ukotvení, a především zahraničním zkušenostem.

Druhá část práce je věnována praktické části popisující výzkumné šetření zaměřené na poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií v rámci České republiky. Empirický výzkum zahrnuje kvantitativní šetření doplněné kvalitativní částí s cílem zmapovat poskytování terénní logopedické péče specificky u těchto pacientů.

1 Fyziologie polykání

1.1 Anatomie orofaciální oblasti

Problematika poruch polykání je multidisciplinární tematikou. Klinický logoped je dnes již rovnocenným členem dysfagiologického týmu, který se komplexně zabývá diagnostikou i následnou terapií poruch polykání. Vědomosti týkající se anatomie a normální fyziologie orofaciální oblasti jak ve vztahu k řečové produkci, tak zejména k polykání jsou nutným předpokladem pro vedení úspěšné logopedické intervence. V následujících podkapitolách se proto věnujeme popisu orofaciální oblasti, ale i hlavovým nervům nezbytným pro inervaci polykacího aktu.

1.1.1 Orgány podílející se na polykacím aktu

Dutina ústní (cavita oris)

Jedná se o vstupní strukturu trávicího ústrojí. K jejím hlavním úkolům patří příjem a zpracování potravy, než dojde k samotnému trávení. Kousání, žvýkání a promíchávání jsou hlavní děje, které v dutině ústní probíhají. Její přední ohraničení tvoří rty, po stranách tváře, nahoře patro, dole pak spodina ústní. Zadní část absentuje z důvodu přechodu hltanovou úžinou do hltanu. Zubní oblouky pak vytvářejí rozdělení ústní dutiny na předsíň a vlastní dutinu ústní (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Čihák, 2016).

Předsíň dutiny ústní (vestibulum oris)

Její zevní ohraničení tvoří rty a tváře, zevnitř pak zuby a alveolární výběžky. Tvar je podkovovitý. Sliznice je návazná na sliznici rtů a následně přechází do dásní (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel, 2008).

Ret (labium)

Podkladem rtu, silné frontální řasy, kterou z vnější strany pokrývá kůže, zevnitř sliznice, je kruhový sval ústní, a další mimické svaly. Součástí podslizničního vaziva jsou drobné slinné žlázy. Ústní štěrbina je ohraničena právě volnými retnými okraji. Nosoretní rýha probíhá od nosního křídla ke koutkům úst. Dolní ret je od brady oddělen rýhou. Odstup od zadní plochy rtů tvoří ve střední rovině slizniční řasa, která přechází do dásní (Čihák, 2016; Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014).

Tvář (bucca)

Oblast tváře sahá od jařmového oblouku po dolní okraj dolní čelisti. V přední části pak k ústním koutkům, vzadu k přednímu kraji velkého svalu žvýkacího. Tvář je velmi vrstevnatá – podslizniční vazivo obsahuje slinné žlázy, dutinová strana je pokryta sliznicí poutanou podslizničním vazivem pevně ke svalu, což způsobuje její nepohyblivost vzhledem ke spodině. Tukové těleso je umístěno pod podkožním vazivem, které je vsunuto mezi žvýkací svaly do oblasti podspánkové jámy. Jednu z vrstev tvoří i tvářový sval a fascia buccopharyngea (Čihák, 2016; Merkunová, Orel, 2008).

Dáseň (gingiva)

Jde o sliznici alveolárních výběžků čelistí navazující na sliznici předsíně dutiny ústní, patra a spodiny ústní dutiny. Dáseň vytváří úzký lem okolo krčku zubu, volný okraj je ztenčený. Dásňový žlábek je prohlubní mezi volným okrajem dásně a zubem, a lze jím proniknout až do hloubky jednoho milimetru. Na jeho dně se dáseň napojuje na zub, zabraňuje vniknutí infekce do vazivové části okolo zubního krčku a kořene (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Čihák, 2016).

Patro (palatum)

V případě předních dvou třetin hovoříme o tvrdém patře (palatum durum), v zadní třetině pak o patře měkkém (palatum molle). To je pohyblivé a jeho funkcí je oddělení dutiny ústní od nosohltanu. Naopak tvrdé patro je pevné, a tvoří vodorovně orientovanou přepážku mezi dutinou ústní a nosní. Párové řasy – zadní arcus palatopharyngeus a přední palatini, odstupují od měkkého patra. Zadní sestupuje k boční stěně hltanu. Přední směřuje ke kořeni jazyka, končí v políčku trojúhelníkového tvaru. Obě řasy obkružují protáhlé místo, kde je uložena patrová mandle. Řasy obou stran společně s patrem a kořenovou částí jazyka ohraničují hltanovou úžinu (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014).

Slinné žlázy (glandulae salivariae)

Základní dělení slinných žláz je na velké a malé. Malé, které jsou uloženy ve sliznici dutiny ústní, předsíni, jazyce a patře, vyměšují sekret nepřetržitě. Velké slinné žlázy produkují sliny jen v návaznosti na rozmanité reflektogenní podněty. Jde o párové žlázy, podjazykovou, uloženou pod jazykem, podčelistní, nacházející se pod dolní čelistí a žlázu příušní pod ušním boltcem.

Žlázy podjazyková a podčelistní mají společný vývod, který ústí pod jazykem. Vývod příušní žlázy ústí v předsíni dutiny ústní (Čihák, 2016; Merkunová, Orel, 2008).

Zuby (dentes)

O zubech hovoříme jako o tvrdých bílých orgánech připomínajících kosti. Jedná se o specifické deriváty ústní sliznice. Jejich úkolem je žvýkání a kousání, podílí se na tvorbě řeči. Každý zub se specificky skládá ze tří částí: korunky, krčku a kořene. Vnitřní část zubu tvoří dřevná dutina. V průběhu lidského života dojde přirozeně k jedné obměně chrupu – rozlišujeme zuby dočasné a stálé. Dočasné rostou v počtu dvaceti, stálé pak v počtu třiceti dvou zubů. Každý z kvadrantů obsahuje dva řezáky, jeden špičák, dva zuby třenové a tři stoličky. Zuby dočasné jsou obvykle rozměrově menší, současně také bělejší. Svůj význam mají jednak pro kousání, tak i pro tvorbu hlásek při řeči (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

Jazyk (lingua)

Orgán na spodině dutiny ústní, svalovitý, pokrytý sliznicí. Svalovými spojeními je propojen s okolím – dolní čelistí, jazykou, měkkým patrem, stěnou hltanu, a i bodcovitým výběžkem spánkové kosti. Zadní část jazyka je obrácená dozadu do hltanu a označujeme ji jako kořen. Z něj pak pokračuje směrem dopředu širší tělo končící jako zužující se volně pohyblivý hrot. V rámci orální části hovoříme o hřbetu jazyka a jeho spodní ploše. Hřbet je charakteristický podélnou brázdou vedoucí středem. Popisována je i rýha ve tvaru písmene „V“ otevřeného směrem vpřed na hranici těla jazyka a jeho kořene. Povrch jazyka tvoří sliznice, ve spodní části pak slizniční řasa, po jejíchž stranách jsou umístěny dva hrbolky obsahující vyústění velkých slinných žláz. Dozadu dolů směrem od kořene jazyka se objevují tři slizniční řasy k příklopce hltanové. Celkově je sliznice pokryta dlaždicovým epitelem ve více vrstvách, jde o papily nitkovité, kuželovité, houbovité, listovité, hrazené (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel, 2008).

Jazykové svaly utváří celou jeho hmotu. Jsou připojeny k ztluštěné stěně jeho hřbetu a k vazivové ploténce v jeho střední čáře. Svaly dělíme na dva typy. Na svalstvo intraglosální – v jazyku má svůj počátek i konec, a extraglosální – počátek má v okolních útvarech a v jazyku končí. Svaly intraglosální jsou svaly vlastní, uspořádané ve třech vzájemně kolmých rovinách. Vlákna jsou propletena a nelze je oddělit.

Naopak svaly extraglosální jsou svaly vnější, do jazyka se vřazují a umožňují jeho pohyb jako celku (Dorko, Výborná, Tokarčík; Merkunová, Orel, 2008).

Hltan (pharynx)

Hltan je společný úsek pro trávicí i dýchací systém, probíhá před krční částí páteře po úroveň šestého krčního obratle od vnější části lebky. V jeho bocích nalézáme uložené velké cévy a krční nervy. Má celkem tři základní funkce. Jde o fonační funkci, kdy se dle individuálního charakteru tvorby hlásek zvedá měkké patro a společně se svalstvem hltanu buď otevírá nebo uzavírá nosohltan, čímž mění charakter rezonanční dutiny. Další funkcí je dýchání. Při něm je svalovina hltanu uvolněná. Během dýchání ústy projde vzduch z ústní dutiny do orální části, přes dolní část hltanu do hrtanu. Poslední funkcí je polykání, na jehož orálně propulzní fázi se hltan podílí. Jde o oploštěnou trubici v předozadním směru, jež se od horní oblasti dělí na tři části – nasopharynx, oropharynx a laryngopharynx (Čihák, 2016; Hugo, Vokurka, 2011; Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014)

Jícen (esophagus)

Jícen je dvacet tři až dvacet osm centimetrů dlouhý orgán spojující hltan se žaludkem. Jeho průměr je jeden a půl centimetru a při polykání dochází až k jeho dvojnásobnému rozšíření. V rámci jícnu pozorujeme tři fyziologická zúžení: první se nachází v oblasti přechodu hltanu od jícnu, dochází k němu kvůli úpravě svaloviny dolního hltanového svěrače spolu s podslizniční venózní pletení. Je situováno asi patnáct centimetrů od řezáků. Druhé je dvacet čtyři centimetrů od řezáků v místě rozvětvení trachey. Třetí zúžení nalézáme v místě protnutí jícnu bránicí čtyřicet centimetrů od řezáků. Celkově se jícen skládá ze tří částí – pars cervicalis, pars thoracica a abdominalis (Čihák, 2016; Hugo, Vokurka, 2011; Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014).

Hrtan (larynx)

Hrtan je zhruba šest centimetrů dlouhý dutý nepárový orgán primárně sloužící k dýchání a tvorbě zvuku. Tvarově připomíná přesýpací hodiny tvořené souborem chrupavek, které jsou pohyblivě propojeny klouby, vazy a svalstvem. Hrtan se spojuje s hltanem v dorsální linii a upíná se pomocí vazivové membrány na jazylku, díky ní pak následně na bazi lebni. Zahrnuje nepárovou chrupavku štítnou, prstencovou, příklopku hrtanovou a párové hlasivkové chrupavky.

Svalstvo hrtanu je příčně pruhované, slouží k ovládní pohybu chrupavek a reguluje napětí hlasových vazů a šířku štěrbiny mezi nimi (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Hugo, Vokurka, 2011).

1.1.2 Svalstvo orofaciální oblasti

Dle Dorka, Výborné a Tokarčíka (2014) hovoříme o svalstvu hlavy, které se dále dělí do dvou skupin na mimické svalstvo a svalstvo žvýkací. Zahrnujeme i svaly jazyky, svalový mechanismus tváře, svaly jazyka, měkkého patra a hltanu.

Mimické svalstvo neboli musculi faciei tvoří výraz obličeje změnou polohy a tvaru ústní a očních štěrbin. Svaly jsou postaveny spíše povrchově, upínají se do kůže obličeje s počátkem na kosti. Někdy dochází i k jejich propojování do dvou kožních okrsků. Určité skupiny svalů umožňují pohyb rtů, regulují tak příjem potravy a funkci mluvidel. Ovlivňují i pohyby kůže typickou změnou výrazu, čímž zasahují do změn kožních vrásek a rýh (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

K mimickému svalstvu náleží čelní sval, a také kruhový sval oční chrání oko proti intenzivnímu světlu i zranění. Má na starosti mrkání, mhouření očí a posuny obočí. Následuje srašťovač obočí přitahující obočí k sobě a dolů. Sval štíhlý, který táhne kůži čela od kořene nosu dolů. Zdvíhač ústního koutku nadzvedává koutky. Funkcí otevírání rtů, zvedání a srašťování horního rtu je pověřen zdvíhač horního rtu. Stahovač ústního koutku posunuje koutky úst dolů a do stran, posouvání rtu dolů je pak funkcí stahovače dolního rtu (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

Kruhový sval ústní je mnohvrstevnatým svalem zavírajícím rty, který zvýrazňuje a umožňuje jejich špulení. Musculus risorius posunuje koutky úst do stran a napíná rty. Mimické svalstvo zahrnuje i sval nosní a malý a velký jařmový sval, taktéž i musculus mentalis, což je párový sval, který posunuje laterálně koutky úst, stlačuje tváře a napomáhá při žvýkání. Svalová hmota utváří na bradě tvar písmene „V“ (Čihák, 2016; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

Žvýkací svaly jsou svaly upínající se na dolní čelist, kterou i pohybují. Jejich začátek je v oblasti kostí mozkové části lebky. Žvýkací svalstvo vzniklo jako derivát prvního žaberního oblouku. Do skupiny žvýkacích svalů patří musculus masseter, jehož úkolem je elevace mandibuly začínající v jařmovém oblouku (Merkunová, Orel, 2008; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

Musculus temporalis přitahuje dolní čelist k horní, řídí pohyb zavírání čelisti, elevaci mandibuly i její vysunování. Sval směřuje ze spánkové jámy k mandibule, pokrývá svým vějířovitým povrchem část spánkové, temenní a čelní kosti. Musculus pterygoideus medialis nadzdvihává dolní čelist, je nápomocen při fázování čelistních pohybů během sání a odkousávání. Musculus pterygoideus lateralis stlačuje dolní čelist a uvádí její pohyb vzad a vpřed. Je účasten třecích žvýkacích pohybů. Oproti předchozímu svalu je výrazně menší. Musculus buccinator napomáhá při udržení přijaté potravy v místě mezi povrchem zubů během procesu žvýkání (Merkunová, Orel, 2008; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

Svalstvo oblasti klenby lebeční zahrnuje čelní sval, který je rozdělen do dvou částí. Jednak venter occipitalis v zadní části týlní oblasti, který táhne kůži temene hlavy dozadu. Je propojen šlachovou plochou s venter frontale kryjící čelo a lebeční klenbu. Tato část zvedá obočí a tvoří vodorovné čelní vrásky (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008).

Svalstvo oblasti oční štěrbin obsahuje kruhovitý oční sval, který zužuje a chrání oblast kolem očí, taktéž vytváří svislé vrásky mezi obočím. Do tohoto svalu prostupuje svrašťovač obočí, v oblasti vnitřního očního koutku se následně napíná kruhový sval zužující a uzavírající oční štěrbin (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008).

Svalstvo nosní oblasti zahrnuje množství svalů, jde o stlačovače, stahovače, rozšiřovače nosních dírek. Dále do této oblasti náleží sval nosní, který zmenšuje nosní křídla a svrašťovač obočí (Merkunová, Orel, 2008).

Svalstvo oblasti ústního otvoru utvářejí elipsovité vlákna jako základ kruhového svěrače ústního. Při slabé kontrakci dochází k uzavření úst, při silné naopak k našpulení. Musculus levator superioris alaeque nasi má počátek ve vnější ploše horní čelisti. Jeho funkcí je rozšiřování nosních křídel, taktéž zvedání střední části horního rtu. Zvedáč horního rtu je situován do oblasti pod očníkovým otvorem, podílí se na zvedání horního rtu. Zvedáč ústního koutku pak začíná níže. Boční stěny ústní dutiny pokrývá tvářový sval. Jeho primární funkcí je přitlačování tváří k zubům během žvýkacích procesů, drží přijatou potravu mezi zuby a brání jejímu posunu do ústní předsíně. Taktéž táhne ústní koutek vzad. Vnější strana lícní kosti zahrnuje velký jařmový sval posouvající ústní koutek vně a nahoru. Tutéž funkci má i malý jařmový sval upínající se na dolní čelisti z vnější strany lícní kosti (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008; Morales 2006).

Sval smíchový natahuje ústní koutek do strany, stahovač ústního koutku jej pak táhne dolů. Stahovač dolního rtu táhne ret směrem dolů.

Musculus mentalis umožňuje posun dolního rtu dopředu a nahoru. Při otevírání čelisti je nezbytný pomocný sval platysma (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008; Morales 2006).

Svalstvo jazyka zajišťuje jeho pohyblivost, která je umožněna díky rozložení vláken svalů a inervací. Jazyk samotný je orgánem bez upnutí na kost, pouze v zadní části je upevněn kolem obvodu otočné osy. V případě jazyka hovoříme o vnitřních a vnějších svalech. K těm vnitřním náleží musculus longitudinalis superior uložený pod jazykovou sliznicí. Díky tomuto svalu dochází ke zvedání jeho hrotu dozadu a nahoru. Musculus longitudinalis inferior je situován do zadní části jazyka. Také se podílí na zkracování jazyka a pohybu jeho hrotu nahoru a dozadu. V případě musculus transversu linguae pak dochází díky jeho kontrakcím k zúžení jazyka.

Do skupiny svalů vnějších patří musculus hyoglossus, plochý sval čtyřúhelníkového tvaru. Společně s podjazyčkovým svalstvem posouvá strany jazyka směrem dolů a stlačuje je. Důležitý je také musculus palatoglossus tvořící mechanismus bránící refluxu přijaté potravy zpátky do ústní dutiny. Musculus styloglossus pak jazyk elevuje. Vějířovitý musculus genioglossus je základní částí spodní strany jazyka. Jeho napojení k dolní čelisti brání jeho zapadnutí. Taktéž jazyk zatahuje a protrahuje (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008; Morales 2006).

Svalstvo měkkého patra tvoří čtyři hlavní svaly, konkrétně musculus palatopharyngeus, který patrové oblouky přisouvá k linii středu. Musculus uvulae zkracuje a nadzvedává uvulu směrem dozadu. Musculus levator palatini posouvá měkké patro nahoru a dozadu. Současně i zužuje Eustachovu trubici a uzavírá nosohltan. Musculus tensor veli palatini pomáhá s napínáním a zvedáním měkkého patra (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008; Morales 2006).

Svalstvo hltanu má jednak svaly vnější, jednak vnitřní. Jeho svalovina je příčně pruhovaná, zdviháče mají podélnou orientaci, svěrače kruhovitou. K vnitřním svalům hltanu náleží musculus stylopharyngeus, který se podílí na zužování a elevaci horní části hltanu. Na elevaci spolupracuje také musculus sapingopharyngeus. Musculus palatopharyngeus pak hltan zvedá. Vnější svalstvo hltanu je tvořeno horním hltanovým svěračem sloužícím jako nosohltanový uzávěr během polykání. Musculus constrictorpharyngis a salpingopharyngeus slouží k elevaci a zvedání hltanu (Merkunová, Orel 2008; Morales 2006)

Svalstvo jazyky v základu dělíme na dolní a horní svaly. K dolním jazykovým svalům náleží i jejich nej povrchovější sval upínající se na dolním okraji jazyky a počínající na vnitřních částech kosti klíční a hrudní. Jedná se o musculus sternohyoideus. Dalším je pak musculus omohyoideus, dlouhý, hladký sval začínající v horní části lopatky. Taktéž musculus sternothyroideus se upíná vzadu na hrudní kost a první žebro. Musculus thyroideus začíná na štítné chrupavce (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008; Morales 2006).

Horní jazykové svaly mají svůj počátek na lebce, částečně i na mandibule, sahají až k jazyce. Patří sem musculus digastricus, dvojbříškový sval, jehož spodní břicho má za úkol tah dolní čelisti směrem dolů. Musculus stylohyoideus, jemný sval s úponem na lební bázi. Plochým svalem, který začíná na mandibule, a který má výrazný význam pro prvotní fázi polykání je musculus mylohyoideus. Posledním z nadjazykového svalstva je musculus geniohyoideus, menší válcovitý sval upínající se na tělo jazyky s počátkem na mandibule. Společně s musculus mylohyoideus vytváří pružné dno dutiny ústní (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Merkunová, Orel 2008; Morales 2006).

1.1.3 Hlavové nervy účastníci se aktu polykání

Běžný akt polykání je volní činností. Tedla a kol. (2018) hovoří o tom, že centrální kontrola polykání je složena z komplexní kombinované interakce aferentních sensorických neuronů, interneuronů a motoneuronů. Ty se aktivně podílí na reflexní i volní polykací fázi.

Samotné centrum polykání je uloženo v oblasti mozkového kmene. Hlavové nervy tvoří část systému mozkomíšních nervů. Popsáno je celkem dvanáct párů označovaných římskými číslicemi tak, že jejich pořadí určuje to, jak v předozadním směru vystupují z mozku.

Aktivně se polykání zúčastňují tyto hlavové nervy: nervus trigeminus (V., trojklanný), nervus facialis (VII., lícní), nervus glossopharyngeus (IX.), nervus vagus (X., bloudivý), nervus accessorius (XI.), nervus hypoglossus (XII.) (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2003).

Nervus trigeminus (V.) je nejmasivnějším hlavovým nervem složeným ze tří hlavních větví. Senzitivní vlákna pro oblast čela a očnice obsahuje větev nervus ophthalmicus. Taktéž vlákna pro oblast horní čelisti, patra, horního oblouku zubního, nosu a část tváře obsahuje nervus maxillaris.

Ve větvi nervus mandibularis jsou obsažena senzitivní vlákna pro oblast dolní čelisti, dolního oblouku zubního, část tváře a jazyka a motorická vlákna inervující žvýkací svalstvo. Taktéž tento nerv zabezpečuje percepci chuti z předních dvou třetin jazyka. Po motorické stránce dochází k inervaci zevního laryngálního svalu umožňujícího pohyb hrtanu ve směru nahoru a dopředu. Inervací svalstva tento nerv umožňuje napínání měkkého patra a otevírání Eustachovy trubice. Při poškození v oblasti motorických vláken trojklanného nervu se setkáváme se obtížemi v důsledku parézy žvýkacích svalů. V případě oboustranného poškození má klient problémy s oslabenou schopností žvýkání, může dojít k poklesu dolní čelisti. Je možná pozorovat i ochablý maseterový reflex nebo atrofie žvýkacího svalstva (Ambler, 2011; Dvořák, 1998).

Nervus facialis (VII.) zahrnuje dva funkčně odlišné systémy vláken. Ta z parasympatické složky jsou určena pro žlázu slznou, žlázy dutiny nosní a ústní, paranazálních dutin. Motorická vlákna pak inervují svalstvo vzniklé z druhého žaberního oblouku, tedy obličejové svaly mimické, svalstvo lební klenby, zevního ucha. Globálním úkolem tohoto nervu je zajištění hybnosti veškerých obličejových svalů. Nervus facialis se podílí na schopnosti pevně sevřít rty, napnout tváře, sraštit čelo, napnout svalstvo krku. Umožňuje také elevaci a depresi koutků úst. V případě léze v oblasti nervus facialis dochází k paréze mimických svalů. Taktéž sledujeme vyhlazení nazolabiální rýhy i pokles ústního koutku (Ambler, 2011; Love, Webb, 2009).

Nervus glossopharyngeus (IX.) a jeho senzitivní vlákna se podílí na inervaci měkkého patra, nosní části hltanu, zadní třetiny jazyka, mandlí a středního ucha. Percepci chuti ze zadní části jazyka zajišťují senzitivní vlákna. Ta motorická inervují svalstvo hltanu (Ambler, 2011).

Vlákna nervus glossopharyngeus jsou představiteli aferentní části dávivého reflexu. Při dotyku na zadní části faryngu přichází vyvolání dávivého reflexu. Lézi tohoto nervu může dojít i k jednostrannému vyhasnutí tohoto reflexu (Ambler, 2011).

Nervus vagus (X.) má za úkol inervovat převážnou část vnitřních orgánů. K samostatné inervaci dochází v případě jícnu, žaludku i střeva. Motorická vlákna spolupracují s nervus glossopharyngeus a zajišťují inervaci měkkého patra, uvuly, hrtanu, hltanu. Senzitivní inervace z X. hlavového nervu směřuje k hltanu, jícnu, ale i dalším částem dýchacího a trávicího traktu (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

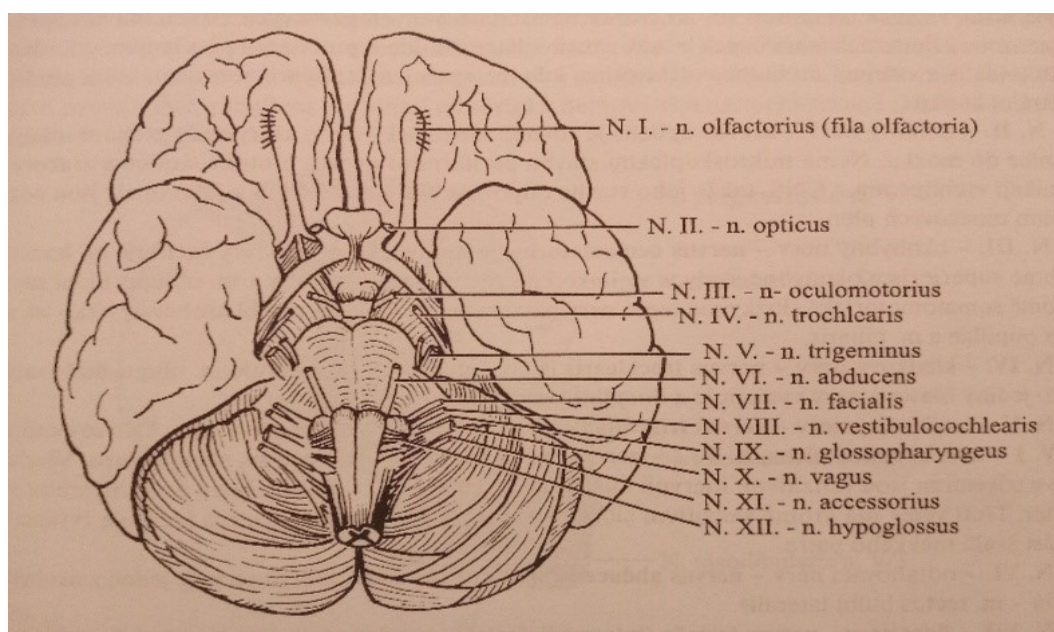
Dle Dvořáka (1998) stojí za poruchou funkce hlasivek a dýchacími obtížemi právě narušení v oblasti nervu vagu. Těžká dysfagie vzniká při oboustranné lézi nervu. Dochází tak k oboustrannému a symetrickému poklesu měkkého patra. Jednostranná léze indikuje vznik parézy měkkého patra projevující se jako jeho pokles na zasažené straně, opoždí se také pohyblivost při fonaci. K intaktní straně je nakloněna i uvula. Není neobvyklé ani vyhasnutí dávivého reflexu.

Nervus accesorius (XI.) je posledním nervem postranního smíšeného systému. Vlákna z vnitřní větve vedou do svalstva měkkého patra, hltanu, hrtanu.

Při jeho poškození vzniká porucha svalů, může dojít k obrně svalstva měkkého patra a hrtanu vedoucí k poruchám fonace (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

Nervus hypoglossus (XII.) je čistě motorickým nervem, který má za úkol inervaci svalstva jazyka. Nerv se spolupodílí na přípravě, zpracování a transportu bolusu. Díky motorické inervaci musculus hypoglossus a musculus chondroglossus dochází k elevaci jazyky, a tak k realizaci fonace (Dorko, Výborná, Tokarčík, 2014; Malínský, Malínská, Michalíková, 2005).

V případě jednostranné léze v oblasti nervus hypoglossus dochází k odklonu jazyka v ústech na intaktní stranu. Svaly na zasažené straně jazyka jsou atrofické s možným výskytem fascikulace. Pokud dojde k oboustranné léze, je pohyblivost jazyka omezena, jazyk nelze zcela vypláznout (Ambler, 2011).



Obrázek č. 1 Pohled na bazální plochu mozku s výstupem jednotlivých hlavových nervů (Malínský, Malínská, Michalíková, 2005, s.33)

1.2 Fyziologické fáze polykání

Polykání je fyziologickým dějem zpravidla děleným do dvou fází. Jde o fázi vědomou a nevědomou. Celkově je polykací akt velmi diferenciovaný. Dospělý zdravý člověk polyká během dvaceti čtyř hodin 580–2000 x. V rámci bdělého stavu, mimo příjem potravy a tekutin, dochází k jednomu až dvěma polknutím za minutu (vše je ovlivněno produkcí slin). Vědomá fáze je vůlí ovlivnitelná a dochází v ní k přijetí potravy do dutiny ústní, zpracování pomocí zubů a pohybů žvýkacích svalů a jazyka. Je formováno sousto (bolus) dopravené polknutím do hltanové části. Fázi nevědomou spouští podráždění smyslových receptorů v oblasti hltanu. To vytváří podnět pro reflexní fázi polykání. Reflexně jsou před aspirací také chráněny dýchací cesty (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Tedla a kol., 2018).

Z hlediska posunu bolusu dělíme polykání do čtyř fází. Na orálně přípravnou, orálně propulzní, faryngeální (hltanovou) a ezofageální (jícnovou) (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Logemann, 1998; Mandysová, Škvřňáková, 2016; Tedla a kol., 2018).

1.2.1 Fáze orálně přípravná

V rámci orálně přípravné fáze hovoříme o komplexním senzomotorickém procesu, při kterém dochází k odkousání, žvýkání. Přijatá strava je promíchávána se slinami a tvoří se bolus v dutině ústní. Fáze probíhá vědomě a spočívá v rozmělnění potravy pomocí zubů a žvýkacích svalů. Svou roli zde má i jazyk, rty, tváře a měkké patro. Rty jsou během rozmělnování potravy zavřeny, tváře jsou fyziologicky svalově napjaté. Spodní čelist provádí pravidelný rotační pohyb ve spolupráci s laterálními okraji jazyka. Měkké patro se staví do anteriorního postavení zabraňujícího proniknutí stravy do orofaryngu. Trvání této fáze je velmi individuální (Logemann, 1998; Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Tedla a kol., 2018).

1.2.2 Fáze orálně propulzní

Fáze orálně propulzní probíhá zčásti vědomě i nevědomě. Délka jejího trvání je přibližně jednu až jednu a půl sekundy. Rty jsou pevně uzavřeny, svalstvo tváří je výrazně tonizováno. Hřbetem jazyka je posunován utvořený bolus do zadní části dutiny ústní směrem k měkkému patru. To se ve zvednuté poloze přitáhne k zadní stěně faryngu, čímž uzavírá průchod z ústní dutiny do nosu.

Souběžně je díky takzvanému trigger mechanismu spuštěn reflex polykání, který probíhá mimovolně. Bolus se z hřbetu jazyka posunuje přes hltanovou úžinu do faryngu (konkrétně do orofaryngu). Rty a svalstvo tváří jsou staženy, jazyk se posunuje k tvrdému patru, což vyvolává posun bolusu směrem vzad. Kořen jazyka se souběžně pohybuje nahoru a dozadu, čímž bolus posouvá z úžiny hltanové do hltanu (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Logemann, 1998; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla a kol., 2018).

1.2.3 Fáze faryngeální

Faryngeální (hltanová) fáze je mimo naši volní kontrolu a je řízena z centra v prodloužené míše. Trvá obvykle jednu sekundu. Jsme schopni ji vyvolat i stimulací kořene jazyka nebo zadní stěny orofaryngu. Pro tuto fázi je nezbytně nutné uzavření dutiny ústní rty a čelistí, vzadu je nosohltan velofaryngeálním mechanismem oddělen od ústní části hltanu. Díky tomuto je zabráněno vdechnutí přijaté potravy. V této fázi pozorujeme zvedání hrtanu a uzávěr hrtanové příklopky bránící vstupu potravy do samotného hrtanu. Vzniká peristaltická vlna a bolus je pod tlakem posunován do hltanu. Dochází k zastavení dýchání a svalstvo hrtanu dopravuje přijatou stravu pomocí peristaltických pohybů z hltanu do jícnu. Fáze je tímto ukončena, měkké patro společně s hrtanem postupně poklesne, dýchací cesty se znovu zprůchodňují (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Logemann, 1998; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla a kol., 2018).

1.2.4 Fáze ezofageální

Ezofageální (jícnová) fáze dle Tedly a kol. (2018) trvá osm až dvacet vteřin. I v tomto případě hovoříme o reflexním průběhu. Peristaltické pohyby v jícnu vytváří tlakovou vlnu, která posunuje přijatou potravu směrem k žaludku. Nezbytná je spolupráce hltanového svěrače, který je v klidové poloze uzavřený, aby nedocházelo k refluxu žaludečních šťáv směrem do jícnu. V rámci polykání se ale svěrač otevírá zhruba od jedné a půl do dvou a půl vteřin, aby mohlo dojít k vstupu bolusu do žaludku. Následně dochází k otevření hrtanové příklopky, hrtan a jazyk se navrací do původní polohy. Nastává uzavření fyziologického průběhu polykání a znovuotevření respiračního traktu (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Logemann, 1998; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla a kol., 2018).

2 Dysfagie

Dysfagii definují Tedla a kol. (2018) jako poruchu polykání, která může spočívat v poruše polykání slin, tekutin, ale i tuhé stravy v různých typech konzistencí. Kaulfussová (in Škodová, Jedlička, 2007) popisuje narušení v průběhu transportu přijaté potravy či tekutiny od úst do žaludku. Dochází k narušení procesu přípravy, zpracování a tranzitu sousta. Dle stále aktuálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) z roku 1992, hovoříme v souvislosti s poruchami polykání o oddílu označovaném jako Příznaky a znaky týkající se trávicí soustavy a břicha, konkrétně o Poruše polykání – dysfagii (R13). Kód F45.8 popisuje jiné somatoformní poruchy – psychogenní dysfagii včetně „globus hystericus“ a D50.1 Dysfagie sideropenická – Kellyho – Petersonův syndrom, Plummerův – Vinsonův syndrom. Dále je nutné neopomíjet i oddíl Celkové příznaky a znaky, kde je kódem R63.3 popisováno Obtížné a špatně vedené krmení (ICD-10, 2019).¹

2.1 Prevalence, etiologie a členění dysfagie

V rámci prevalence poruch polykání hovoří Wilkins a kol. (2007) o rozrůzněnosti výskytu dysfagie závislé na diagnostických kritériích, přidružených chorobách a vzorku populace. Dle Lasotové a Bednaříka (2013) je nejčastějším onemocněním s nejvyšší prevalencí cévní mozková příhoda s udanými až 67 % výskytu dysfagie v prvních dnech onemocnění. U cerebrálních traumat pak uvedení autoři hovoří až o 50 % pacientů, 84% hranici sledujeme u pacientů s Alzheimerovou chorobou, kolem 40-60 % výskytu se pohybují pacienti s roztroušenou sklerózou mozkomíšní, amyotrofickou laterální sklerózou a myastenii gravis. U Parkinsonovy nemoci pak autoři popisují výskyt u 35 % pacientů.

Tedla a kol. (2018) konstatuje, že zdravotníci mají někdy tendenci poruchy polykání podceňovat a prevalence poruch polykání je významně vyšší, než bývá uváděno. Jako důvod popisuje některé přechodné případy, ale i poruchy polykání dlouhodobého charakteru, které ale z diagnostického hlediska bývají ve svých projevech skryté.

Pro poruchy polykání je typický výskyt u všech věkových kategorií, od kojenců, dětí až po dospělé, častější je pak u osob seniorského věku.

¹ Dle nové Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), která má vejít v platnost 1.1.2022, a u níž je aktuálně dostupná její beta verze, nalezneme také takzvanou funkční dysfagii a dysfagii lusoria (ICD-11 Beta Draft, 2020).

Až polovina seniorů se s poruchou polykání někdy setkala, totéž platí o téměř dvou třetinách populace ve věku nad sedmdesát pět let. Zhruba třicet až čtyřicet procent klientů v domovech pro seniory má obtíže s polykáním. Poruchy polykání jsou také typickým projevem v prvním měsíci po prodělení cévní mozkové příhody. Spojitost nacházíme i mezi poruchami polykání a poruchami řeči a hlasu (Kaulfussová in Škodová, Jedlička; Lasotová, Bednařík, 2013; Tedla a kol., 2018). Celková čísla týkající se komplexní incidence výskytu dysfagie hovoří až o celkových 5 % populace a až 13 % z celkového počtu hospitalizovaných pacientů (Kaulfussová in Škodová, Jedlička, 2013; Tedla a kol., 2018).

Obecně lze říci, že s rostoucím věkem stoupá riziko vzniku poruch polykání. Ty jsou pak závažnou komplikací a mají významný dopad na kvalitu života pacienta, zejména pokud přetrvávají dlouhodobě. Rizikem pro pacienty s dysfagií může být návazná dehydratace, podvýživa a opakované aspirace (Tedla a kol., 2018).

Problematika etiologie poruch polykání je značně složitá. Příčiny vzniku dysfagie jsou velmi různorodé a často multifaktoriální. Není tedy možné hovořit o jedné konkrétní příčině vzniku. Přesto na základě získaných dat Tedla a kol. (2018) uvádí některé choroby a situace, kdy dochází k poměrně častému výskytu poruch polykání. Nejčastější je výskyt dysfagie u osob po prodělané cévní mozkové příhodě. Taktéž demenci až v 93 % případů doprovází dysfagie. Poruchy polykání se objevují až u 50 % osob seniorského věku, u nichž není zjevná neurologická příčina. Ohroženi jsou i onkologičtí pacienti s nádory v oblasti hlavy a krku. Zde se setkáváme s poruchami polykání vyvolanými mechanickými obstrukcemi, narušenou poddajností měkkých tkání, narušením nervových struktur, ale také vlivem bolestivých stavů a různých následků léčby. Z hlediska etiologie vzniku dělíme poruchy polykání na zánětlivé, traumatické, iatrogenní, nádorové, kongenitální, autoimunitní, metabolické, chemické, jiné (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Z hlediska ontogeneze dělí Tedla a kol. (2018) poruchy polykání na dysfagie vrozené a získané; z pohledu řízení polykacího aktu na dysfagie neurogenní, strukturální a smíšené. Z hlediska morfologické integrity orgánů na anatomicky podmíněné a funkční, z časového pohledu na akutní a chronické, z hlediska lokalizace na orofaryngeální, ezofageální, postezofageální, paraezofageální.

2.2 Symptomatologie dysfagie

V rámci projevů se setkáváme s několika termíny, které jsou významným vodítkem pro diagnostiku a následnou terapeutickou péči. Kalfussová (in Škodová, Jedlička, 2007) a Tedla a kol. (2018), Cichero a Murdoch (2006) popisují tyto příznaky: odynofagii (bolestivé polykání), penetraci (průnik potravy či tekutiny k laryngu, kdy nedochází k aspiraci a proniknutí pod pravé hlasivkové vazy), drooling (vypadávání nebo vytékání stravy z úst), reflux (zpětný tok tekutin, návratnost tekutin), regurgitaci (návrat pevné konzistence potravy ze žaludku, zpětný tok kyselých šťáv směrem od žaludku do jícnu, kdy nebyl záměrně vyvolán dávicí reflex, průnik tekutin do nosní dutiny), leaking (narušení kontroly nad bolusem vznikající v důsledku snížené orální motility či deficitu senzorycké zpětné vazby), pooling (stagnace slin v dutině ústní), pouch (zeslabení laterální stěny laryngu), afagii (nemožnost polknutí jakékoliv potravy nebo tekutiny), fagofobii (strach z polknutí). Jedním z nejnebezpečnějších projevů je aspirace (vdechnutí sousta nebo tekutiny do dýchacích cest, pod úroveň hlasivek). U zdravého člověka jsou dýchací cesty chráněny před aspirací přijaté potravy díky třífázovému mechanismu, který tvoří epiglottis, schopnost kašle a přibližování hlasivek a ventrikulárních řas. Za situace, kdy v průběhu aktu polykání tento mechanismus není funkční, může se objevit tichá aspirace (silent aspiration) recidivující u neurologických onemocnění. Je důležité vždy řádně odlišit penetraci a aspiraci a také zjistit, o který z následujících aspiračních typů se jedná (Kalfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Vitásková, Peutelschmiedová, 2005).

Následkem poruchy kontroly sousta v orální fázi polykání dochází k tzv. predeglutivní aspiraci. Pokud k vdechnutí stravy pod úroveň hlasivek dochází při nevědomé fázi polykání nebo při pokusu o polknutí, označujeme ji jako tzv. intradeglutivní aspiraci. Při postdeglutivní aspiraci dochází k průniku stravy do hrtanu po proběhlé nevědomé fázi polykání, po polknutí, z nahromaděných reziduí. Důsledkem přítomnosti poruch polykání mohou být chronické infekty dýchacích cest, aspirační bronchopneumonie, zaskočení sousta, dušení, dávení, stav malnutrice, váhové úbytky a celkové neprospívání, dehydratace doprovázená často uroinfekty, chronické zácpy. Projevuje se i hypersalivace, zubní kazy, infekty a poranění v dutině ústní (Kalfussová in Škodová, Jedlička, 2007).

2.3 Onemocnění, se kterými se dysfagie nejčastěji pojí

V dětském věku je s poruchami polykání nejobvykleji spojena dětská mozková obrna, vrozené anomálie a syndromy, srdeční a plicní vady, ale i poúrazové stavy a následky poleptání (Jakubíková, 2012; Roubíčková, 2020).

U kojenců se i bez přítomnosti konkrétního neurologického nebo jiného medicinského nálezu taktéž setkáváme s dysfagií, obtížemi se sáním a celkově kojením, což je často následkem nevyzrálosti orofaciální senzomotoriky. Problémy mohou mít i děti bez poruchy polykací funkce, které ale z jiných zdravotních důvodů byly dlouhodoběji vyživovány nasogastrickou sondou nebo PEGem. Komplikací bývá i zvýšený gastroezofageální reflux (Jakubíková, 2012; Roubíčková, 2020).

Kojenci mohou mít narušenou koordinaci sacího vzorce, objevuje se desaturace, zpomalená tepová frekvence, a naopak zrychlení dechu, přidávají se i apnoické pauzy. Problémy vznikají jak s polykáním mateřského mléka, tak při přechodu na tužší stravu, kdy se objevuje neschopnost žvýkat, dávení, zvracení, stereotypní jídelní návyky (Jakubíková, 2012; Roubíčková, 2020).

Červenková (2017) doplňuje, že díky významnému rozvoji v oblasti neonatologie se rozšiřuje i nutnost individualizované péče u předčasně narozených dětí, u kterých se setkáváme s riziky aspirace, nepřipraveností k orálnímu příjmu potravy, obtížemi s orálním příjmem a polykáním. Tyto obtíže se převážně manifestují v období mezi 3.-4. měsícem věku a eskalují při přechodu na pevnou stravu. Arvedson (2008) uvádí u těchto nedonošených kojenců zvýšené riziko při příjmu potravy, ale také při vzniku orálně motorických dysfunkcí a dysfagie. Hawdon, Lau, Estep, Comrie a Heml (in Červenková, 2017) uvádějí, že více než 30 % těchto nedonošených dětí vykazuje obtíže při přechodu z neorálního na orální příjem stravy vzniklé kvůli nezralosti sacího cyklu a polykání, opožděného zrání sacího vzorce, dyskoordinace sání, polykání a dýchání. Celý příjem potravy ovlivňuje také schopnost výdrže sát a aktuální behaviorální stav. Červenková (2017) poznamenává, že schopnost orálního příjmu potravy je taktéž ovlivněna lékařskými, ošetrovatelskými zákroky, které tito kojenci nutně podstupují (intubace, sondování, odsávání), to vše s sebou přináší následky v podobě možné poruchy rozvoje sání, polykání, ale i sensorické a motorické dysfunkce.

Cévní mozková příhoda

Z pohledu příčin vzniku je toto nejčastěji náhle se objevující onemocnění dvojí etiologie. Většinou (až v 80 %) jde o ischemii v části oblasti mozkové tkáně způsobenou ucpaním jedné z tepen odpovídající za krevní zásobení dané části. Menšinových 20 % je podmíněno vzniklým hemoragickým procesem, kdy je nejčastěji popisována ruptura tepny, v jejímž důsledku dochází k rozlití krve do mozkové tkáně. Méně častou příčinou vzniku cévní mozkové příhody je pak takzvané subarachnoideální krvácení podmíněné narušením a prasknutím vrozené výdutě cévní stěny (Štefánek, 2011).

Dysfagie u těchto pacientů vzniká na podkladě poškození struktur mozkového kmene, taktéž i při poškození subkortikálních a kortikálních částí přední strany mozku. Poruchy polykání v různém stupni a druhu je obvyklou obtíží u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě, kdy je jejich řešením dlouhodobá intervence v oblasti úpravy příjmu potravy a náviku polykání (Ehler in Tedla, 2009). Data uvádějí, že až 29 % procent z nich musí být vyživováno pomocí sondy. Ehler (in Tedla, 2009) konstatuje, že v případě pacientů se zavedenou nazogastrickou sondou, u nichž je předpoklad návratu k polykání spontánní cestou, je zhruba po 7-10 dnech rekonvalescence zvažován příjem potravy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie.

Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

Skupina degenerativních onemocnění CNS spojených s dysfagií zahrnuje zejména amyotrofickou laterální sklerózu, roztroušenou sklerózu, Parkinsonovu chorobu, myopatická onemocnění a Alzheimerovu chorobu a myastenii gravis. Jako jejich společný projev jsou popisovány změny v napětí orofaryngeálního svalstva a související koordinace pohybu jejich struktur (Neubauer, Dobias, 2014; Roubíčková, 2020).

- **Myasthenia gravis**

Dle Pitřhy (2016) hovoříme o jednom z nejobvyklejších neurologických onemocnění na autoimunitním podkladu s odhaleným cílovým antigenem. K jeho manifestaci dochází v raném i pozdním věku. Probíhá ve dvou formách, konkrétně maligní a benigní. U první jmenované může v rámci několika málo týdnů dojít k významnému oslabení respiračního a orofaryngeálního svalstva. Benigní forma je naopak typická náhlými nepravidelnými oslabeními, typicky pletencových a extraokulárních svalů.

Projevuje se nestabilní slabostí a zvýšenou unavitelností kosterních svalů, nejčastěji orofaryngeálních, extraokulárních, šíjových, respiračních a pletencových. Obvyklý je výskyt oslabení svalstva v rámci vícero svalových skupin, ale i jednotlivě (fokální forma). Celkově je charakteristická kolísající svalová slabost, únava se zlepšením při odpočinku, a naopak zhoršujícím se stavem po fyzickém výkonu.

Pro toto onemocnění jsou vzhledem k oslabení svalstva inervovaného V., VII., IX., X, XI., XII. hlavovým nervem, typické poruchy polykání. Dochází k oslabení retného svalstva, což zapříčiňuje vytékání a vypadávání potravy z úst. Taktéž žvýkací svalstvo je tímto onemocněním dotčeno, to pak způsobuje obtížné zpracování tužší potravy, v rámci gradace onemocnění dochází i k problémům s polykáním slin. Omezené je i využití brčka z důvodu problémů se sáním (Pitřha, 2016).

- **Parkinsonova choroba**

V případě Parkinsonovy choroby hovoříme o onemocnění mozku chronicko-progresivního typu, objevujícím se nejčastěji okolo 50.-60. roku života, možný nástup nemoci je ale zaznamenán i před 40. rokem života nebo naopak později (Puršová, Roth, 2011). Love a Webb (2009) popisují výskyt poruchy polykání u těchto pacientů jako častý s tím, že v orální části polykání pozorujeme takzvaný rocking, neboli vlnovitý pohyb jazyka, který významně ovlivňuje prodloužení přípravné a orální polykací fáze. V rámci celkového obrazu nemoci je popisována skupina hybných projevů, o níž mluvíme jako o parkinsonském syndromu. Jako první je možné pozorovat ztišení a monotónnost promluvy, zvýšenou bolestivost zad, ramen, sníženou výkonnost, celkovou únavu, poruchy spánku a tíži v končetinách. Navazují na ně čtyři charakteristické symptomy – tremor, rigidita, poruchy stoje a chůze a celková zpomalenost, snížený pohybový rozsah a obtížný start pohybu. Typickým projevem je třes. Obvykle, pokud je pacient nehybný, ruce má podél těla nebo položené na podložce (Puršová, Roth, 2011). Třes se objevuje zejména u končetin, kdy nejčastěji dochází k postupnému začátku tohoto projevu v oblasti rukou, následně na dolní končetině v téže linii, poté i na druhé straně.

U intaktního jedince produkují buňky z oblasti středního mozku neurotransmitter dopamin ovlivňující regulaci dějů v bazálních gangliích. Ke vzniku parkinsonského syndromu pak dochází v případě nedostatečné dopaminové produkce (tamtéž).

- **Roztroušená skleróza**

Roztroušená skleróza je jedním z nejčastějších, často až k invaliditě vedoucích, neurologických onemocnění, které postihuje obvykle osoby v mladém a středním věku. Jedná se o onemocnění s neurodegenerativními a autoimunitními prvky, které vykazuje možný mírný, ale i velmi těžký neurologický deficit. Přestože je variabilita udávaných symptomů značná, obvykle se u pacientů objevují projevy nestability, dyskoordinace, narušení motoriky (různé stupně parézy), poruchy citlivosti a neuritida. Objevit se mohou deprese a kognitivní poruchy (Piřha, 2014).

Výskyt dysfagie je uváděn až u 45 % pacientů. Typickým příznakem je aspirace, ztížené polykání (někdy až odynofagie), kašel během příjmu potravy (Ehler in Tedla, 2009).

- **Amyotrofická laterální skleróza**

Pro toto onemocnění je typická ztráta mozkových, případně míšních motoneuronů, s možným výskytem ztráty obou typů. Jde o degenerativní onemocnění projevující se progresivní svalovou slabostí (obvykle na úrovni smíšené, centrální nebo periferní parézy) (Vlčková, 2016).

Dle Ehlera (in Tedla, 2009) a Vlčkové (2016) je u pacientů vhodné zvážit využití perkutánní endoskopické gastrostomie, zejména z důvodu ohrožení aspirací ovlivňující zásadně příjem potravy, což může vést až podvýživě. Setkáváme se se stagnací slin v dutině ústní, jejich zatékáním na bradu a hrudník.

Traumatická poškození centrální nervové soustavy

V kontextu traumatických poškození mozku hovoříme nejčastěji o zhmoždění mozku, komoci, krvácení do mozkové tkáně nebo plen mozkových s možným výskytem hematomů, zhmoždění a otřesu mozku. Jde o poměrně obvyklou příčinu vzniku neurogenních poruch komunikace. Samostatné rozsáhlejší mozkové léze, případně v kombinaci s mnohonásobnými poruchami hlavových nervů často vedou ke vzniku poruch polykání.

U těchto pacientů je nutné zaměřit se na normalizaci a stabilizaci svalového tonusu, obvyklé je u nich nutné provedení tracheostomie či zavedení nazogastrické sondy, na což by v rámci terapie měl být brán významný zřetel vzhledem k následnému usnadnění přechodu z dlouhodobé parenterální výživy zpět na perorální příjem potravy. Taktéž u pacientů v kómatu a v postkomatózních a apalických stavech přijímajících výživu nazogastrickou sondou je nutné zabezpečit logopedickou péči o orofaciální oblast (Neubauer, Skákalová a kol., 2015).

Nádorová onemocnění CNS či orofaciální oblasti a důsledky související chemoterapie a radioterapie

Tedla a kol. (2009) uvádí, že v určité fázi nádorového onemocnění se lze setkat s určitým stupněm poruchy polykání u každého pacienta s onkologickým nálezem v oblasti hlavy a krku. Onkologičtí pacienti mívají obvykle narušené polykání kvůli mechanickým obstrukcím, porušené poddajnosti měkkých tkání, často také infiltraci nervových struktur a vlivem bolesti a následné léčby.

U onkologických pacientů se často můžeme setkat s obtížemi v polykání v oblasti dutiny ústní, ale i hrtanu a hltanu. Polykání je ovlivněno sníženou chutí k jídlu nebo chuťovým zkreslením, aktuálním stavem pacienta, ale i případnou nutností zavedení tracheostomické kanyly nebo nazogastrické sondy či PEG. V případě výskytu odynofagie může dojít až k psychické blokadě a obavě z polknutí (Chocenská, Dědečková, Móciková, 2009; Tedla, 2018)

V případě důsledků vlivů radioterapie mluvíme o rámcovém obrazu stavu pacienta po několika měsících, až letech, kdy se může objevit xerostomie, zhoršení hybnosti hltanu. V obou výše zmíněných důvodech je vznik dysfagie podmíněn dvoufázovým vznikem, jednak v bezprostřední návaznosti na aktuálně probíhající léčbu či těsně po ní. V rané fázi je nejčastěji popisováno poškození chuťových buněk či slinných žláz, kožní změny. Zhoršená schopnost polykat je typická pro pacienty podstupující ozařování většiny polykacích cest, mezihrudí nebo krku (tamtéž).

3 Logopedická intervence

Za logopedickou intervencí považujeme cílený a komplexní proces sestávající z logopedické diagnostiky, terapie a prevence. Primárně za logopedickou intervencí považujeme takovou aktivitu, jejímž cílem je identifikace poruch řečové komunikace, eliminace, zmírnění a překonání těchto obtíží a co nejlepšího zlepšení stavu pacienta. K logopedické intervenci je nutné přistupovat z interdisciplinárního hlediska s využitím veškerých spolupracujících vědních disciplín, nejčastěji medicíny, lingvistiky, pedagogiky, psychologie a speciální pedagogiky. U závažných stavů je nezbytné zapojení do komplexní rehabilitační péče, kam patří právě i logopedická péče po boku fyzioterapie, ergoterapie, neuropsychologie a jiných specializovaných služeb (Lechta, 2007; Škodová, Jedlička, 2007).

Pro efektivně vedenou terapeutickou intervencí je nejprve nutné nastavit si individuálně vytvořený terapeutický program. Taktéž je zcela nezbytné zaměřit se na diagnostický proces předcházející tvorbě komplexního terapeutického plánu a primární možnosti stimulace a znovuobnovení porušených funkcí (Lechta, 2007; Neubauer, 2018; Škodová, Jedlička, 2007).

Lechta (2005) doplňuje, že logopedická intervence je specifická aktivita logopeda, složitý proces, do něhož zasahuje mnoho faktorů a který je primárně dělen a charakterizován jako identifikace, eliminace (zmírnění nebo alespoň překlenutí obtíží) a závěrečné předcházení vzniku poruch.

3.1 Logopedická intervence u pacientů s dysfagií

3.1.1 Prevence dysfagie

Kvalitně vedená logopedická intervence má svůj počátek i konec v logopedické prevenci, která je uplatňována v rámci tří stupňů – oblast primární prevence zabezpečující stimulaci a předcházení vzniku poruch, sekundární s cílem zabránit postupnému zhoršení stavu klienta. Posledním stupněm je prevence terciární směřující k osobám, u nichž již k rozvoji poruchy došlo, ale je zde možnost, jak předejít negativním, nejen sociálním, dopadům poruchy (Škodová, Jedlička, 2007).

V rámci poruch polykání hovoříme o snaze předcházet jejich vzniku a následným důsledkům, což je bezpochyby nutné chápat jako celistvý úkol pro celý dysfagiologický tým, ale i otázku pro celou společnost (Neubauer, Dobias, 2014).

V rámci primární prevence dysfagie je vhodné cílit na zvýšení informovanosti. Vazbách na onemocnění, jejichž je symptomem (například cévní mozkové příhody). Důležité je také informovat o možnosti vzniku nežádoucích rizik, která se k poruchám polykání váží (Neubauer, Dobias, 2014).

Co se týká informovanosti, ta cílí převážně k odborné a studentské veřejnosti. Například v roce 2017 proběhla na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Palackého přednáška a workshop na téma dysfagie pod záštitou Asociace studentů speciální pedagogiky. Taktéž v roce 2010 proběhlo odborné sympozium poruch polykání na půdě Pardubické krajské nemocnice. Přednáškovou činností v této oblasti se zabývají i odborníci z Fakultní nemocnice v Brně Bohunicích, kteří své materiály současně umisťují na webové stránky této nemocnice. Problematika nezůstává bez odezvy ani v oblasti lázeňské péče, zájem o problematiku poruch polykání najdeme i v programu odborného Jánskolázeňského sympozia z roku 2018. Taktéž v loňském roce byla oblast problematiky dysfagie zahrnuta do odborných přednášek Kladrubského neurorehabilitačního interdisciplinárního sympozia (informace čerpány z webových stránek jednotlivých proběhlých akcí).

Sekundární prevence směřuje zejména ke skupinám s rizikem vzniku a rozvoje poruch polykání. Hlavním cílem je co nejrychlejší a nejoptimálnější návrat k co nejpřirozenějšímu způsobu stravování, což má významný dopad na kvalitu života pacienta. Celkově by sekundární prevence měla mířit k prevenci infekcí v oblasti hrudníku prostřednictvím standardizovaného screeningu dysfagie. Taktéž nelze opomenout prevenci malnutrice pomocí nutričního screeningu. Nezbytné je také přizpůsobit zavádění adaptačních, zejména dietetických, postupů s ohledem na aktuální stav pacienta (Neubauer, Dobias, 2014).

U terciární prevence cílíme na klienty, u nichž se již porucha polykání rozvinula. Hovoříme o jakémsi prolínání s dysfagiologickou terapií a poradenstvím. Terciární prevence u těchto pacientů může být jednak kontinuální (nepřetržitě poskytovaná), jednak intermitentní (s přestávkami), vždy na základě aktuálních potřeb klienta (Neubauer, Dobias, 2014).

3.1.2 Diagnostika dysfagie

Správně provedený diagnostický proces je základním krokem kvalitní intervence v oblasti poruch polykání. Je nesmírně důležité, aby na něm participoval kompletní dysfagiologický tým. K zajištění kvality diagnostického procesu je nezbytné využívat celou řadu vyšetřovacích metod souběžně s diagnostickými možnostmi (Kejklíčková, 2011). V rámci základního klinického vyšetření je nutné učit, zdali se funkční anebo strukturální abnormalita nachází v oblasti ústní dutiny, hrtanu, hltanu nebo žaludku. Nelze opomenout i řídicí a regulační mozkovou funkci a celkovou funkčnost nervové soustavy. To vše s respektem k diferenciální diagnostice (Tedla a kol., 2018).

Dle Mandysové a Škvrňákové (2016) rozdělujeme diagnostické metody v rámci dysfagie na subjektivní a objektivní, přičemž je vždy nutné zahájit celý proces subjektivními přístupy za využití hodnocení polykací funkce formou dotazníků a odebrání anamnézy pacienta. Jejich hlavní součástí je fyzikální vyšetření polykání. Na základě medicínské indikace jsou využívány také objektivní zobrazovací metody.

Primárně je nutné odebrat pacientovu kompletní anamnézu, která poskytuje podklad pro orientační zhodnocení stavu výživy a poruch polykání. Hodnotíme hmotnostní přírůstek nebo naopak úbytek, zaznamenáváme způsob, jakým pacient přijímal potravu doposud, ale i to, jaké se u něj vyskytují nemoci nebo stavy indikující vyšší riziko výskytu dysfagie (jde zejména o intubaci nebo tracheostomii). Zjišťujeme i informace o vyskytujících se příznacích, době trvání a charakteru obtíží. Nezbytné jsou údaje s vazbou na poruchy hlasu, poruchy fatických funkcí, dysartrii. Všimáme si změn hlasu po polknutí i abnormálního kašle. Zaměřujeme se na informace, zdali požití různých druhů tekutin (káva, čaj,..) způsobuje nějaké potíže. Ptáme se, jestli se pacient vyhýbá některým jídlům, vytéká mu tekutina z nosu při pití, kašle po požití jídla nebo tekutiny nebo zdali se mu potrava nepříjemně během konzumace lepí (Neubauer, Dobias, 2014; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla, 2018).

Nutné je vyšetření orální motoriky, jehož postup bude uzpůsoben aktuálním obtížím v polykání. Posuzujeme symetrické postavení tváře v klidové pozici a v rámci pohybu, také jejich citlivost. Důležité je i posouzení schopnosti rozsahu pohybu při otevření úst, tonu, citlivosti jazyka, jeho motoriky, oslabení či dokonce atrofie. Toto provádíme s využitím špátle, kdy pacient proti ní vytváří protitlak.

Rozsahové schopnosti pohybu jazyka hodnotíme na základě možnosti jej vyplazit do stran, koutků úst, nahoru a dolů. Nezbytné je i vyšetření funkčnosti retného uzávěru a stavu sliznice dutiny ústní, ovládání jejích sekretů. Zaměřujeme se také na funkci měkkého patra (Neubauer, Dobias, 2014; Tedla, 2018).

Vyšetření polykání zahrnují vyšetření screeningová, které provádí ošetrovatelský personál, nejčastěji zdravotní sestry. Patří sem například test GUSS, test polykání vody, Bedside swallow examination nebo Eat 10 test. Následně zvláště stojí klinicko-logopedické vyšetření polykání, které je komplexnější, a jež je již plně v kompetenci logopeda, který pracuje například s vyšetřením veškerých konzistencí potravy.

V rámci testových metod dle Tedly (2018) jako první nejčastěji přistupujeme k takzvanému screeningovému **Bedside swallow examination** předcházejícímu specializovaným diagnostickým technikám. Test je komplexně zaměřen na zjištění aktuálního stavu a způsobu polykání a průběhu jeho orální fáze. Poskytuje primární informace o pohyblivosti spodiny ústní dutiny, způsobu odžvýkávání sousta, ale i reflexním kašlí, odkašlávání, zjištění dávivého reflexu a funkční pohyblivosti měkkého patra. Mandysová a Škvrňáková (2016) popisují, že tento test obsahuje celkem tři testované oblasti, a to položku kvality hlasu (fonací hlásky „a“), hybnosti jazyka (jeho vyplazení a změna polohy ze strany na stranu a ověření citlivosti v hrdle s využitím nejčastěji vatové štětičky). Testování samotného polykacího aktu provádíme pomocí deseti polknutí vody z čajové lžičky a následného napití z hrnku. Po dokončení každého jednoho polykacího aktu se hodnotí kvalita hlasu a případná přítomnost kašle během nebo po polknutí, což indikuje okamžité ukončení testu. Sledujeme i případné vytékání tekutiny z úst. Část zahrnuje posouzení hlasové kvality jednu minutu po skončení polykání vody.

Často využívaný screeningový test je **Guss test**, zahrnující dvě části – předtestové vyšetření a samotný přímý test polykání. Je možné jej provést pouze u pacientů, kteří mohou spolupracovat minimálně patnáct minut. V rámci předtestového vyšetření pozorujeme bdělost pacienta, schopnost polykat sliny, reagovat volním kašlem, úspěšnost jeho polykacího aktu, případně vzniklé hlasové změny nebo přítomnost droolingu. Pokud pacient v předtestovém vyšetření získá plný počet 5 bodů, můžeme dále pokračovat přímým vyšetřením. Při nižším bodovém zisku test ukončíme. Pro přímé testování polykání potřebujeme vodu, plochou čajovou lžičku, zahušťovadlo a pevnou potravinu (piškot, chléb, sušenku).

Nejprve pacientovi podáme zahuštěnou tekutinu ze lžičky, kdy sledujeme průběh polknutí, jeho úspěšnost, opožděnost. Sledujeme výskyt kašle, změny na hlase, přítomnost droolingů. Pokud pacient obdrží plný počet bodů, můžeme přistoupit k testování polykání tekutiny. Jinak testování ukončíme. Totéž platí pro testování polykání pevné potravy. Závěrem sečteme počet bodů z testovaných částí do formuláře obsahujícího zhodnocení stanovení stupně poruchy (Lasotová, 2020; Trapl a kol., 2007).

Výsledky výše uvedených screeningových vyšetření polykání zpravidla pak mohou iniciovat vyšetření polykání klinickým logopedem. Klinicko-logopedická diagnostika polykání sestává z podobných částí. Na prvním místě je získání podrobné anamnézy pacienta, zacílené na poruchy polykání. Klinický logoped dále velmi podrobně vyšetřuje motoriku orofaciální oblasti, hodnotí sílu a hybnost jazyka, sílu a hybnost rtů, pevnost retěného uzávěru, senzitivitu dutiny ústní. Ověřuje funkci velofaryngeálního uzávěru, dávivý reflex i volní kašel. Při přímém vyšetření polykání zpravidla ověřuje polykání všech konzistencí, zjišťuje, které konzistence jsou pro pacienta rizikové. V případě potřeby indikuje objektivní vyšetření polykání některou ze zobrazovacích metod (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Pro objektivní vyšetření polykání je nejčastěji využívána videofluoroskopie (videofluoroscopic swallow study, zkráceně VFSS) a flexibilní endoskopie (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, zkráceně FEES) (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla a kol., 2018).

V případě flexibilní endoskopie hovoříme o vyšetření funkčnosti polykacího aktu pomocí flexibilního endoskopu. Během tohoto diagnostického vyšetření dochází k zavedení tenkého endoskopu přes dutinu nosní a nosohltan do oblasti hltanu nad epiglottis k posouzení anatomické a fyziologické funkce polykání. Výhodou je možnost pravidelných opakování diagnostického procesu, a to i u pacientova lůžka. Touto metodou můžeme také posoudit stav slizničních a orgánových struktur a slin. Problematické se může jevit využití metody u pacientů se zvýšeným dávivým reflexem (Černý, Kotulek, Chrobok, 2011; Tedla a kol., 2018). Hodnoceny jsou anatomické poměry v rámci dutiny ústní, hltanu, hrtanu, funkčnost orgánů podílejících se při suchém polknutí (hrtanová elevace), fonaci a během podání všech struktur potravin. Ve všech případech před i po podání potravy kontrolujeme hromadění sekretů, rezidua bolusu. Pozorujeme rychlost průběhu hltanové fáze a zatékání nebo pronikání potravy do hrtanové a hltanové oblasti.

K testování se využívají barevně odlišené potraviny různých konzistencí. Testování probíhá pomocí tekutiny (vody), pyré (dětská přesnídávka), kaše a pevné stravy (Černý, Kotulek, Chrobok, 2011).

Videofluoroskopie představuje metodu založenou na rentgenovém záření k odhalení aspirace, anatomických nebo fyziologických změn, anomálií. K jejím nesporným výhodám řadíme možnou vizualizaci strukturálního uspořádání a koordinace horních dýchacích cest, trávicího ústrojí, taktéž vizualizaci bolusu a přínos terapeutické fázi intervence. Naopak jako nevýhodné se jeví případné nutné opakování rentgenologického vyšetření a nemožnost hodnocení polykání „naprázdno“, bez přijaté potravy (Neubauer, Dobias, 2014; Čapek, Krejčí, [b.r.]). Indikací k tomuto vyšetření jsou příznaky dysfagie, nutnost diferenciací jejího typu, ale také pacienti s omezeným příjmem potravy, ohrožení aspirační pneumonií. Sledujeme posun bolusu v rámci orální a faryngeální polykací fáze. Pacientovi je podána potravina různých konzistencí doplněná kontrastní látkou – nejčastěji tekutým báriem. V rámci hodnocení se zaměřujeme na jednotlivé ukazatele orální, také faryngeální fáze polykání. K příznakům pozorovatelným během vyšetření řadíme nepřiměřenou přípravu bolusu v orální fázi polykání, vytékání slin, náhlé proniknutí kontrastní látky do faryngu, penetraci, aspiraci, tvorbu reziduí ve valekulách a piriformních recesech (Čapek, Krejčí, [b.r.]; Tedla a kol. 2018).

V rámci objektivních přístrojových vyšetření je využíváno také rentgenového snímkování polykacího aktu, pro zobrazení jícnové pasáže. K testování se využívá tekutina, jejíž polknutí je zaznamenáno zhruba na osmi rentgenových snímcích. Nevýhodou tohoto vyšetření je nezřetelné zaznamenání orální fáze a nezachycení drobných aspirací. Použito může být také ultrasonografické vyšetření pro zachycení projevů v ústní a hrdelní dutině (Čapek, Krejčí, [b.r.]).

V rámci diagnostického procesu hodnotíme také závažnost dysfagie a rozsah aspirace, nejčastěji na bodových škálách. Nejznámějšími jsou **Rosenbeckova škála** (1996) s bodovým rozpětím od jednoho do osmi bodů. Pokud pacient dosáhne osmibodové hranice, je jeho stav velmi vážný a je zastaven perorální příjem potravy. Totéž platí pro stupnici **Waxman et al.** (1990). V případě dětských pacientů pracujeme nejobvykleji se **záznamovými archy** Arvedson z roku 1993 (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Arvedson, 2008).

V různé frekvenci jsou v české praxi využívány i zahraniční testy pro poruchy polykání, které pro komplexnost doplňují i testy psychického rozpoložení pacientů.

Mandysová a Škvrňáková (2016) uvádějí například **Mini nutritional assessment (MNA)** překládaný jako Škála pro hodnocení stavu výživy. Jde o zhruba patnáctiminutový test se čtyřmi oblastmi k dotazování (subjektivní posouzení, stravovací zvyklosti, celkové hodnocení a antropometrické posouzení). Maximum dosažených bodů je třicet, pacient, který se nachází pod hranicí sedmnácti bodů je ve stavu podvýživy s nutným akutním odborným zásahem.

Jeho cílem je zachycení klientů s rizikem malnutrice. Tento test má taktéž svou zkrácenou verzi se zařazenými šesti otázkami a tabulkou hodnocení. Sleduje hmotnostní úbytky pacienta v období tří měsíců, psychický stav, možnosti pohyblivosti, BMI, prodělané nemoci a ztrátu chuti k jídlu. Maximální dosažený výsledek činí čtrnáct bodů, hodnota pod jedenáct bodů ukazuje na možný výskyt poruchy výživy s nutností dalšího odborného dovyšetření.

Eating assement tool (EAT-10) je subjektivním dotazníkovým šetřením odhalujícím funkční stav v rámci orofaryngeální dysfagie. Zahrnuje deset položek k odpovědi zaměřující se například na obtížnost, bolestivost polykání, výskyt kašle aj. Hodnotící stupnice se pohybuje na škále od 0 (*pacient obtíže vůbec nemá*) po 4 (*je to pro mě velkým problémem*) (Mandysová, Škvrňáková, 2016, s. 33-34).

Test Swallowing disturbance questionnaire (SDQ) je diagnostickým materiálem dostupným pouze v anglickém jazyce a od počátku je určen pouze osobám s Parkinsonovou chorobou. Přesto je používán u všech pacientů s podezřením na poruchy polykání. Zahrnuje patnáct otázek cílených na oblast obtížného polykání, výskytu kašle při nebo po přijetí potravy, obtíže s dechem nebo vytékání přijímaných tekutin z úst. Hodnotící škála je tříbodová na 0 s odpovědí nikdy, až po 3 s velmi často (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Cichero a Murdoch (2006) poté uvádějí další zahraniční testy jako například **Deglutition handicap index (DegHL)** pro pacienty s dysfagií s etiologií různé báze, **Rasboud oral motor inventory for Parkinson disease (ROMP)**, primárně určený pro zjištění fyzických potíží během polykání u osob s Parkinsonovou chorobou. Důležitým je taktéž **Mann Assement of swallowing ability (MASA)**, v různých obměněných verzích speciálně pro pacienty v akutní fázi po cévní mozkové příhodě (**MMASA**) nebo pro pacienty s karcinomem krku anebo hlavy (**MASA-C**). K hodnocení je i dostupným Dotazník kvality života týkající se polykání, jde o standardizovaný test se třinácti oblastmi (hodnotí stravování, návyky, komunikační potíže, atd.) hodnocenými škálou od jednoho do pěti bodů.

Zmínit můžeme i **Dysphagia in multiple sclerosis questionnaire (DYMUS)** cílený na pacienty s roztroušenou sklerózou a jejich posouzení obtíží při polykání stravy a tekutin (Cichero, Murdoch, 2006).

Pokud na základě komplexního diagnostického procesu zjistíme rizikový příjem per os pacienta, můžeme indikovat některý z neorálních typů příjmu potravy. Jde o využití neorální výživy enterální nebo parenterální, případně kombinaci obojího (Tedla a kol. 2018).

Neorální výživa parenterální funguje na principu přímého dodávání živin přes žílu do cévního systému, obchází tak zažívací systém. Neorální výživa enterální je zajištěna sondou nebo jiným typem vstupu (stomií) přímo do zažívacího traktu. Sondy jsou vedeny přes dutinu nosní do zažívacího systému. Rozlišujeme sondy nazogastrické (vedoucí přímo do žaludku), nazoduodenální a nazojejunální do tenkého střeva. V případě využití stomie se setkáváme s perkutánní endoskopickou gastrostomií (zkráceně PEG), která zajišťuje přímý vstup do žaludku skrze dutinu břišní. Obdobou je pak jejunostomie (PEG/J) zajišťující přímý vstup živin do tenkého střeva (tamtéž).

3.1.3 Terapie dysfagie

Kaufussová (in Škodová, Jedlička, 2007) a Cichero, Murdoch (2006) hovoří o volbě individualizované adekvátní terapie v návaznosti na kvalitně provedený diagnostický proces, s ohledem na zjištěné příčiny poruch polykání, typ a místo narušení. Logopedická péče se u osob s poruchami polykání specificky komplexně zaměřuje na techniky stimulace a rehabilitace orofaciální oblasti. Nezbytné je i ovlivnění svalové výkonnosti. Přistupujeme taktéž ke změnám v konzistenci a objemu potravy, plynulosti a rychlosti jejího příjmu. Nezbytné je přizpůsobit celý intervenční proces věku pacienta, jeho tělesným a kognitivním specifickým a aktuální schopnosti aktivního zapojení do terapie.

V rámci terapeutické práce s pacienty s poruchami polykání využíváme strategií, které umožňují, podporují a zlepšují proces polykání. Dle zapojení pacienta rozlišujeme techniky pasivní (bez jeho přímé účasti) a aktivní (s pacientovou přímou aktivní účastí). K ovlivnění funkce motorické stránky orofaciální oblasti využíváme aktivní, ale i pasivní terapeutické postupy, jako je například stimulace orofaciální oblasti (s cílem zlepšení síly a pohyblivosti dolní čelisti, hrtanu, jazyka, rtů). Ovlivňujeme i schopnost senzomotorické integrace (pomocí tepelné, taktilní, chuťové stimulace). Samotný nácvik polykání uskutečňujeme za využití přímé terapie (s potravou) nebo nepřímé terapie (bez potravy).

Obecně také cílíme na techniky držení těla při příjmu potravy, změny v konzistenci stravy (obvykle zahušťováním), podporu sensorických podnětů (Tedla a kol., 2018).

Součástí využívaných aktivních rehabilitačních technik je nácvik polykacích manévřů pro zlepšení koordinace struktur nezbytných pro polykání. Taktéž se zaměřujeme na ochranu dýchacích cest a zajištění zlepšení průchodnosti sousta (Kalfussová in Škodová, Jedlička, 2007; Neubauer, Skákalová a kol., 2015; Neubauer, 2018).

Neubauer a Dobias (2014) před začátkem samotné terapie upozorňují na nutnost zabezpečení důkladné orální a dentální hygieny. Za orální a dentální hygienu považujeme pravidelné čištění dásní, zubů, případně protéz, stimulaci sliznice v dutině ústní, ošetření infekcí, zvlhčování sliznice dutiny ústní, odstraňování zubního povlaku a rozmočení potravinových nánosů. Primárním cílem je prevence před nevhodnými orálně-hygienickými návyky, ke kterým přirozeně dochází, jestliže pacient nemůže adekvátně pohybovat jazykem, rty, čelisti, čímž absentují čistící pohyby přispívající k čistému prostředí v dutině ústní. Preventivně musíme přistupovat k možnému riziku vzniku senzitivní deprivace, protože u intaktního jedince je výsledkem pravidelných pohybů v dutině ústní zpětné senzitivní hlášení do mozku. Nezbytné je i snižování rizika možného vzniku aspirační pneumonie. Cichero a Murdoch (2006) hovoří v případě klientů s mnohočetnou parézou, plegií a zhoršenou schopností kontroly hlavy a čelisti, o nutnosti zajištění terapeutické asistence v rámci probíhající intervence. Jde zejména o zabezpečení kontrolního úchopu hlavy a čelisti pacienta tak, že je terapeutem stabilizována hlava pacienta terapeutovým ramenem a dlaní ruky, případně je stabilizována úchopem i čelist. Využíváme i mírné zatlačení do středu jazyka pomocí lžice směrem dolů, zatlačení jazyka pomocí lžice směrem za horní alveolu během polykání.

Dle Logemann (1998) v rámci terapie využíváme tzv. kompenzačních postupů, které primárně slouží k podpoře možnosti polykat a tuto funkci zlepšovat. K těmto postupům řadíme primárně úpravu vhodné potravinové konzistence, nalezení vhodné polohy těla a hlavy usnadňující polykání, ale i posílení sensorických podnětů. Neubauer a Dobias (2014) zahrnují do kompenzačních postupů i posturální a poziční techniky, stejně jako polykací manévry. Neubauer (2018) současně doplňuje kompenzační postupy o využití vhodných protetických pomůcek (obturátorů a stimulátorů patra).

Neubauer a Skákalová a kol. (2015) a Neubauer (2018) popisují, že neodmyslitelnou položkou sestaveného terapeutického plánu je výběr odpovídající konzistence přijímané potravy.

Taktéž je v některých případech nutné vyloučit nebo omezit některé potraviny, nejčastěji drobné konzistence, a také mléčné výrobky, které mohou vést k silnějšímu zahleňování. Každou změnu v této oblasti je vždy nutné individuálně s klientem prokonzultovat, vyzkoušet.

Nejčastější úpravou bývá zahušťování (obvykle tekutin, pevná strava bývá upravena do podoby kaše nebo pyrė, v případě potřeby se dohušťují následně), s cílem snížení rizika aspirace. U pacientů, kteří jsou vyživováni jinak než perorálně a začínáme obnovovat per os příjem, je zpravidla doporučována kašovitá strava. Samotný nácvik polykání je až druhotnou fází, nácvik pití tekutin pak závěrečnou (tamtéž).

U pacientů s narušením polykání v různé jeho fázi je nutné volit rozdílné strategie v přístupu ke konzistenci stravy. Při poruchách elevace hrtanu, kontrakce jícnu, a zvedání kořene jazyka se doporučují spíše řidší konzistence, až tekutiny. Při poruše v rámci hltanové fáze polykání a orálních dysfunkcí jazyka jsou podávány zahuštěné tekutiny, protože pevná strava je zde zcela nevhodná pro neschopnost mechanického zpracování a přesunu k patrovým obloukům. U narušení hlasivkového uzávěru a zpožděné faryngeální fáze se doporučuje konzistence pyrė a husté stravy (Neubauer, Skákalová a kol., 2015; Tedla, 2018).

Využití posturálních technik představuje jednu z nejjednodušších možností intervence i na straně klienta, vždy s ohledem na rozrůzněnost diagnózy, který se zapojuje samostatně (aktivně), případně s dopomocí (pasivně). Posturální techniky zahrnují záklon hlavy (gravitační síla přirozeně podporuje vyčištění dutiny ústní, bez rizika využitelné pouze u pacientů s intaktní faryngeální fází polykání), náklon hlavy k méně svalově oslabené straně (podpora směřování bolusu směrem k silnější straně zužuje průchod do dýchacích cest a tlačí směrem dozadu kořen jazyka). Využívá se i sklopení hlavy (anteflexe), přitažení brady k hrudníku, stejně tak i rotace hlavy a její sklopení k postižené straně. Ideální pozice je popisována jako nastavení pacientova těla tak, že jeho brada je během polknutí skloněná směrem k hrudníku, hlava se nezaklání, krk je uvolněný. Pacient se ideálně pevně lokty opírá o stůl, nohy jsou bezpečně opřeny o zem v úhlu 90 stupňů, horní část těla je lehce nakloněná dopředu (Neubauer, Dobias, 2014).

Využitelný je i leh na boku, díky němuž se snižuje působení gravitace na případná hltanová rezidua (Logemann, 1998; Neubauer, Dobias, 2014).

U některých klientů není možné tyto techniky provádět z důvodu zdravotního stavu, podporu mohou poskytnou speciálně upravené stoličky a pomůcky.

Aktivní intervenční strategie primárně zahrnují nácvik polykacích manévrů a metod stimulace orofaciální oblasti. Ty cílí na cviky podporující a posilující orální a hltanovou fázi polykání, čímž se zlepšuje síla a koordinace svalstva. Nácvik se provádí bez využití tekutin a stravy (tamtéž).

Cviky pro orální fázi cílí na procvičení rtů, tváří, jazyka, rozsahu otevření úst (dle Grosse in Tedla a kol, 2018; Neubauera, Vondráčkové, 2014; Neubauera, 2018).

- Rozsah otevření úst ovlivňujeme širokým otevřením úst, kdy by takto měla zůstat alespoň 3-5 sekund. Rozsah pohybu jazyka nacvičujeme pomocí vyplazení jazyka, jeho udržení vně úst alespoň 3-5 sekund. Pacient dále přesune jazyka z jednoho koutku úst do druhého. Pohybovat by se měl pouze jazyk, nemělo by docházet k pohybu dolní čelisti, ta by měla zůstat ve střední rovině. Následuje zvednutí hrotu jazyka ke špičce nosu a jeho následné namíření dolů k bradě.
- Rty a tváře procvičujeme za účelem vylepšení rozsahu pohybové schopnosti rtů (pomocí opakované protruze a retrakce rtů).
- Sílu jazyka podporujeme pomocí takzvaných izometrických cviků s využitím dřevěné logopedické špátle. Špátli drží buď samotný klient nebo logoped. Pacient se nejdříve snaží hrotem jazyka tlačit proti špátli. Poté následuje opření špátle o okraj jazyka bez dotyku jeho hrotu. Délka tlaku by se měla pohybovat okolo 5 sekund. Alternativou pro posílení zadní části jazyka je protlačení jazyka do tváře a vnější protitlak prsty k tlaku jazyka (tamtéž).

V rámci souboru cviků pro posílení hltanové fáze pracujeme s několika možnými typy cviků. Posilujeme taktéž hlasivkový uzávěr, kořen jazyka, ale i schopnost elevace hrtanu.

- Masako manévr (tongue hold) – slouží k posílení kořene jazyka a svalstva hltanu. Provádí se tak, že pacient vyplázne jazyk, stiskne zuby a polkne. Lze také pacientovi ulehčit tím, že si sám, pokud je to možné, přidrží hrot jazyka.
- Shaker – je cvičení určené k posílení svalstva ke zdvihu hrtanu a jazyčky, zvyšuje taky schopnost tahu horního jícnového svěrače. Ideální je provádět cvičení alespoň třikrát denně, minimálně šest týdnů, a rozloženě do dvou fází. Způsob provedení je dvojitý – izometrický a izotonický. První fáze zahrnuje izometrické posilování. Pacient po dobu jedné minuty drží hlavu vzhůru a následnou minutu odpočívá. Následují další dvě opakování se stálou rychlostí zvedání hlavy.

V rámci druhé, izotonické, fáze pacient postupně konstantně celkem zvedá 30x hlavu nad podložku, a poté ji podkládá. U obou typů je pacientova pozice vleže na zádech s rameny položenými na podložce. Hlava se napřimuje tak, aby si pacient byl schopen vidět na špičky na nohou (Neubauer, Skákalová a kol., 2015; Gross in Tedla a kol. 2018).

Vhodné je v rámci terapeutických postupů zařadit i možnosti návazné na funkční fyzioterapeutické metody. Primárně využitelné ve vztahu k poruchám polykání zmiňují Vitásková a Peutelschmiedová (2005) metody zaměřující se na orofaciální oblast, konkrétně orální myofunkční terapii, orofaciální regulační terapii dle Castillo Moralese. Tato metodika má svůj základ ve fyzioterapeutických konceptech manželů Bobathových a Kabatově metodě. Princip metodiky je založen na komplexní aktivizaci cílené orofaciální svalové skupiny za využití tlakových, tažných a vibračních stimulací. Kromě ovlivnění funkce svalových skupin dochází i ke vlivu na dechové a polykací funkce.

Využívané jsou i polykací manévry, které jsou aktivní terapeutickou technikou. Ty mají za úkol podpořit a zlepšit koordinaci oblastí součinných na polykání, za cílené ochrany dýchacích cest a průchodnosti bolusu. Existuje několik typů polykacích manévru (dle Tedly a kol., 2018): Usilovné polykání představuje zajištění lepší průchodnosti bolusu během polknutí, podněcuje pacienta v polknutí s maximálním úsilím. Primárně bývá využíván převážně u pacientů s obtížemi v posteriorním pohybu kořene jazyka. Mendelsonův manévr taktéž podporuje průchodnost bolusu, zlepšuje sílu kořene jazyka a jeho zkrácení. Jeho účinek je prokazatelný i u prodloužení zdvihu hrtanu a zvyšování rozsahu a doby, na jakou je otevřen horní jícnový svěrač. Supraglotické polykání primárně zabraňuje intradeglutivní aspiraci a je využitelné u pacientů, u nichž se setkáváme se zpožděným nebo nedokonalým laryngeálním uzávěrem. Hlavním úkolem tohoto manévru je uzávěr dýchacích cest na hlasivkové úrovni, před a po polknutí. Provádí se tak, že se pacient nadechne nosem, pak zadrží svůj dech a polknutí provádí se zadržným dechem. Po polknutí by mělo dojít k odkašlání, pro případ, že by se vyskytlo nějaké reziduum v hltanu.

V případě terapie dysfagie u dětských pacientů zdůrazňuje Neubauer (2018) včasné zahájení terapeutické intervence (s důrazem na rozvoj vitálních funkcí a motoriky mluvidel) již v raném období, zejména u případů, kdy je porucha polykání způsobena vrozenými nebo získanými deficity centrální nervové soustavy, nebo jiným způsobem ovlivněným psychomotorickým vývojem.

V případě dětských pacientů se tedy primárně zaměřujeme na čtyři oblasti, a to: vhodnou polohu těla při krmení, výběr vhodné konzistence potravy, techniky podávání částí potravy, stimulace zvukových projevů a rozlišení obsahu podnětů.

Neubauer (2018) pro podporu stimulace příjmu potravy uvádí například cílenou masáž mluvidel k podpoře hybnosti rtů, jazyka a tváří a desenzibilizaci pomocí jemných dotyků, ta musí být prováděna ve vhodné poloze, za účelem stabilizace svalového tonusu, tlumení tělesných souhybů a souhybů mluvidel. Snažíme se o zvládnutí slinotoku se zapojením hybnosti rtů a cílené stimulace polykání slin pro navození sebekontroly. Základem je taktéž příjem potravy a tekutin ve vhodné poloze. Ta nesmí vyvolávat patologické reflexy, ale naopak stimulovat hybnost. Významně podporující je využití polohovací sedačky a stolku, včetně vhodně zvolených kompenzačních pomůcek.

Za situace, kdy je u dětského pacienta diagnostikována neurogení dysfagie, je nezbytně nutné stimulovat reflexy vázané na příjem potravy – hledací, kousací, sací, polykací a dávivý. Pokud tyto reflexy přetrvávají, snažíme se je nahrazovat aktivní psychomotorikou, protože po třetím měsíci života dítěte by mělo dojít k nahrazení těchto reflexů aktivním sáním a polykáním. Pokud k tomuto nedochází, je tlumení reflexů na místě, podpořené o aktivní rozvíjení diferenciované motoriky rtů, jazyka, čelisti a mimického svalstva, vhodné je i podporovat dynamiku pohybu bolusu v orální a faryngeální části polykání (Neubauer, 2018).

Neubauerová (in Neubauer, 2018) popisuje nutnost podpory vhodné stabilní polohy těla a hlavy při navozování dostatečného orálního příjmu potravy. Snažíme se o podporu zavření úst během polykacího aktu, hlava nesmí být vyvrácena dozadu, jemně ji přidržujeme rukou ve vzpřímené poloze, trup a hlava jsou v symetrickém postavení. Jako ideální se jeví spolupráce s fyzioterapeutem, za současného respektování úrovně citlivosti dítěte.

3.2 Organizace logopedické intervence v České republice a kontext terénní logopedické péče

Logopedická intervence je v České republice realizována v rámci tří rezortů: Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva práce a sociálních věcí. V rámci nich fungují státní, nestátní i soukromá zařízení, v nichž zajišťují odbornou péči logopedi.

Klientelu tvoří celé věkové spektrum klientů od dětí raného, předškolního a školního věku, současně také dospívající, dospělí a senioři (Klenková, 2006; Škodová, Jedlička, 2007).

3.2.1 Logopedická péče v rezortu zdravotnictví

V rámci tohoto rezortu je poskytována logopedická péče nejčastěji v logopedických ambulancích, přičemž jde převážně o nestátní zařízení přidružená k zdravotnickým zařízením, městským klinikám nebo jde o zcela soukromé ambulance. Ke zřízení soukromé logopedické praxe je nutné absolvovat předatestační vzdělávání a složit atestační zkoušku (Klenková, 2006). Samostatná odborná činnost logopeda v rámci Ministerstva zdravotnictví je upravena zákonem č. 96/2004 Sb. v aktuálním znění, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Zákon hovoří o tom, že odborná a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického logopeda se získá absolvováním akreditovaného magisterského studijního oboru speciální pedagogika se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a absolvováním specializačního vzdělávání v oboru klinická logopedie. Po dokončení této specializační přípravy se logoped stává logopedem klinickým a je způsobilý samostatně vykonávat činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a dispensární péče. Logopedická intervence v rámci tohoto rezortu je tak hrazena zdravotními pojišťovnami podle Seznamu výkonů na základě doporučení lékaře a platného průkazu pojištěnce. Za situace, kdy konkrétní ambulance nemá uzavřený smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, je na klientovi, aby si úhradu péče zajistil ze svých financí. (AKL, 2020). Logopedická intervence není jen záležitostí pouze ambulantní, ale je poskytována také na lůžkových odděleních, v nemocnicích při odděleních neurologie, foniatry, v léčebnách a rehabilitačních ústavech (Fukanová in Škodová, Jedlička a kol., 2007).

3.2.2 Logopedická intervence v rezortu školství, mládeže a tělovýchovy

V rámci tohoto ministerstva je zajištění logopedické intervence směřována k dětem, žákům a studentům s narušenou komunikační schopností, ale i dětem bez řečových obtíží k zajištění prevence.

Jsou zřizovány logopedické třídy při mateřských a základních školách, mateřské a základní školy logopedické. Zde je v rámci denního programu zařazená individuální logopedická péče. Tu v mateřských školách zajišťují učitelky splňující kvalifikaci logopedického asistenta. V rámci specializovaných tříd mateřských škol by měl individuální a skupinovou logopedickou péči nabízet speciální pedagog – logoped (Klenková, 2006; Neubauer, 2018; Škodová, Jedlička, 2007).

Působnost logopedů spadá i do práce ve speciálně pedagogických centrech pro děti, žáky a studenty s narušenou komunikační schopností. Zde je hlavní náplní realizace celistvé speciálně pedagogické logopedické, ale i psychologické diagnostiky, nastavení edukačních logopedických postupů, zajištění optimální komunikační kompetence, sestavení návrhu individuálního vzdělávacího plánu, poskytování logopedické intervence (včetně té rané), osvětová a informační činnost (Klenková, 2006).

Metodické doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství hovoří o tom, že zabezpečení logopedické péče ve školství vykonává pouze logoped – absolvent magisterského studia zakončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Logopedický asistent pracuje vždy pod metodickým vedením logopeda. U logopedického asistenta je nezbytné pedagogické vzdělání se znalostmi z logopedie, které získal absolvováním bakalářského studijního programu speciální pedagogiky ukončeného závěrečnou či státní zkouškou z logopedie, absolvováním programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaného vybranou vysokou školou a zaměřeného na speciální pedagogiku – logopedii nebo vzděláním získaným absolvováním kurzu zaměřeného na logopedickou prevenci akreditovaného ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (Česká škola, 2012).

3.2.3 Logopedická intervence v rezortu práce a sociálních věcí

Logopedická péče v rámci tohoto resortu je jedním z dílčích prvků komplexní rehabilitace. Ze zařízení jde převážně o ústavy sociální péče určené pro děti a mládež nebo pro osoby seniorského věku. Hlavní náplní logopedické péče je diagnostika a terapie, rozvoj komunikačních schopností, často za využití systémů alternativní a augmentativní komunikace.

V rámci možností, které nabízí Ministerstvo práce sociálních věcí, se setkáváme i se službou rané péče, která zabezpečuje službu sociální prevence pro děti se zdravotním postižením, děti s ohroženým vývojem a jejich rodiny do 7 let věku dítěte. S její legislativní úpravou se setkáme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Klenková, 2006; Škodová, Jedlička, 2007).

Nezbytně důležitá je i činnost nestátních neziskových organizací, k jejichž aktivitám patří i poskytování logopedické intervence osobám s narušenou komunikační schopností, obvykle v rámci komplexních rehabilitačních pobytů nebo pobytů rekondičních.

3.3 Terénní logopedická péče

Legislativní ukotvení terénní péče jako celku nacházíme v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Primárně je zaměřena na poskytování služeb osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, podporuje také samostatné bydlení, odlehčovací služby, sociálně aktivizační programy, krizovou pomoc, průvodcovské a předčitatelské služby, i ty tlumočnické (Česko, 2006).

Terénní forma péče je jednou z variant nabízených služeb na stejné úrovni, jako služby pobytové a ambulantní. V případě ambulantního zařízení je nutné, aby klient s určitou pravidelností k danému odborníkovi (fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, ...) docházel. V rámci pobytových služeb je klientovi poskytováno ubytování a strava, a návazné doplňkové služby – ošetřovatelská péče, aktivizační činnosti, fyzioterapie, atd. V kontextu osob s poruchami polykání může jít nejčastěji o domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, rehabilitační ústavy, nemocniční zařízení. Pro tuto práci stěžejní terénní péče je cílena na poskytování služeb v přirozeném domácím prostředí klienta, nejčastěji jde o sociální služby typu osobní asistence a pečovatelská služby.

Specificky ve vztahu k logopedické péči poskytované v domácím prostředí hovoří Kejkličková (2011) o nutnosti navázání kontinuity péče po propuštění pacientů z nemocničního do domácího prostředí. Důraz by dle autorky měl být kladen na monitoring zejména starších osob, které žijí samy. Pro adekvátně zabezpečenou logopedickou intervenci v domácím prostředí je nutné upravit pro klienta dostatečně prostředí, aby byla práce efektivní, na druhou stranu tato péče nabízí možné využití mnohých impulzů a motivačních prvků, které jsou v rámci ambulantní péče obtížněji dosažitelné.

V zahraničí je mnohem obvyklejší setkat se s nabídkou logopedické intervence přímo u klienta doma, bez nutnosti navštívit logopedickou ambulanci. V rámci terapie jsou využívány reálné pomůcky, které jsou klientovi blízké, právě v případě terapie dysfagie, tréninku nácviku polykání mohou navyklé tvary a velikosti lžic, hrnků, napomoci komfortu klienta. Terénní péče podstatně snižuje psychickou a fyzickou zátěž na straně pacienta, současně celé jeho rodiny.

Taktéž za situace, kdy je klient imobilní, poskytuje terénní péče včasnou a jedinou reálnou intervenci. Celkově tak terénní logopedická péče představuje koncept komplexně individualizovaného přístupu ke klientovi s ohledem na veškerá jeho specifika. To vše přináší na straně klienta jisté výhody, které odborníci zastřešují primárně stabilním psychickým naladěním klienta, přítomností členů rodiny, kteří po kvalifikovaném komplexním zaškolení logopedem mohou efektivně kooperovat v rámci celé intervence, zejména ve vztahu ke každodenním aktivitám klienta, což s sebou nepochybně přináší zvýšení efektivity péče (Communicate speech pathology, 2020; The Benefits of in-home speech therapy, 2016).

Jednou z možností poskytování terénní logopedické péče je i takzvaná forma telepractice. Vitásková (in Ludíková a kol., 2012) hovoří o v zahraničí poměrně rozšířeném systému nabízené péče prostřednictvím internetu, praktické využití telekomunikačních technologií za účelem odborné intervence na velké vzdálenosti. Dle autorky (in Ludíková a kol., 2012) jde o srovnatelný ekvivalent tradičního konzervativního přístupu k logopedické péči. V souladu s Mezinárodní zdravotnickou organizací jde o rozšíření přímé aplikace telemedicíny v prostředí zdravotnictví za využití informačních a komunikačních technologií k zabezpečení zdravotnické péče na větší vzdálenosti.

V zahraničí se můžeme setkat i s mobilní službou logopedické péče, takzvanou mobile speech therapy. Ta funguje na principu poskytování logopedických služeb školám, zdravotnickým zařízením, ale i různým organizacím, které pečují o osoby s narušenou komunikační schopností. K těmto logoped dojíždí se svou mobilní logopedickou ambulancí (automobilem), jejíž vybavení kopíruje standardní ambulantní vybavení, včetně specializovaných technologií, což umožňuje koordinovanou a individuální péči každému jednotlivému klientovi (Communicate speech pathology, 2020).

V rámci České republiky popisuje Kejklíčková (2016) situaci rozdílnou, k realizaci terénní formy logopedické intervence zde příliš často nedochází, neboť v současném nastaveném systému logopedické péče není jednoduché najít kompetentního a erudovaného logopedického specialistu, který by mohl přímo do rodin docházet. Dle slov autorky se tak nabízí v aktuální situaci možnost využít odborných sociálních pracovníků, kteří jsou v logopedické oblasti vzdělání, případně využít zapojení občanských sdružení zaměřených svým odborným zájmem na poskytování služeb osobám s poruchami řeči a komunikace.

Cudlínová (2015) v kontextu úhrad poskytované péče klinickým logopedům se smluvním vztahem se zdravotními pojišťovnami, hovoří o možnostech úhrady terénní logopedické péče, a to buď přímou úhradou klientem nebo zdravotní pojišťovnou, která se při proplácení služby řídí přehledem kódů zdravotnických výkonů pro logopedické terapie. Terénní logopedické péči zde náleží kód 72215, přičemž je označována jako „*logopedická terapie středně náročná, prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka, v domácím ošetření dětí, dorostu a dospělých prováděná klinickým logopedem v ambulantním zařízení a u lůžka v domácím prostředí*“ (Cudlínová, 2015, s. 2). Také je možné využít kódu 09521, tedy „*čas strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy á 10 minut*“ (Cudlínová, 2015, s. 3).

4 Analýza poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií

4.1 Stanovení výzkumných cílů

Hlavním cílem v rámci výzkumné části této diplomové práce je zjistit, zda a jakým způsobem je v rámci České republiky poskytována terénní logopedická péče u osob s dysfagií. V souladu s hlavním cílem práce byly stanoveny dílčí cíle, jejichž formulace je zahrnuta v následujících výzkumných otázkách:

- 1) Zvyšuje se poptávka po logopedické péči mezi klienty s poruchami polykání?
- 2) Jaká jsou specifika poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií?
- 3) Jaké bariéry pro poskytování terénní logopedické péče logopedi vnímají?

V návaznosti na výzkumné cíle práce byly stanoveny tyto výzkumné předpoklady:

- 1) Procento logopedů, kteří poskytují terénní logopedickou péči u osob s dysfagií, bude nižší než procento logopedů, kteří tuto péči neposkytují.
- 2) Nejčastějším důvodem neposkytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií je nedostatečné finanční zajištění této služby.

4.2 Metodika výzkumného šetření

Pro realizaci praktické části práce byla vybrána metodika smíšeného designu výzkumu zahrnující jak kvantitativní, tak kvalitativní část šetření. Smíšený design výzkumu umožňuje kombinaci kvantitativních i kvalitativních metod, což přispívá ke komplexnějšímu náhledu na zkoumanou problematiku. Pro kvantitativní část byla vybrána metoda dotazníkového šetření, která umožnila vzhledem k počtu respondentů rychlé a široké navázání kontaktu nevyžadující přímý kontakt s dotazovanými. Pro vystižení specifík bylo toto dotazníkové šetření doplněno o kvalitativní pohled získaný formou polostrukturovaného rozhovoru.

Dle Gavory (2000) považujeme za základ kvantitativního výzkumu předpoklad, že zkoumané předměty mají měřitelné a tříditelné vlastnosti, tím pádem je kvantitativní výzkum založen na využití přesných matematických a statistických metod. Informace zjišťované o zkoumaných subjektech bývají zjišťovány v kvantifikovaných (číselných) hodnotách.

Cílem je ověření konkrétní platnosti určených charakteristik a vzájemných vztahů mezi zkoumanými objekty, k čemuž využíváme analýzu za využití statistických metod. K metodám využitelným v rámci kvantitativního výzkumu počítáme obsahovou analýzu, dotazování a strukturované pozorování. Právě dotazník zprostředkovává možnost k hromadnému zisku dat od většího množství respondentů. Jeho základem jsou buď otevřené, polouzavřené nebo uzavřené otázky.

Na opačné straně výzkumného spektra pak stojí kvalitativní forma výzkumu, která se pokouší o interpretaci sociální reality, nevyužívá čísel a statistických metod. Cílem je komplexní zobrazení, objasnění příčiny, vzájemných vazeb, podstaty a motivů zkoumaného. Je zacílen více do hloubky s přispěním indukčního principu a prozkoumáváním vzájemných vztahů a porozumění. Ke sběru dat u kvalitativního výzkumu se využívá nestrukturovaného pozorování, rozhovoru a obsahové analýzy. Typickým je pak rozhovor představující prostředek ke sledování obsahu sdělení, zobrazení názorů a postojů. Nejčastěji pracujeme s takzvaným polostrukturovaným rozhovorem (individuálním rozhovorem s návodem), kde jsou dány tematické okruhy, konkrétní dotazy směřované respondentovi (Hendl, 2016; Švaříček, Šed'ová, 2014).

Vlastní výzkumné šetření probíhalo od února 2020 do poloviny června 2020, kdy byly e-mailem rozesílány dotazníky do jednotlivých zařízení klinických logopedů. Poté během května a června pak následovaly rozhovory s klinickými logopedy. Získaná výzkumná data byla dále zpracována a vyhodnocena.

Charakteristika dotazníku

Společně s dotazníkem byl respondentům zaslán informační e-mail, v rámci něhož byl vysvětlen důvod dotazníkového šetření, prosba o jeho vyplnění a případnou spolupráci směrem ke kvantitativnímu i kvalitativnímu šetření práce a závěrečné poděkování. Dotazník byl rozeslán elektronicky, byl k dispozici online s přímým odkazem na jeho vyplnění. Dotazník byl zcela dobrovolný a anonymní. Před samotným rozesláním bylo provedeno jeho pilotní ověření. Dotazník obsahoval v úvodu celkem tři uzavřené otázky obecné povahy.

Následovaly dotazy, které se lišily dle toho, zdali má, nebo nemá klinický logoped ve své péči osoby s dysfagií, a zdali poskytuje, nebo neposkytuje terénní logopedickou péči. V případě, že respondent odpověděl, že pacienty s dysfagií nepřijímá, následovaly dva specifické dotazy určené této skupině respondentů.

Za situace, kdy respondent pracuje s pacienty s poruchami polykání, pokračoval k celkem čtyřem cíleným otázkám na tuto problematiku. Pokud respondent v poslední z nich zodpověděl, že poskytuje také terénní logopedickou péči pacientům s poruchami polykání, byl odkázán na pět specifických dotazů pro tuto oblast. V případě, že odpověď byla záporná, následovaly pro tyto respondenty jiné dvě otázky.

V celkovém součtu veškerých položek dotazníku hovoříme o šestnácti otázkách, z toho šesti zcela uzavřených, čtyřech polouzavřených s možností doplnění vlastní odpovědi a šesti otevřených.

Charakteristika rozhovoru

Celkem bylo provedeno pět rozhovorů s klinickými logopedy, kteří zareagovali na prosbu o poskytnutí rozhovoru z dotazníkového šetření. Ve všech případech rozhovory probíhaly formou polostrukturovaných rozhovorů. Klinickým logopedům bylo položeno devět otázek odpovídajících dvěma okruhům rozhovoru. Jedním z okruhů byly obecné informace o poskytování terénní logopedické péče, druhým okruhem byla samotná specifika této nabízené služby. Všichni byli seznámeni s výzkumným šetřením, mohli samozřejmě kdykoliv odstoupit. Tři z rozhovorů proběhly osobně, dva vzhledem ke vzdálenosti pracovišť elektronickou formou. Rozhovory byly zaznamenány (nahrány nebo zapsány), následně přepsány za využití selektivního protokolu a redukce prvního řádu. Následně bylo přejito k úpravám k provedení analýzy, transkripce textu a takzvanému kódování.

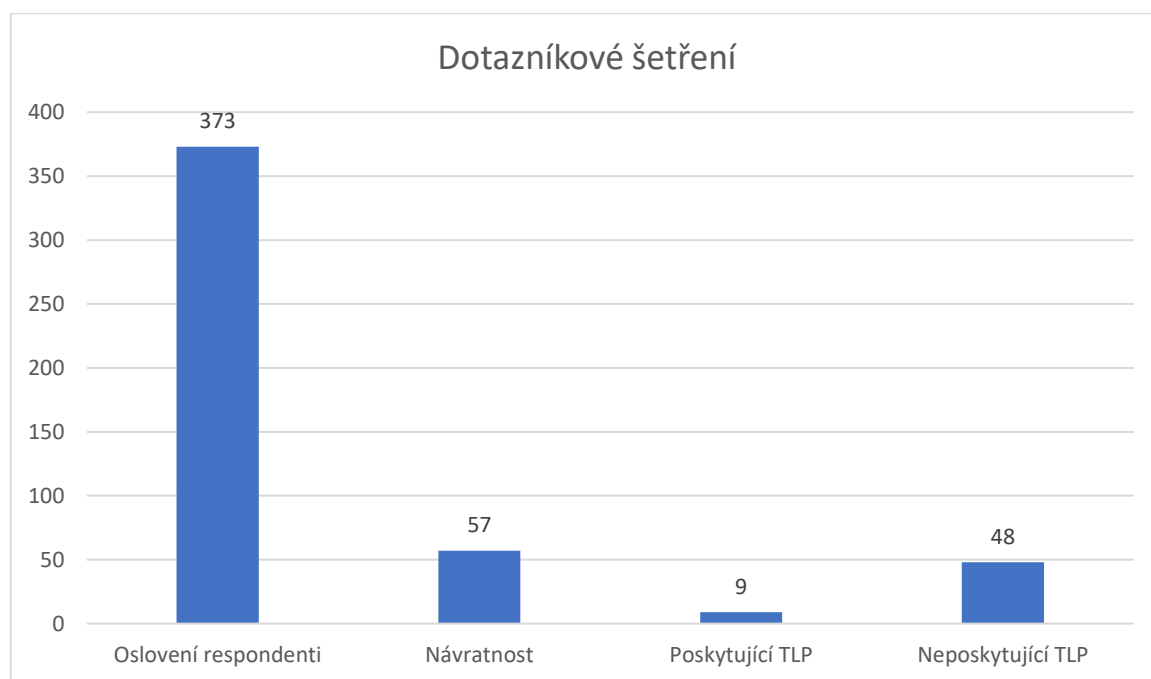
Charakteristika výzkumného vzorku

Pro realizaci výzkumného šetření bylo osloveno celkem 373 respondentů, klinických logopedů. Všichni byli osloveni elektronickou formou na základě volně přístupného adresáře pracovišť na webových stránkách Asociace klinických logopedů. Kontakt byl navázán zasláním informačního e-mailu s vysvětlením důvodů pro oslovení, stručným představením a popisem výzkumného šetření, prosbou o možnou spolupráci na kvantitativní i kvalitativní části práce a přímým odkazem na dotazník. Následně byly osloveno pět klinických logopedek, dvě na základě pozitivní reakce na prosbu o spolupráci v rámci dotazníkového šetření, tři na základě předchozí spolupráce.

4.3 Interpretace dotazníkového šetření

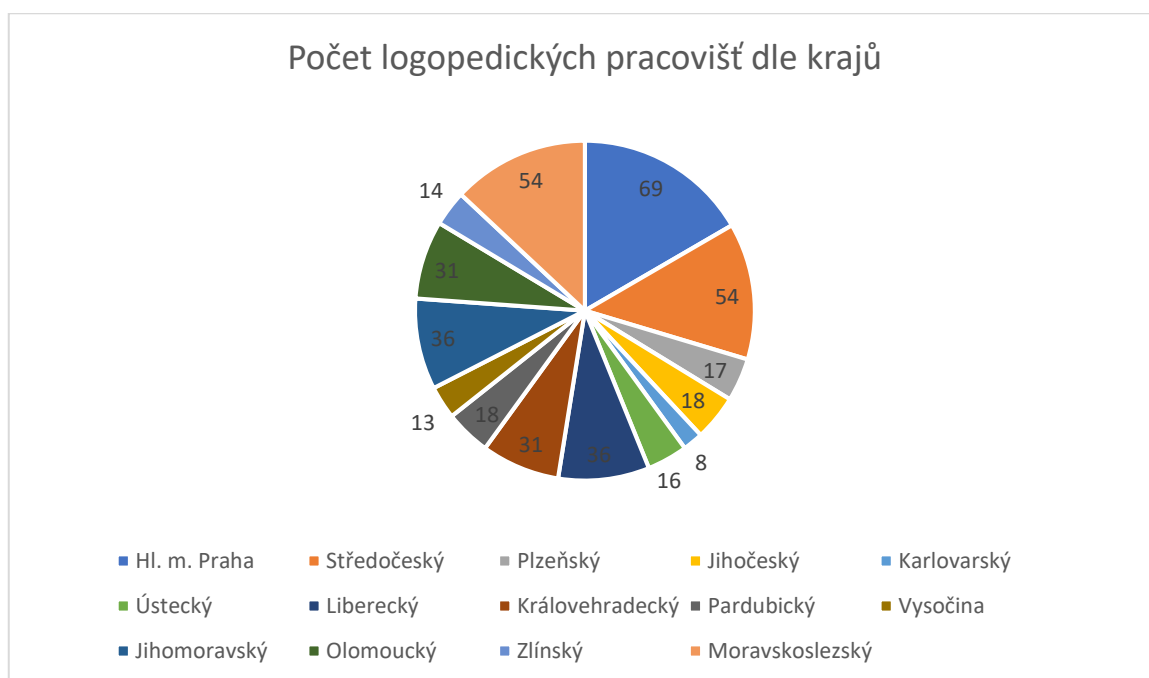
4.3.1 Společná část dotazníkového šetření určená všem osloveným respondentům

Oslovených respondentů bylo celkem 373, dotazník vyplnilo 57 respondentů, návratnost tak činí pouhých 15,28 %. Příčinou může být úzké tematické zaměření dotazníkového šetření, ale také období sběru dat, které se bohužel překrývalo s vypuknutím epidemie Covid-19. Jak již bylo uvedeno, zaměření výzkumného šetření je velice úzkoprofilové a tematicky specifické, z celkového vzorku oslovených a skutečně zapojených respondentů do dotazníkového šetření, poskytuje terénní logopedickou péče (TLP) specificky klientům s dysfagií pouze 9 logopedů, 48 TLP neposkytuje.



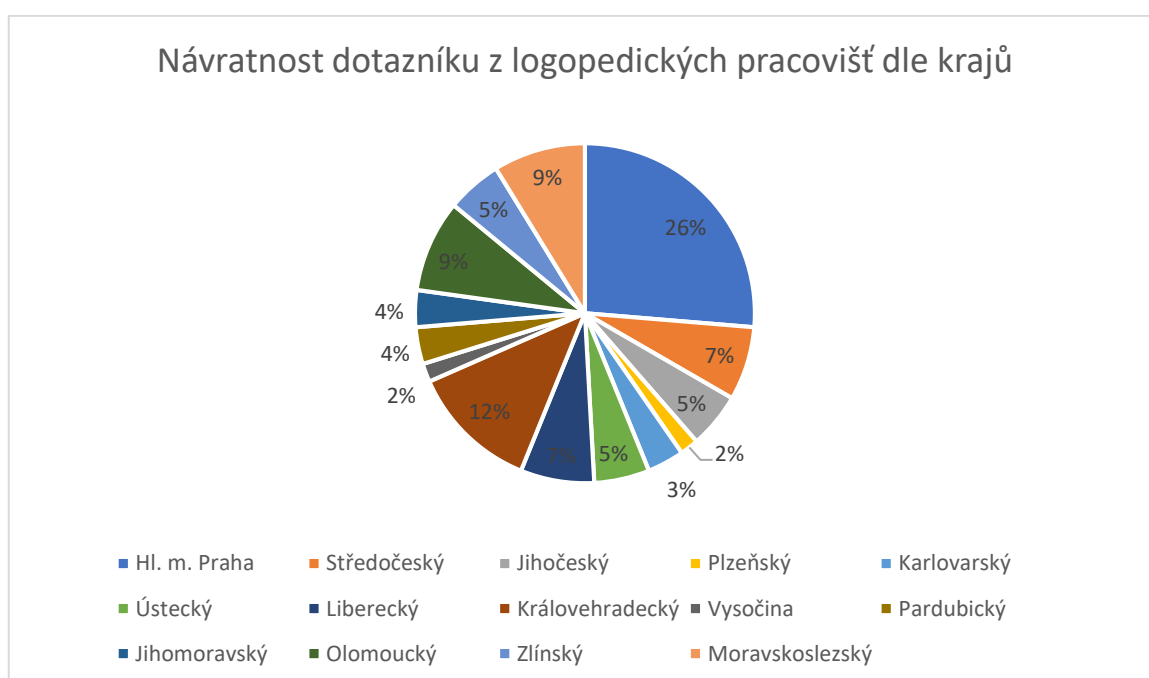
Graf 1 Návratnost dotazníkového šetření

K dotazníkovému šetření bylo osloveno celkem 373 pracovišť ve všech krajích České republiky. Kontakty pocházely ze seznamu AKL uvedeného na jejích webových stránkách, taktéž byly osloveny vybrané neziskové organizace, které nabízejí logopedickou péči. V České republice nacházíme průměrně 26 ambulancí v každém kraji. V oblasti Moravy se jedná průměrně o 33 ambulancí (nejvyšší čísla vykazuje Moravskoslezský kraj (54), Olomoucký (31) a Zlínský (14)), v Čechách průměrně o 23 ambulancí, přičemž dominantní je Praha s 69 ambulancemi. Nejméně ambulancí nalezneme v Karlovarském kraji.



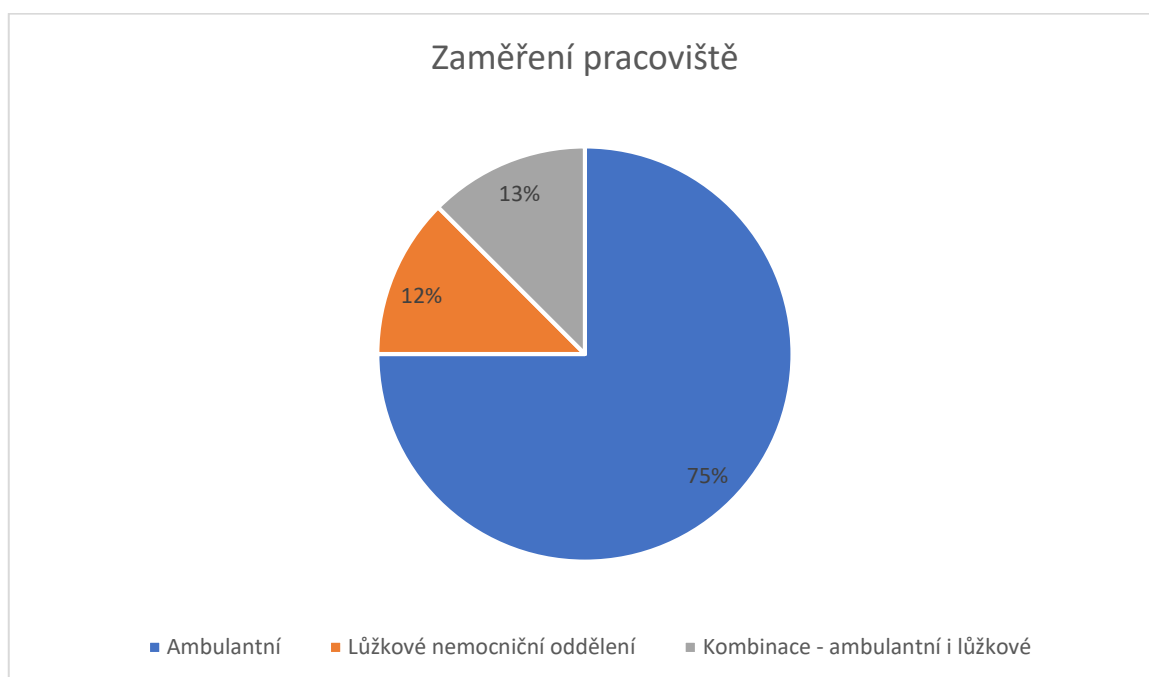
Graf 2 Počet logopedických pracovišť dle krajů

První položka dotazníku byl určena ke zjištění kraje, ve kterém oslovení kliničtí logopedové působí. Největší četnost odpovědí dorazila z Hlavního města Prahy (15), nejméně naopak z Plzeňského kraje a kraje Vysočina (po jedné odpovědi). Každý z respondentů, který figuruje v rámci vícero zařízení, byl osloven pouze jednou. Největší návratnost v poměru počtu pracovišť a zodpovězených dotazníků je pak možné sledovat v Hlavním městě Praha (26 %) a Královéhradeckém kraji (12 %).



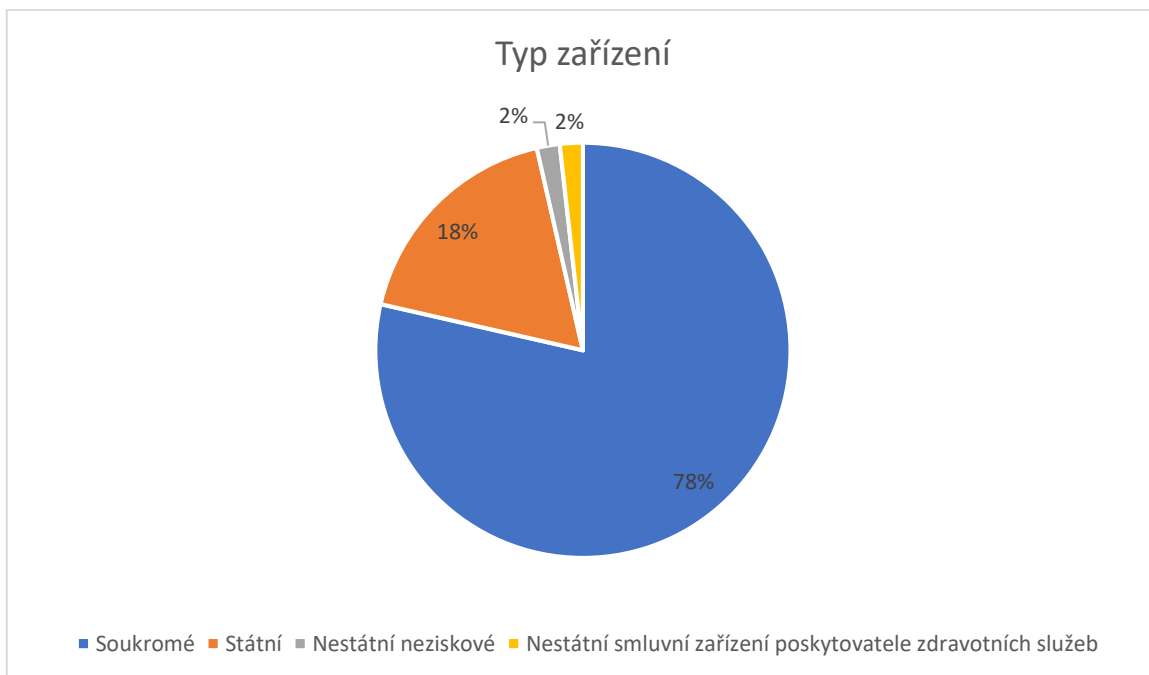
Graf 3 Návratnost dotazníků z logopedických pracovišť dle krajů

Druhá otázka si kladla za cíl zjistit, jaké je zaměření daných pracovišť, v rámci nichž oslovení kliničtí logopedové působí. Převážná většina respondentů uvedla, že pracuje v ambulantních zařízeních. 12 % pak vyplnilo možnost lůžkových nemocničních oddělení. V případě 13 % získaných dat mluvíme o kombinaci obojího, tedy zařízeních poskytujících jak ambulantní péči, tak logopedickou péči na lůžkových odděleních.



Graf 4 Zaměření pracoviště

Třetí otázka cílila na zjištění typu zařízení daného pracoviště klinických logopedů. Zcela převládala soukromá zařízení (78 %), následovala státem zřizovaná pracoviště (18 %). Po jednom se objevilo nestátní neziskové zařízení a nestátní smluvní zařízení poskytovatele zdravotních služeb (vždy po 2 %).



Graf 5 Typ zařízení

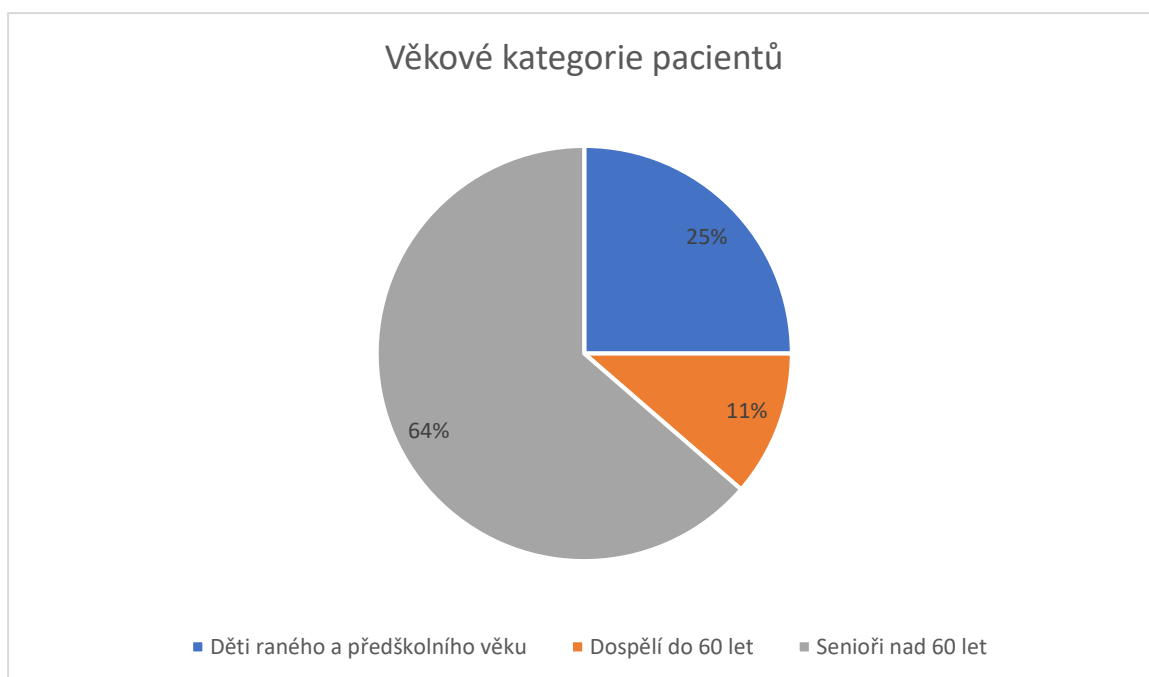
Čtvrtým dotazem společné části dotazníku směřovaným k respondentům bylo, zdali poskytují terapii osobám s poruchami polykání. Většina respondentů (77 %) uvedla, že klienty s dysfagií ve své péči má. Naopak 23 % respondentů klienty s dysfagií ve své péči vůbec nemá.



Graf 6 Terapie u osob s dysfagií

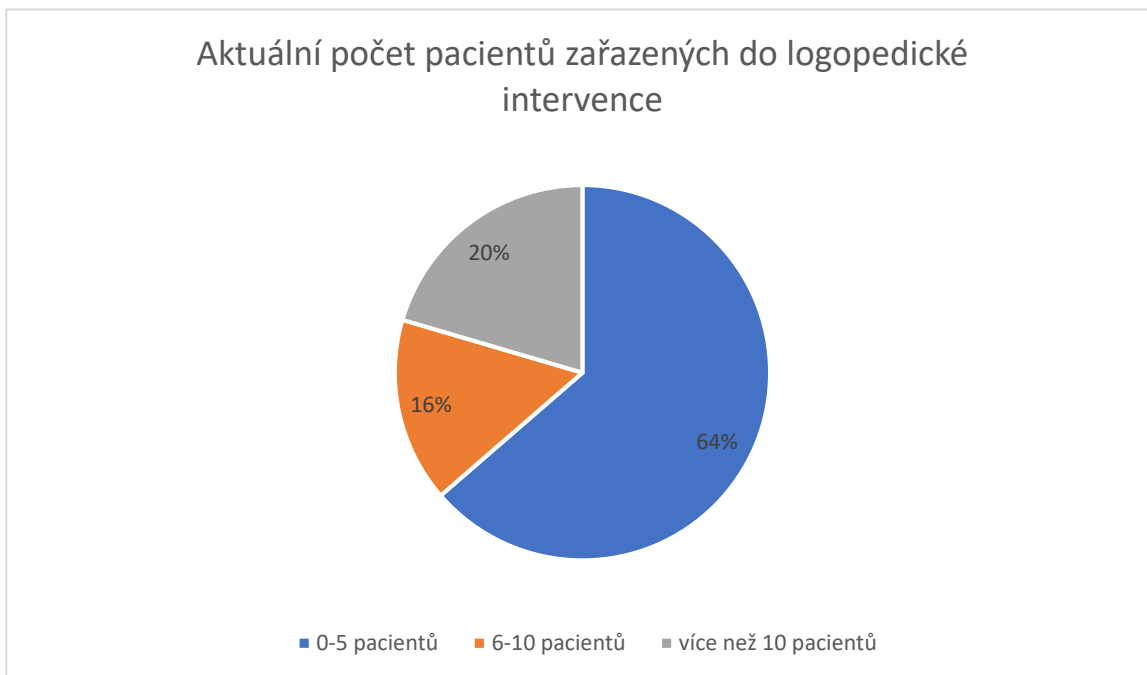
4.3.2 Část dotazníku určená respondentům, kteří uvedli, že ve své péči mají pacienty s dysfagií

První otázka této části měla za úkol zjistit, s jakými věkovými kategoriemi pacientů s dysfagií kliničtí logopedi ve své praxi pracují. Na výběr byly čtyři varianty, děti raného a předškolního věku (25 %), děti školního věku (tato varianta nebyla žádným z respondentů vybrána), věková kategorie dospělých do 60 let (11 %) a skupina seniorů nad 60 let, která byla celkově nejfrekventovanější (64 %).



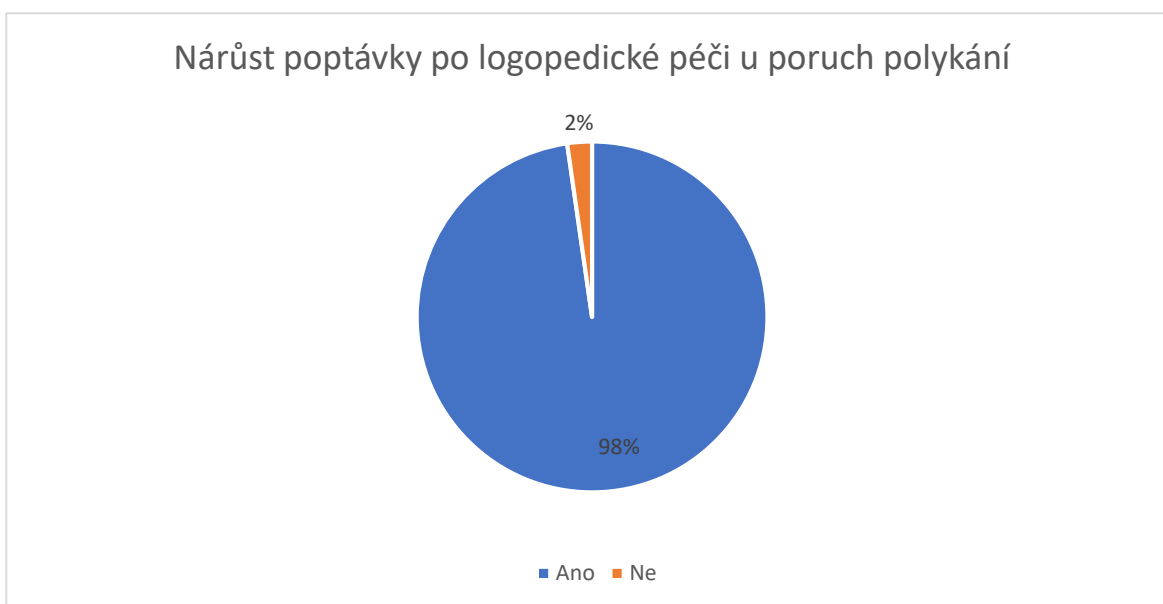
Graf 7 Věkové kategorie pacientů

Druhá otázka této části dotazníku zjišťovala aktuální počty pacientů s poruchami polykání, kteří jsou u respondentů zařazeni do logopedické péče. Nejčastěji mají respondenti v péči do pěti klientů s poruchami polykání (64 %), počet od šesti do deseti pacientů uvádí 16 % odpovídajících. U více než deseti pacientů s poruchami polykání zajišťuje logopedickou intervenci 20 % respondentů.



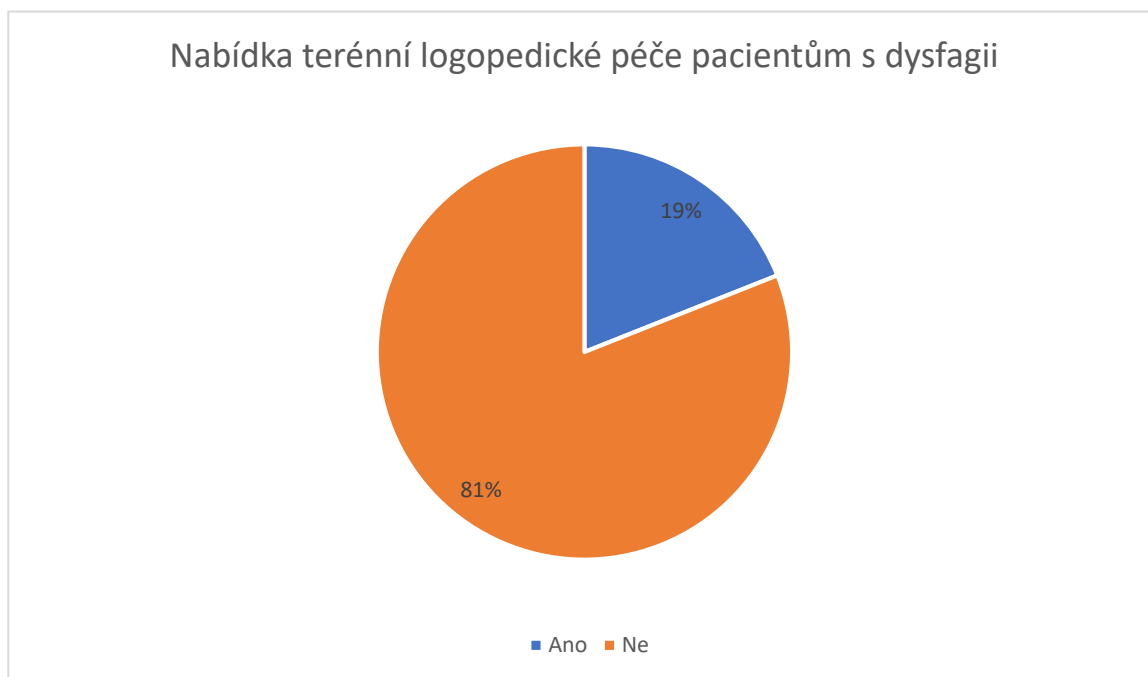
Graf 8 Aktuální počet pacientů zařazených do logopedické intervence

Následující otázka se zaměřovala na zkušenost respondentů s nárůstem možné poptávky po logopedické péči u pacientů s dysfagií. 98 % respondentů odpovědělo, že nárůst poptávky z řad těchto pacientů a jejich rodinných příslušníků vnímá, pouze 2 % nárůst nezaznamenala.



Graf 9 Nárůst poptávky po logopedické péči u poruch polykání

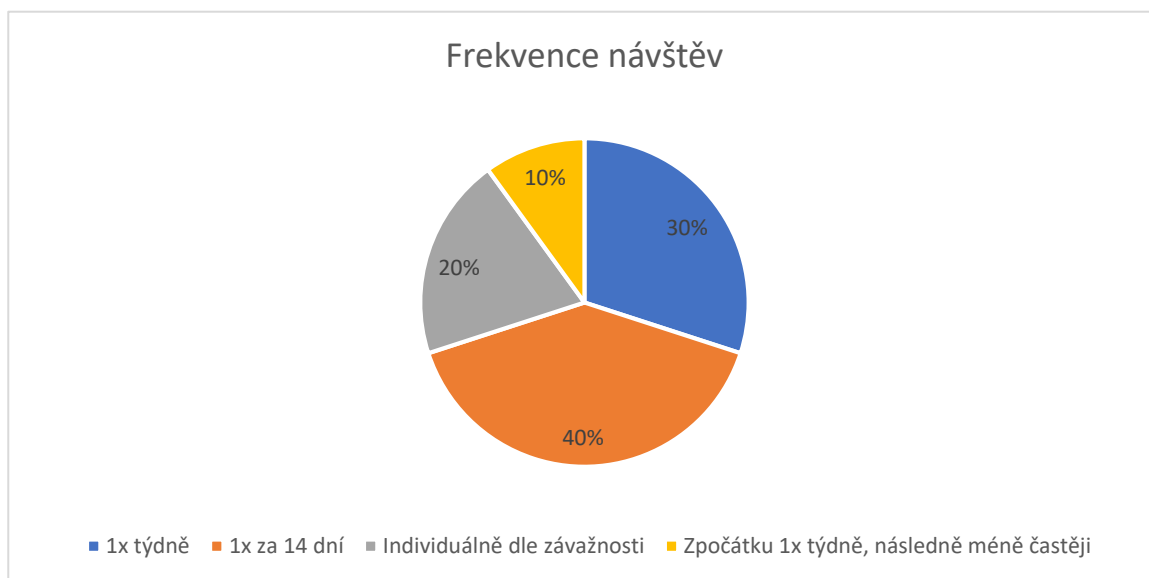
Tato otázka se zaměřovala na zjištění, zdali dotazovaní poskytují svým pacientům s dysfagií i terénní logopedickou péči. Dotazník ukázal, že většina (81 %) tuto možnost nenabízí. 19 % respondentů ale uvedlo, že tuto službu pacientům s dysfagií v rámci svého portfolia logopedické intervence umožňuje využít.



Graf 10 Nabídka terénní logopedické péče pacientům s dysfagií

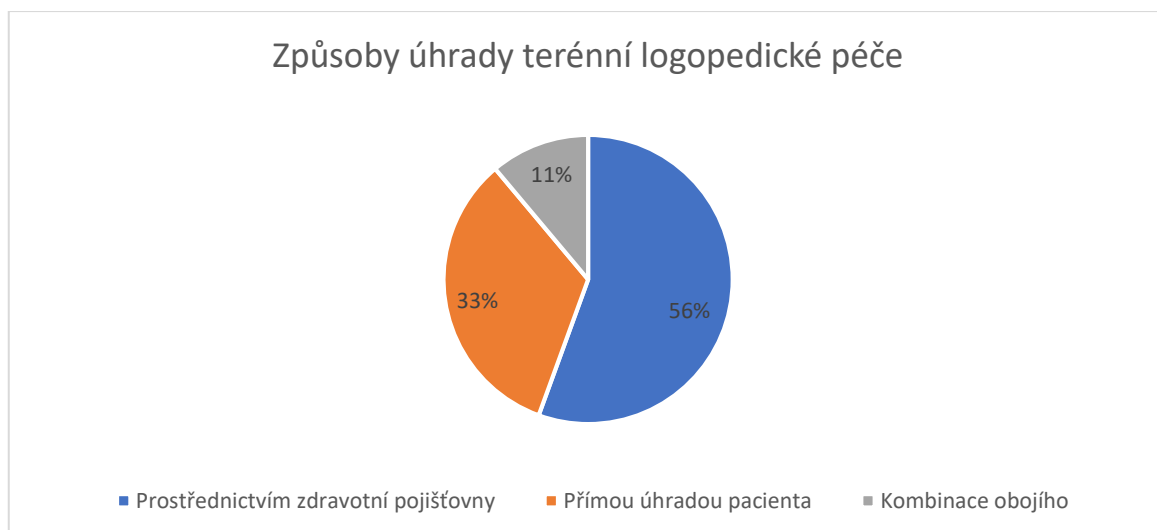
4.3.3 Část dotazníku určená respondentům poskytujícím terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií

První otázka této části si kladla za cíl zjistit, s jakou frekvencí realizují kliničtí logopedi terénní logopedickou péči u klientů s dysfagií v rámci logopedické intervence. Nabízeny byly varianty s četností 1x týdně, 1x za 14 dní a 1x měsíčně, současně s prostorem pro doplnění vlastní odpovědi. 30 % respondentů dojíždí za klienty 1x týdně, 40 % pak volí variantu návštěv 1x během 14 dní. 20 % odpovídajících uvedlo, že frekvenci návštěv zvažuje vždy individuálně dle závažnosti a aktuálního stavu pacienta. 10 % volí vyšší frekvenci v úvodu intervence (1x týdně, a následně méně často dle potřeb klienta).



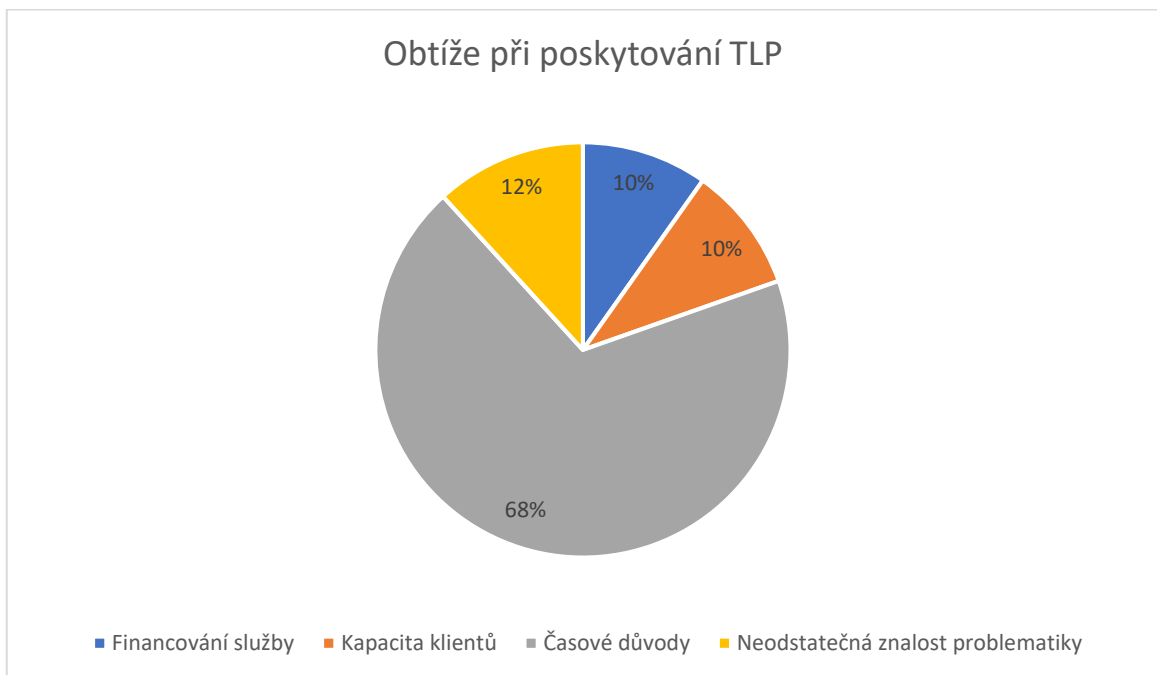
Graf 11 Frekvence návštěv

Tato položka dotazníku se zaměřovala na zjištění, jakým způsobem probíhá úhrada terénní logopedické péče klinickým logopedům. Otázka byla koncipována jako otevřená. Většina respondentů (67 %) uvedla, že úhrada probíhá prostřednictvím smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou. 25 % respondentů vyplnilo, že využívají možnosti přímé finanční úhrady ze strany svých pacientů. 8 % dotázaných pak uvedlo, že k úhradě využívá kombinaci obojího, tedy jak přímého finančního podílu na straně pacienta, tak i úhrady ze zdravotního pojištění.



Graf 12 Způsoby úhrady terénní logopedické péče

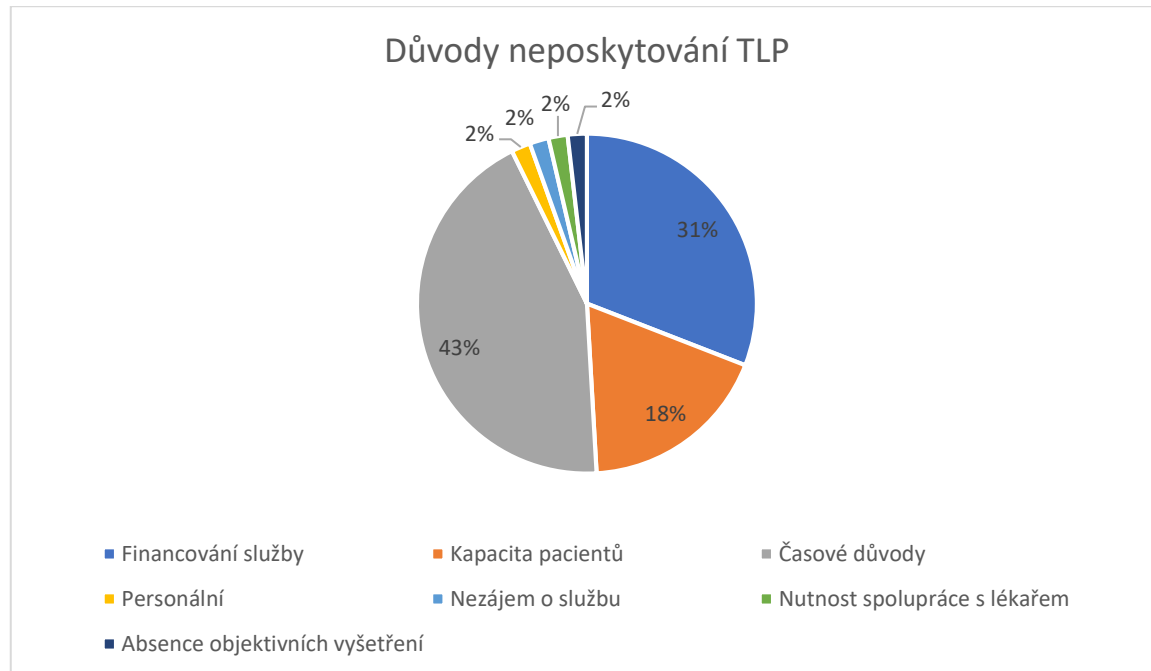
Třetí otázka této části směřovala ke zjišťování obtíží, se kterými se kliničtí logopedové mohou při poskytování terénní logopedické péče setkávat, a která ovlivňují možnosti jejich terénní logopedické intervence. Otázka nabízela konkrétní možnosti, ale dávala i prostor pro doplnění samostatné odpovědi. Nejrozšířenější odpovědi (68 %) byly časové důvody na straně respondentů vzhledem k jejich pracovnímu zatížení v rámci ambulantní péče. S 12 % následuje nedostatečná znalost problematiky dysfagie, případně konkrétních možností intervence u těchto klientů. Shodně (po 10 %) se vyskytovaly kapacitní důvody nabízené terénní logopedické péče, a také způsob, jakým je financována.



Graf 13 Obtíže při poskytování TLP

4.3.4 Část dotazníku určená respondentům, kteří svým pacientům s dysfagií nenabízejí možnost terénní logopedické péče

První otázka této části směřovala ke zjištění, z jakých důvodů nenabízí respondenti v rámci portfolia svých služeb terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií. Otázka byla koncipována jako otevřená s možností doplnění vlastní odpovědi. Primárním důvodem neposkytování TLP jsou dle zjištění časové důvody na straně respondentů (43 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo problematické financování TLP, které jako překážku poskytování uvádí 31 % respondentů. Nezanedbatelné množství (18 %) uvedlo, že službu neposkytují z kapacitních důvodů. Individuálněji se pak jeví odpovědi, které někteří z respondentů uvedli. Jde o nezáměr pacientů o tuto službu (2 %), absence možnosti objektivních vyšetření pacientů (2 %) a nutnou spolupráci s lékařem (2 %). Taktéž 2 % dotázaných uvedla, že TLP neposkytuje z personálních důvodů.

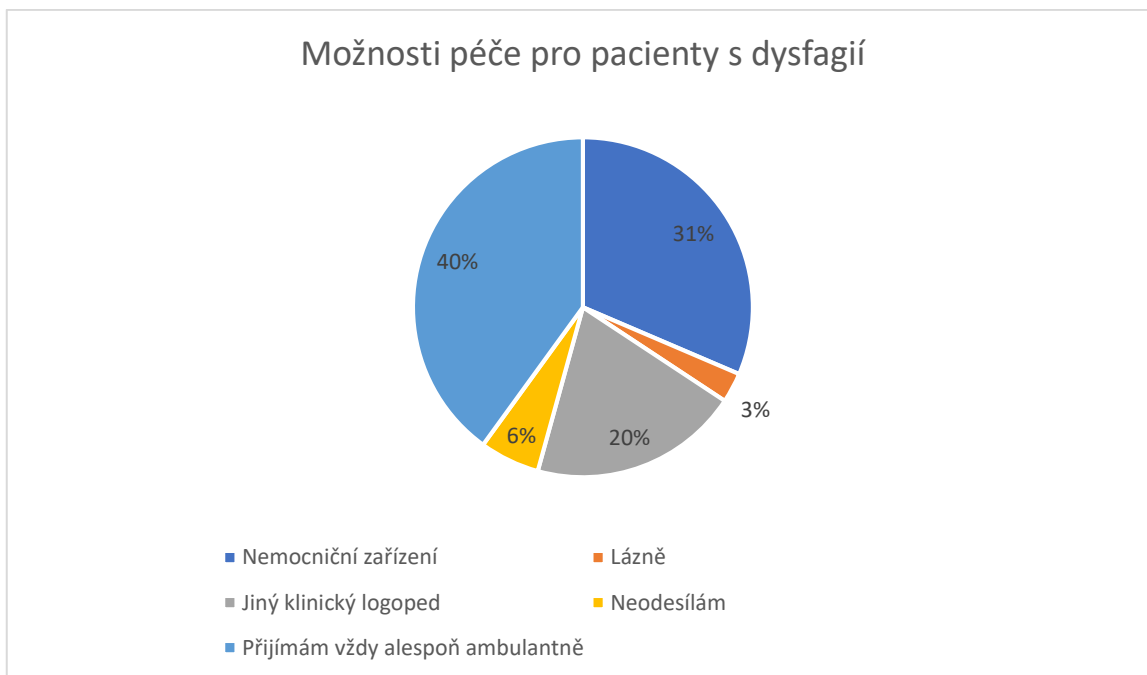


Graf 14 Důvody neposkytování TLP

Následující otázka směřovala na zjištění možností, na něž respondenti pacienti s dysfagií odkazují, pokud je nemohou přijmout do své péče. Otázka byla koncipována jako otevřená s možností vlastní odpovědi. Převážná část (55 %) respondentů uvedla možnost péče v nemocničních zařízeních. 40 % respondentů uvedlo, že přestože nemohou pacientům s poruchami polykání nabídnout terénní logopedickou péči, snaží se o jejich maximální přijetí ambulantní cestou, aby nedocházelo ke snižování dostupnosti péče. 35 % respondentů uvedlo, že by pacienta odkázalo na své kolegy, kteří mají s problematikou poruch polykání větší zkušenosti nebo přímo terénní logopedickou péči nabízí. 6 % dotázaných pak zodpovědělo, že pacienty neodesílá, uvedeným důvodem bylo jednak to, že nebyli osloveni pacientem s poruchami polykání, ale i to, že respondent ve svém okolí nezná klinického logopeda, který by nabízel terénní logopedickou péči těmto pacientům a měl pro toto dostatečné vzdělání. 3 % respondentů uvedla, že pacienty odkazují do lázeňských zařízení s odpovídající péčí.

V rámci odpovědí směřujících k možnému odkazování pacientů na nemocniční pracoviště byla uvedena respondenty konkrétně tato zařízení:

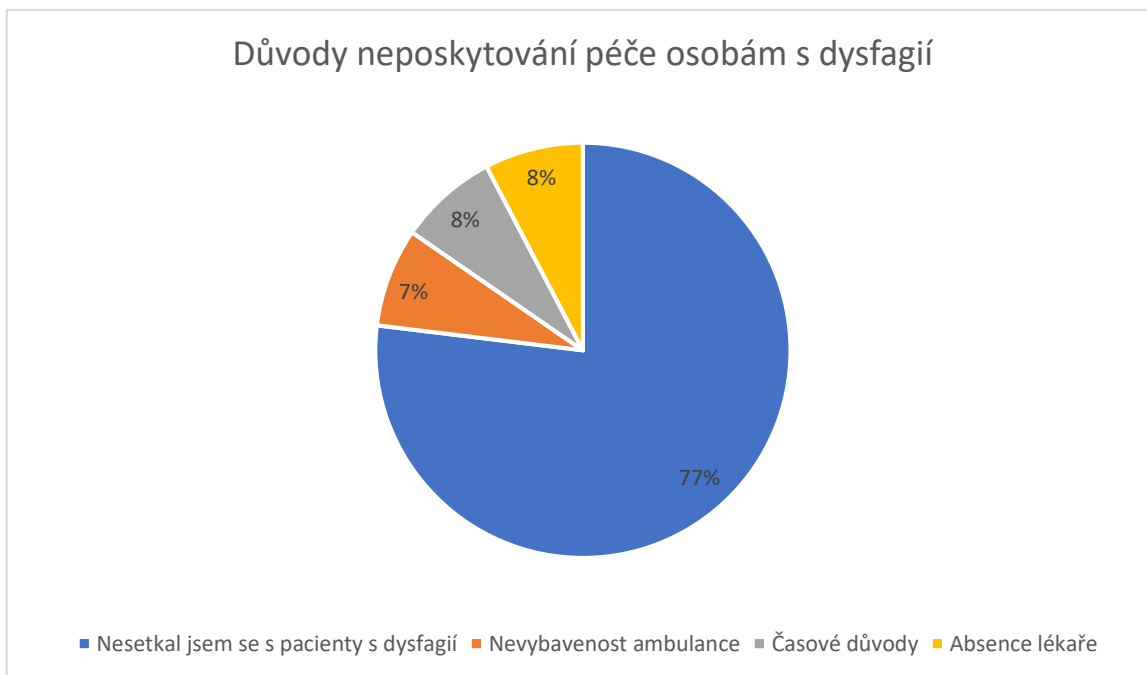
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice Brno Bohunice – Mgr. Lasotová
- Thomayerova nemocnice Praha
- Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Fakultní nemocnice Praha Motol
- Všeobecná fakultní nemocnice Praha
- Poradna pro poruchy polykání v Hradci Králové
- Specializovaná poradna pro pacienty s poruchami polykání – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady



Graf 15 Možnosti péče pro pacienty s dysfagií

4.3.5 Část dotazníku určená respondentům, kteří neposkytují logopedickou péči osobám s dysfagií

První otázka této části byla cílena na zjištění důvodu neposkytování logopedické intervence u osob s poruchami polykání. 76 % z těchto respondentů uvedlo, že se nikdy nesetkali s tím, že by je oslovil pacient s poruchou polykání, tudíž této problematice nemuseli ve své aktivní praxi věnovat pozornost. Převážná shoda v odpovědích panovala zejména v tom, že k tomuto dochází z důvodu zachycení těchto pacientů v nemocničních zařízeních, případně v poskytování této péče v nemocničních ambulancích. Jeden z respondentů zmínil i fungování speciálně zaměřené ambulance při rehabilitačním oddělení. Se 7 % se vyskytovaly odpovědi reflektující nedostatečné vybavení ambulance, také časové důvody na straně klinického logopeda (8 %). Na 8% hranici se objevuje reakce zmiňující absenci lékaře v ambulanci klinického logopeda, což respondent uvedl jako nebezpečné vzhledem k tomu, že v rámci intervence může u pacienta dojít k dušení.

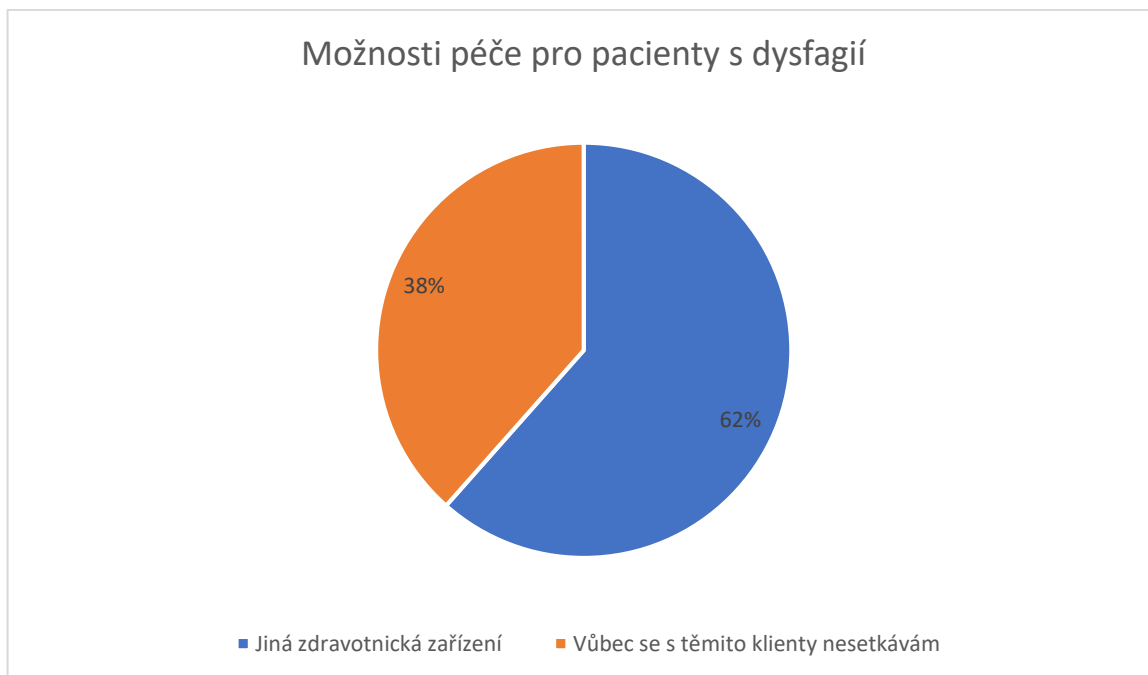


Graf 16 Důvody neposkytování péče osobám s dysfagií

Druhá otázka směřovala ke zjištění, kam případně respondenti odkazují pacienty s dysfagií, pokud je nemohou přijmout do své péče. Otázka byla koncipována jako otevřená s možností doplnění vlastní odpovědi. 38 % respondentů uvedlo, že se s těmito klienty nesetkávají, tudíž je nikam neodkazují, případnou alternativu pro případ tohoto klienta neuvedli. 62 % respondentů shodně uvedlo jiná zdravotnická zařízení, převážně nemocnice, nemocnice s poliklinikou, foniatrické a ORL kliniky.

Konkrétně se v odpovědích objevila tato zařízení:

- Fakultní nemocnice Olomouc
- Poradna pro poruchy polykání při Nemocnici Pardubice
- Foniatrická klinika v Praha 2



Graf 17 Možnosti péče pro pacienty s dysfagií

4.4 Rozhovory s klinickými logopedy

Po proběhlém dotazníkovém šetření následovaly rozhovory s klinickými logopedy, kteří terénní logopedickou péči u klientů s dysfagií poskytují. Ve třech případech šlo o logopedky pracující v soukromé logopedické ambulanci (Informant 1, 2, 4). V jednom případě o logopedku s úvazkem v nemocničním zařízení i logopedické ambulanci (Informant 3). Informant 5 se s klienty s dysfagií setkává v rámci svého aktivního zapojení do činnosti Klubu afázie.

Doba, po kterou oslovení logopedové poskytují terénní logopedickou péči osobám s dysfagií je rozdílná, odvisí zejména od délky jejich praxe, ale také toho, jak se setkávali s poptávkou po této službě, případně i dle toho, zdali terénní logopedickou péči pacientům nabízeli jejich zaměstnavatel. „*Já sama dojíždím za klienty od 90. let, takže už určitě skoro 25 roků, začala jsem ještě v době, kdy jsem svou ambulanci neměla, ale pracovala jsem částečně v nemocnici i ambulanci*“ (Informant 1). „*Terénní logopedickou péči nabízím svým klientům s dysfagií asi 10 let.*“ (Informant 4).

„Teprve krátce, bude to druhým rokem, co jsem se pro nabízení terénní logopedické péče rozhodla.“ (Informant 2). „Terénní péči pacientům s dysfagiemi poskytují asi 3. rok.“ (Informant 3).

Převážná většina oslovených se shoduje na tom, že k zařazení TLP do portfolia jimi nabízené logopedické péče stojí zejména zvýšená poptávka po odborné logopedické intervenci ze strany imobilních klientů a jejich rodin, stejně tak na odborném pohledu, kdy dle jejich slov chybí jakási kontinuita péče po propuštění z nemocničních zařízení. „Velmi často jsem se v praxi setkávala s tím, že mnoho pacientů přicházejících z nemocničního prostředí nemůže osobně docházet do logopedické ambulance z důvodu imobility. Motivace tedy byla, aby pokračovala péče, aby byla nějaká její následnost, kontinuita.“ (Informant 2). „U mě to bylo hlavně z důvodu následné péče o tyto pacienty, se kterými jsem se setkávala v nemocnici, a vnímala jsem, že potom, co budou propuštěni do domácího prostředí, pravděpodobně nebudou moci docházet do ambulance a logopedická péče pro ně bude nedostupná.“ (Informant 1). „Já pracuji převážně s dospělými a seniory, kteří pak odcházejí například do domovů pro seniory, a tam přicházejí o logopedickou péči, takže pokud mi odchází pacient, u něhož není dokončená terapie dysfagie, tak se snažím spojit s těmito domovy nebo rodinami pacientů, a pokud je zájem, tak jsem s nimi v kontaktu.“ (Informant 3). „U mě to byli zejména klienti s amyotrofickou laterální sklerózou, kteří byli imobilní, upoutaní na lůžko“ (Informant 4).

Hlavním faktorem, který ovlivňuje možnosti klinických logopedů v počtu přijatých klientů do terénní logopedické péče, ale i to, kam jsou ochotni za pacienty dojíždět, je bezpochyby časové hledisko, ale i možnosti úhrady, kdy jedna z informantek uvádí, že TLP poskytuje ve svém volném čase a zdarma. Veskrze se ale shodují na tom, že jejich možnosti dojíždět za klienty jsou v rámci desítek kilometrů „Aktuálně mám ve své péči 2 klienty, více pacientům bych musela přizpůsobit svou práci v ambulanci. Ochotná jsem dojíždět až 30 kilometrů“ (Informant 2). „Pouze v rámci Prahy, maximálně do 45 minut jízdy.“ (Informant 5). „Dojíždím za klienty v průměru do 20 kilometrů, nejdále až 40 kilometrů.“ (Informant 4). „V tuto chvíli dojíždím za třemi pacienty, u všech je naše spolupráce nepravidelná, dle jejich potřeby. Limit přijatých pacientů a ani toho, kam dojíždím přesně nastavený nemám, pokud to časově zvládám, snažím se vyjít co nejvíce vstříc.“ (Informant 1). „Největší limit je čas, kterého mám málo, takže redukuji počty klientů, aktuálně mám 3 pacienty, dojíždím k nim nepravidelně.“

Nejvzdálenější pacient bydlí 25-30 kilometrů, což je i můj limit, protože jen dojíždění mi zabere minimálně půl hodiny. Na svém limitu jsem i v počtu pacientů, mohla bych přijmout maximálně jednoho dalšího s nepravidelným dojížděním.“ (Informant 3).

Ve vnímání a zkušenostech s nárůstem poptávky po terénní logopedické péči určené klientům s dysfagií se informanti převážně shodují na tom, že poptávka významně převyšuje nabídku této formy služby, přestože povědomí o ní není zatím dostatečně rozšířené, nebo naopak u pacientů a jejich rodin přetrvává zkušenost s jejím nedostatečným zajištěním. Proto by dle jejich slov bylo na místě explicitně terénní logopedickou péči ukotvit v systému nabízené logopedické péče. Shoda veskrze panovala také v tom, že se informanti domnívají, že pacientů, u kterých by byla indikace TLP zcela na místě, bude do budoucna přibývat. „*To určitě, určitě. Vnímám ale, že nás příliš neoslovují pacienti a jejich rodiny, protože vědí, že terénní péče moc není, ale myslím si, že kdyby tato služba oficiálně existovala, a byla rozšířená, že by poptávka ještě více rostla. Ve společnosti je řada pacientů s dysfagií, kteří jsou ladem. Celkově si myslím, že bude narůstat počet pacientů s neurogenními poruchami v domácím prostředí.*“ (Informant 3). „*Mnoho rodin netuší o těchto možnostech, v poslední době ale poptávka narůstá i za cenu zaplacení odborníků cash, protože preferují individuální přístup.*“ (Informant 2). „*Ano, zcela určitě to vnímám, že tento zájem roste, ale není dostatečné zabezpečení této služby, nevím o žádné své kolegyni, která by ji také poskytovala. Současně s tím, jak situaci vnímám, tak si myslím, že do budoucna bude této služby potřeba čím dál tím víc, protože pacientů bude přibývat*“ (Informant 1). Informant 4 vyjádřil názor o tom, že v regionu, ve kterém působí, je situace v kontextu nabídky a poptávky po TLP přiměřená.

Ve vztahu k požadavkům pro vstup pacienta do terénní logopedické péče se povětšinou informanti shodují na několika specifických jednak na straně pacienta, tak i jejich rodinného prostředí. „*Zajímají mě určitě propouštěcí zprávy z nemocnice, také anamnestické údaje, ale i to, jaké bere pacient léky, protože i to může určitým způsobem terapii ovlivňovat.*“ (Informant 1). „*Pro mě je to stav vědomí pacienta, který výrazně ovlivňuje a limituje péči.*“ (Informant 4). Opět ale informanti primárně zmiňují volnou kapacitu TLP na své straně a přiměřenou vzdálenost k dojíždění za klientem „*Pro mě je to určitě aktuální volná kapacita a to, jak daleko mohu dojíždět. Na straně pacienta pak rozhodně zdravotní stav, který mu neumožňuje dojíždět do ambulance.*“ (Informant 2).

Objevil se i názor, kdy Informant 3 nemá specifické nároky pro vstup pacientů do péče, zřetel je ale brán na pacienty imobilní. „*Přednost má určitě pacient, který je imobilní, nedostane se do ambulance, jinak podmínkou není ani stav kognice, ani ničeho jiného.*“ „*Nemám žádné požadavky, je to o tom, koho mi doporučí zaměstnavatel.*“ (Informant 5). Někteří oslovení vnímají také jako důležitou podmínku spolupráci rodiny a jejího přístupu k terapii jejich rodinného člena. „*Já jako základ celé péče považuji spolupracující rodinu.*“ (Informant 4). „*Vnímám jako důležité, aby se rodina chtěla zapojit, aby spolupracovala, protože pokud to tak není, logoped během své návštěvy může významně pomoci, pokud ale rodina dále s pacientem nepracuje, je to o ničem.*“ (Informant 1). „*Zohledňuji i motivaci, chuť spolupracovat nejen na straně pacienta, ale i jeho rodiny.*“ (Informant 2).

Terénní logopedická péče u pacientů s dysfagií s sebou přináší jisté výhody, které logopedická intervence probíhající v ambulantním prostředí nemůže nabídnout. Ze slov logopedů vyplynulo, že jde především o pohodovější psychické nastavení klienta, což přispívá k podpoře terapie. Lépe se také respektují individuální předpoklady na straně klienta, jsou tak naplněny jeho primární potřeby, kterých je intervence nadstavbou. „*Pro mě je to určitě lepší psychická pohoda pacienta, já jsem oblečená v civilu, pacient je ve známém prostředí, cítí se bezpečněji, můžeme také pracovat v zahradě u domu, pokud pacient nežije v bytě. Snáze se taky terapie přizpůsobuje biorytmu, domácímu režimu a momentálnímu stavu pacienta a mohu volit více individuální přístup. Výhodná a důležitá je pro mě taky užší spolupráce s rodinou, kdy jim mohu vše prakticky ukázat, ale i s dalšími odborníky, neurologem, fyzioterapeutem, pečovatelkou.*“ (Informant 2). Pacient a jeho rodina také nejsou pod tlakem z obavy nad tím, jak se do ambulance dostaví, odpadá na jejich straně také časová limitace. „*Jako nejzásadnější vnímám, že je to pro pacienta péče v jeho prostředí, bez stresu s dopravou a limitací časem.*“ (Informant 4).

Pro imobilní, hůře pohyblivé nebo pacienty ohrožené infekcemi nabízí domácí logopedická péče často jedinou variantu, jak na zabezpečení této intervence dosáhnout. Výhodu představuje i možná instruktáž pečujících pro podporu péče. „*Řada pacientů s dysfagií je opravdu hůře pohyblivých a má další, třeba neurologické deficity nebo jsou to onkologičtí pacienti náchylní k infekcím, takže pro ně je rizikovější docházet do ambulance plné pacientů, proto je TLP minimálně z těchto důvodů výhodnější. Pak jsou tam také rodinní příslušníci, které mohu přímo instruovat.*“ (Informant 3).

Zmiňovanou výhodou je i sociální aspekt terénní péče, který je zcela nezanedbatelný, zvláště u klientely seniorského věku. Návštěva logopeda posiluje motivaci k terapii, ale také společenskému kontaktu. *„Těch výhod je tam podle mě mnoho, od toho, že klient nemusí dojíždět do ambulance, přes přirozenost prostředí, ve kterém terapie probíhá. Já sama ale vnímám také velký faktor motivace, zvláště u pacientů seniorského věku – někdo za nimi přijede, musí se nachystat. Což se vlastně pojí i s tím, že mnohdy vnímají terapii i jako jakousi společenskou událost, je tam ten sociální faktor.“* (Informant 1).

Přestože pokládaná otázka směřovala primárně k výhodám terénní logopedické péče, některé z logopedek se spontánně zmínily i o nevýhodách, které se dotýkaly financování služby. *„Naopak problémem je určitě úhrada, v rámci pojišťovny můžeme nějaký kód vykázat, ale absolutně to nepokrývá výdaje, hlavně s cestováním.“* (Informant 1). *„Důležitý faktor jsou finance, pokud vím, v České republice zatím pojišťovny TLP nehradí, respektive velmi omezeně, jako docházení na terapie do domácího prostředí, nějaký kód na to je, ale málokdo ho má nasmlouvaný, přesto to nepokryje náklady. Víím o tom, že řada kolegyně tuto službu vůbec neposkytuje z finančních důvodů, protože si vydělají mnohem víc ambulantní péčí.“* (Informant 3).

Je zcela nepochybné, že terénní logopedická péče a její poskytování u osob s dysfagií má svá specifika jak na straně pacienta, tak i logopeda, který musí přizpůsobit svou přípravu a celkovou terapii mnoha okolnostem a specifickým podmínkám. Zmiňované se týkalo například provozních specifik TLP. *„Nejdůležitější je si důkladně promyslet krok po kroku, jak ten den terapii zamýšlím, abych s sebou měla veškeré pomůcky, materiály, není to jako v ambulanci, že sáhnu do šuplíku a mám vše po ruce.“* (Informant 1). *„Je to určitě náročnější na přípravu, je nutné se pečlivěji připravit, mít opravdu nějaký kufřík toho, co potřebuji ke své práci, abych mohla opravdu zareagovat na něco nečekaného, protože pacient i terapie se v průběhu vyvíjí. Terapie je také zpravidla delší než v rámci ambulantní péče.“* (Informant 3). *„U těžších pacientů je doba terapie určitě delší než v rámci ambulance, minimálně cca hodinu dle aktuálního stavu pacienta.“* (Informant 2). Z provozního hlediska se objevovaly i reakce na specifčnost prostředí, ve kterém logopedická péče probíhá, což s sebou přináší po realizační stránce terapie odlišné možnosti než v rámci ambulantního prostředí. *„Daleko lépe se mi pracuje s prostředím v místnosti, ať už jde například o nastavení světla, přesuny lůžka, pokud je pacient imobilní.“*

Když je to možné, ráda pracuji také ve venkovním prostředí, na zahradě, kam si pacienta přesunu na vozíku nebo speciálním kočáře. U některých pacientů je také možné využít domácích mazlíčků, jako podpory terapie.“ (Informant 2).

Často bylo informanty zmiňováno specifikum autenticity prostředí, ve kterém se terapie odehrává. Tím, že je pacientovi a jeho rodině blízké, může být významným pozitivním faktorem terapie, poskytnout logopedovi podněty pro uskutečnění terapie, které mohou být v ambulantním prostředí hůře dosažitelné. *„Jako specifikum vnímám určité přirozenost díky tomu, že logopedická péče probíhá u klienta doma. Můžu tak přímo reagovat na podněty a konkrétní situace, sleduji to, jak rodina funguje, tohle v ambulantním prostředí nenamodelujete.“ (Informant 1).* *„Můžete nastavit terapii přímo pro příbuzné, vidíte, jak to tam probíhá, co mu dávají jíst, jak vypadá pití, jak jej doma napolohují, to v ordinaci nenasimulujete, tam si přinesou jen něco, ale takhle najednou vidíte, že tam má pacient oříšky, čokoládu... Reagujete a nastavujete tak terapii ještě přesněji“ (Informant 3).*

Někteří z informantů v rámci rozhovoru reflektovali i to, že v rámci terénní logopedické péče často dochází k navázání osobnějších, byť stále profesionálních vztahů, je tedy nutné umět si nastavit hranice těchto kontaktů. *„Někdy, zvláště u seniorů, kteří žijí sami, dojde k tomu, že se na nás až příliš upnou. Často se s tím setkávám i u rodinných příslušníků, tím, že vstupují do jejich osobního prostoru, mají silnou potřebu se mnou sdílet veškeré starosti v péči o pacienta, ale člověk si musí udržet laskavý, ale profesionální odstup.“ (Informant 1).* *„Je tam i psychologický aspekt, rodina potřebuje sdílet starosti, je potřeba jim věnovat čas ještě nad rámec. Mám pár pacientů, se kterými mě čeká dlouhodobá spolupráce, pak už je ten vztah navázaný, a už se úplně neumíme rozloučit.“ (Informant 3).*

V otázce délky poskytované TLP u pacientů se informanti veskrze shodují na zcela individuálním nastavení docházení ke klientovi, dle jeho potřeb a základní diagnózy, někteří ale současně připojují, že v případě některých klientů se jedná o opravdu dlouhodobou spolupráci v rádech let. *„Já osobně mám délku logopedické péče nastavenou naprosto individuálně. Záleží na rozsahu postižení, schopnostech a možnostech pacienta, motivovanosti a spolupráci jak pacienta, tak rodin.“ (Informant 2).* *„V případě mých pacientů je to mnohdy opravdu dlouho, určitě několik let, nejdéle jsem měla v péči klientku 5-6 let. Moje spolupráce s klienty končí bohužel v některých případech jejich úmrtím, někdy ji i ukončím já, pokud je stav pacienta stabilizovaný nebo je péče adekvátně nahrazena, doplněna třeba i o jiné formy terapie.“ (Informant 1).*

„Je to různé, mám pacienty převážně seniorského věku, kteří zůstávají, dokud se nám nepodaří zrehabilitovat polykání, ale často u nich přetrvávají rezidua, proto je naše další spolupráce nepravidelná, ale dlouhodobá v horizontu let.“ (Informant 3).

Závěr rozhovoru se týkal úvah a možností klinických logopedů ještě rozšířit nabízenou terénní logopedickou péči u pacientů s poruchami polykání, případně jejich nápadů v této oblasti. Opět většina z nich narážela na časová omezení vzhledem k ambulantním úkonům, které je omezují v rozšíření počtu přijímaných klientů do této péče. *„Ne, rozhodně aktuálně neplánuji rozšíření této služby, mám zcela naplněnou kapacitu.“ (Informant 4). „Zatím ne, hlavně z časových důvodů.“ (Informant 5). „V současné, ale ani nejbližší době ne, nemám pro to kapacitní a ani časové možnosti. Určitě by bylo dobré, kdybychom se mohli jako kliničtí logopedové zaměřovat zcela specificky na terénní péči, to ale aktuálně s ohledem na povinnosti v ambulanci není možné“ (Informant 1). „Přemyslím o tom, vše ale bude do budoucna záležet na poptávce po této službě ze strany pacientů, ale zejména na možnostech kapacity mé logopedické ambulance.“ (Informant 2).* Jedna z informantek hovořila i o své úvaze směrem k proškolení pečujícího personálu, poznamenala ale, že zde naráží i na formální limity k možnému uskutečnění tohoto projektu. *„V nejbližší době určitě ne, protože jsme hodně zaneprázdněná. Do budoucna si umím představit snížení svého pracovního úvazku v nemocničním prostředí, abych se mohla třeba celý den v týdnu věnovat terénní péči, protože si myslím, že vývoj situace k tomu spěje a bude potřeba transformovat systém poskytování logopedické péče. Ráda bych se v budoucnu také zapojila do proškolení přímých pečujících pracovníků o tyto pacienty, což si myslím, že velmi chybí, a zvláště u dysfagie by to bylo velmi potřebné. K tomu jsou ale potřeba hlavně časové možnosti, ale také určité manažerské schopnosti, třeba i zisk grantu.“ (Informant 3).*

4.5 Diskuze

Výzkumné šetření diplomové práce se zabývalo poskytováním terénní logopedické péče u osob s dysfagií v rámci České republiky. Toto šetření probíhalo ve dvou fázích, jako první byl elektronicky rozeslán dotazník klinickým logopedům, na ten pak navazovaly rozhovory s logopedy, kteří tuto formu služby nabízejí. K šetření za využití dotazníku byli zvoleni logopedi na základě adresáře Asociace klinických logopedů představujícího přehled logopedických pracovišť dělený dle krajů. Dále byla oslovena nezisková pracoviště uvádějící na svých webových stránkách nabídku logopedické péče.

Výsledky výzkumného šetření nelze zobecnit vzhledem k procentuálně nižší návratnosti dotazníků. Na druhou stranu téma diplomové práce se zabývá specifickou problematikou, která v rámci České republiky není zatím příliš rozšířená a její působnost je omezená. Nižší návratnost dotazníků mohla být mimo výše uvedené částečně také ovlivněna epidemiologickou situací, kdy byl po určitou dobu provoz logopedických ambulancí omezen.

Přesto byla snaha o celistvé zachycení problematiky, zvláště v prováděných rozhovorech, aby byl co nejreálněji zachycen pohled na poskytování této služby na našem území.

Výsledky výzkumného šetření potvrdily očekávání praktické části práce.

Předpoklad, že procento klinických logopedů, kteří poskytují terénní péči u pacientů s dysfagií, je nižší než těch, kteří tuto péči poskytují, byl naplněn, i s ohledem na specifickou diagnózu poruch polykání. Na druhou stranu bylo zjištěno, že mezi respondenty panuje převážná shoda o tom, že pacientů s dysfagií přibývá. Studie „Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly“ z roku 2010, autorky Laiy Rofese a kol. hovoří o tom, že lze očekávat další nárůst počtu pacientů s dysfagií, zejména u seniorů, vzhledem ke stárnutí populace ve vyspělých státech. Bourse a kol. (2009) současně hovoří o tom, že dysfagie není jen samostatně uváděnou diagnózou, ale navíc doprovází celou řadu jiných onemocnění, zejména neurologických a otorhinolaryngologických.

V rámci šetření jsme zaznamenali i některé překvapivé odpovědi respondentů, například, že se s pacientem s dysfagií ve své profesní praxi nesetkali, ale i to, že daný respondent terénní logopedickou péči poskytuje, nepřeje si ale, aby na něj byl uveden kontakt.

Milým překvapením pak byl zájem mnohých logopedů, kteří, byť terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií nenabízejí, mají zájem o zaslání hotové diplomové práce, stejně tak pozitivní zpětná vazba některých oslovených respondentů směrem k volbě tématu, které v kontextu toho, s čím se ve své praxi setkávají, považují za přínosné. Někteří z logopedů se v rámci dotazníkového šetření vyjádřili, že o nedostupnosti této služby vědí, není ale v jejich silách ji adekvátně zabezpečit, proto se v rámci nesnižování dostupnosti péče snaží o maximálně dostupnost alespoň ambulantní intervence pro tyto pacienty. Přestože předkládaný seznam klinických logopedů, kteří specificky zajišťují terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií není příliš obsáhlý, poskytuje alespoň některé cenné kontakty na logopedy, kteří nám udělili souhlas se zveřejněním jejich kontaktu.

Vnímáme toto jako přínosné, i s ohledem na možnost získání informací, neboť tito logopedi evidentně problematice poruch polykání věnují zvýšenou pozornost.

Diplomová práce přináší do popředí možnost logopedické intervence, která je zejména v zahraničí (typicky například ve Spojených státech amerických), jednou z frekventovaných možností péče. V našem prostředí je stále ještě spíše nedostupnou variantou, přestože potenciálních klientů, ať už vzhledem k pokrokům v oblasti diagnostiky, ale i stárnutí populace, přibývá. Dysfagie není jen samostatnou diagnostickou jednotkou, pojí se i s mnohými jinými onemocněními, tudíž potenciálních klientů, pro něž je možnost dopravy do logopedické ambulance značně omezená nebo nemožná, proto je pak pro ně dostupnost logopedické péče nereálná, přibývá.

S přihlédnutím ke všem hlediskům se jeví jako nutná k úvaze jistá restrukturalizace logopedické péče v zájmu jednak logopedů, ale zejména klientů, která by reflektovala potřebnost zařazení terénní logopedické péče jako právoplatné součásti nabízené logopedické intervence.

4.6 Závěry výzkumného šetření a doporučení pro logopedickou praxi

Zaměřením výzkumného šetření této diplomové práce bylo poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií v rámci České republiky. Výzkumné šetření bylo provedeno za využití smíšeného designu výzkumu. Jako výzkumné metody byly zvoleny dotazník společně s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat poskytování TLP u dysfagiologických pacientů na našem území. V rámci proběhlého výzkumného šetření byly naplněny předem stanovené dílčí cíle promítnuté a formulované do výzkumných otázek. Dále byly v návaznosti na výzkumné cíle práce stanoveny výzkumné předpoklady.

Na základě proběhlého výzkumného šetření a analýzy získaných dat o terénní logopedické péči u osob s dysfagií mohou být výše uvedené výzkumné otázky zodpovězeny a výzkumné předpoklady ověřeny.

Výzkumný předpoklad č. 1: Procento logopedů, kteří poskytují terénní logopedickou péči u osob s dysfagií, bude nižší než procento logopedů, kteří tuto péči neposkytují.

Z proběhlého výzkumného šetření vyplynulo, že pouze 19 % respondentů, kteří mají ve své péči pacienty s dysfagií, terénní logopedickou péči nabízí. Převážná většina, tedy 81 % respondentů, tuto formu logopedické intervence neposkytuje.

Výzkumný předpoklad byl potvrzen.

Výzkumný předpoklad č. 2: Nejčastějším důvodem neposkytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií je nedostatečné finanční zajištění této služby.

V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastěji uvedeným důvodem (43 %) pro neposkytování terénní logopedické péče osobám s dysfagií, jsou nedostatečné časové možnosti na straně klinických logopedů, zejména s ohledem na pracovní vytížení v rámci ambulantní a lůžkové péče. Současně 68 % respondentů, kteří terénní logopedickou péči nabízejí, vnímají jako bariéru jejímu poskytování právě časové možnosti.

Z logopedů, kteří terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií poskytují, 10 % uvedlo, že jako limitující pro její výkon vnímají právě financování této služby.

Respondenti, kteří TLP zahrnutou do portfolia svých služeb nemají, uvedli, že nedostatečné zajištění financování této formy intervence vnímají jako sekundárně zatěžující (31 %).

Výzkumný předpoklad nebyl na daném výzkumném vzorku potvrzen.

Výzkumná otázka číslo 1: Zvyšuje se poptávka po logopedické péči mezi klienty s poruchami polykání?

Naprostá většina respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření vnímá jednak nárůst počtu pacientů s dysfagií, ale i s tím související nárůst poptávky po komplexní erudované péči o tyto pacienty. V rámci šetření se objevili i respondenti, kteří s klientelou s dysfagií nepracují, naprostá většina klinických logopedů setkávajících se ve své aktivní praxi s poruchami polykání nárůst vnímá, a do budoucna očekává, že pacientů bude přibývat. S nárůstem počtu pacientů tedy jednoznačně souvisí i zvýšená poptávka po odpovídající péči pro tyto pacienty, ať už ambulantní variantou nebo právě zkoumanou terénní formou. Ukázalo se, že většinové procento klinických logopedů poskytujících TLP vnímá převažující poptávku po této službě nad nabídkou.

Lze konstatovat, že přibývá počet pacientů s poruchami polykání, a tudíž se i zvyšuje poptávka po logopedické péči u těchto pacientů.

Výzkumná otázka číslo 2: Jaká jsou specifika poskytování terénní logopedické péče u osob s dysfagií?

Poskytování logopedické péče v domácím prostředí, které je klientovi přirozené s sebou přináší řadu výhod, ale i specifík jak na straně pacienta, tak i klinického logopeda. Primární specifika vycházejí z provozních hledisek z pohledu terapeuta, který musí věnovat čas předchozí pečlivé přípravě terapie, věnovat větší pozornost přípravě pomůcek, které si za klientem přiváží. Terapii a dojíždění za pacientem je také nutné věnovat větší časovou dotaci. Svá specifika přináší i prostředí – pacientovi přináší pocit bezpečí, respektování jeho denního řádu, biorytmů, odpadá napětí z cestování, což zvyšuje efektivitu terapie. Logopedovi nabízí prostředí podněty a možnosti jeho úpravy, kterých v rámci ambulanci péče není možné dosáhnout. Významnou roli hraje i rodinné prostředí, které může být lépe prakticky instruováno v péči o pacienta, stejně tak jako i jiný pečující personál. Pro rodinné příslušníky je tato forma logopedické péče možným zdrojem praktických ukázek, vysvětlení a možnosti vyzkoušet si konkrétní kroky péče přímo v domácím prostředí. Nabízí navázání individuálnějšího přístupu, současně také rodině odpadá starost o dopravu k logopedovi. Klinický logoped také v domácím prostředí lépe zachytí a vyhodnotí individuální potřeby, které vychází z každodenního života pacienta.

Pro klinické logopedy je také důležité nastavit si určité hranice v osobním přístupu ke klientům, protože vstup do osobního prostředí pacienta s sebou přináší zvýšenou zainteresovanost v jeho osobním příběhu, pacienti a jejich rodinní příslušníci se na logopeda mohou více upínat.

Pro mnoho pacientů, zvláště seniorského věku, má tato forma intervence i jistý významný sociální aspekt, podporuje jejich motivaci a přináší s sebou pocit zainteresovanosti.

Jednou z největších výhod této formy logopedické intervence je možné spatřovat v zabezpečení kontinuity logopedické péče u imobilních pacientů nebo pacientů, pro něž je doprava do logopedické ambulance náročná nebo nereálná.

Výzkum potvrdil, že terénní logopedická péče u pacientů s dysfagií přináší svá specifika oproti ambulantní péči, přičemž výhody poskytování terénní služby výrazně převažují nad negativy. Její poskytování zvláště u imobilních dysfagiologických pacientů je klíčové a nezanedbatelné.

Výzkumná otázka číslo 3: Jaké bariéry pro poskytování terénní logopedické péče logopedové vnímají?

Aspektů, které tvoří bariéry pro poskytování terénní logopedické péče je dle vyjádření respondentů hned několik. Primárně zasahují časové důvody.

Kliničtí logopedové jsou zcela vytíženi ve svých ambulantních nebo nemocničních pracovištích, proto zbývá minimum prostoru pro terénní formu péče. Ta je totiž sama o sobě i časově náročnější, terapie bývá delší než v ambulantním prostředí, nepochybně je nutné brát v úvahu i čas věnovaný dojíždění za klientem.

Dalším důvodem je kapacita přijatých pacientů do terénní formy péče. Ta velmi úzce souvisí s časovým vytížením, kdy bylo zmiňováno, že převážná většina logopedů má naplněnou kapacitu pro poskytování této služby a do budoucna s ohledem na možné výše svých úvazků a kapacitu pracovišť nemohou rozšiřovat TLP.

Nezanedbatelným problémem je i financování terénní logopedické péče, ta je hrazena buď přímo ze strany pacienta, což může pro mnohé představovat zvýšenou finanční zátěž nebo je pro ně tato forma intervence z finančních důvodů nedostupnou. Další možností úhrady je úhrada na základě smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou, tady ale často logopedi narážejí na proplácení pouze samostatné terapeutické práce, nikoliv vzniklých nákladů na dojíždění za klientem, což je problematické.

Lze potvrdit, že se kliničtí logopedi při realizaci poskytování terénní logopedické péče setkávají s určitými bariérami vycházejícími z nastavení fungování systému logopedické péče, což v mnohých případech vede k omezení nabídky této služby.

Shrnutí rozhovorů s klinickými logopedy

Z provedených rozhovorů s klinickými logopedkami jednoznačně vyplynulo, že považují terénní logopedickou péči u osob s dysfagií za velmi přínosnou a důležitou. Je stěžejní variantou logopedické péče u klientů imobilních a intervencí zajišťující následnost péče po propuštění pacienta z nemocničního zařízení.

Představuje péči v osobním prostředí pacienta, což podporuje jeho psychickou pohodu a umožňuje lépe respektovat jeho denní řád a individuální potřeby. Nabízí užší zapojení rodiny nebo pečovatelů do komplexní péče, a poskytuje klinickému logopedovi celistvý náhled na klienta v jeho každodenním prostředí, jeho interakci s okolím, orientaci, přirozené chování, ale také na obtíže, se kterými se setkává.

Aktuální nastavení systému poskytování logopedické péče v České republice ale bohužel podpoře terénní logopedické péče nepřije, proto je stále dostupná pouze omezeně. Původ tohoto je možné hledat zejména ve velkém časovém přetížení klinických logopedů, což má za následek omezenou kapacitu této služby, ale i nevhodně ukotvené financování. Možnou šancí na zvýšení dostupnosti péče by bylo alespoň částečné odstranění těchto bariér, nebo alespoň zmírnění dopadu jejich vlivu na poskytování této varianty logopedické péče.

V rámci šetření došlo také k získání kontaktů na pracoviště, která udělila souhlas se zveřejněním svých pracovišť poskytujících terénní logopedickou péči specificky pacientům s dysfagií.

Cíle diplomové práce byly naplněny.

Doporučení pro logopedickou praxi

Z dotazníkového šetření můžeme vyčíst, že pacientů s poruchami polykání přibývá, a kliničtí logopedové vnímají nárůst poptávky po logopedické péči u osob s diagnózou dysfagie, přičemž převážnou část klientely tvoří pacienti seniorského věku starší 60 let. Jak vyplynulo z šetření, terénní logopedická péče reflektující primárně pacienty s dysfagií, je stále velmi zřídka dostupnou službou, přestože dle slov klinických logopedů, kteří tuto službu nabízejí, je poptávka mnohonásobně vyšší než nabídka, a je zřejmé, že potřeba této péče bude nejen vzhledem ke stárnutí populaci narůstat. Dysfagie také není jen samostatnou diagnostickou jednotkou, je velice častou součástí jiných, nejčastěji získaných neurogenních poruch komunikace.

Nabízí se otázka, zdali by nebylo vhodné rozvinout diskuzi směrem k zařazení terénní logopedické péče do sazebníku zdravotních pojišťoven tak, aby se mohla stát plnohodnotně nabízenou službou, ne pouze kódem vykazovanou cestou za klientem delší než 10 minut. To by například mohlo vést k možným úvahám některých klinických logopedů o specializaci pouze na terénní logopedickou péči, protože za aktuální situace je většina klinických logopedů zcela přetížena ambulantně nabízenou službou.

Závěr

Předkládaná diplomová práce se věnuje tématu poskytování terénní logopedické péče u pacientů s dysfagií v rámci České republiky. Dysfagie je stále častěji se objevující diagnózou napříč věkovým spektrem, vyskytující se jak samostatně, tak jako součást různých onemocnění a vrozených i získaných neurogenních poruch komunikace. Je zcela zásadní, aby byla těmto pacientům zajištěna odpovídající logopedická intervence, ať už jde o nově příchozí pacienty či ty, kteří potřebují návaznou logopedickou péči po období hospitalizace. Logopedická intervence u pacientů s dysfagií má nejen primárně rehabilitační aspekt ve vztahu k příjmu potravy a jeho co nejpozitivnějšímu ovlivnění za předpokladu respektování individualit pacienta, ale i aspekt sociální.

Terénní logopedická péče je stále málo dostupnou formou logopedické intervence, zvláště u osob s poruchami polykání, byť spektrum pacientů je velice široké, stejně jako zájem o tuto péči. Převážná většina klientů s dysfagií je seniorského věku, velice často imobilních či s omezením hybnosti nebo bez možnosti pravidelně dojíždět do logopedické ambulance, což významně ovlivňuje jejich možnost dosáhnout na optimální péči, tudíž je pro ně její dostupnost významně snížena nebo naprosto omezena. Adekvátní variantou nejen pro tyto pacienty je právě koncept terénní logopedické péče.

Diplomová práce je členěna do čtyř kapitol. První z nich se zabývá fyziologií polykání a anatomii orofaciální oblasti (jednotlivé orgány, svalové struktury, hlavové nervy zajišťující inervaci polykacího aktu). V druhé kapitole se zaměřujeme na problematiku dysfagie, její etiologii, prevalenci, symptomatologii a onemocnění, která se s poruchami polykání nejčastěji pojí. Třetí kapitola zahrnuje problematiku logopedické intervence u osob s poruchami polykání a kontext terénní logopedické péče.

Čtvrtá kapitola představuje empirickou část práce zaměřenou na výzkumné šetření tématu terénní logopedické péče u pacientů s dysfagií v rámci České republiky. Výzkumné šetření bylo specifikováno jako šetření smíšeného designu s cílem zanalyzovat poskytování terénní logopedické péče u pacientů s dysfagií v rámci České republiky a popsat její specifika. Následovalo stanovení dílčích cílů a výzkumných otázek. Samotné výzkumné šetření se skládalo z dotazníkového šetření doplněného polostrukturovanými rozhovory s klinickými logopedy, kteří tuto službu mají zahrnutou do svého portfolia.

Ze šetření vyplynulo, že terénní logopedická péče specificky ve vztahu k pacientům s dysfagií je spíše nedostupnou službou, kterou nabízí pouze extrémně malé množství klinických logopedů, přestože její role v péči o tyto pacienty může hrát zcela zásadní roli.

Jako přínos této diplomové práce pro obor logopedie je možné považovat poukázání na problematiku této specifické oblasti, její nedostupnost, přestože poptávka by zcela jistě byla velká a zajištění této péče by mohlo významně pomoci pacientům, pro něž je ambulantní péče z mnoha důvodů omezená nebo nereálná. Práce také upozorňuje na bariéry, které kliničtí logopedové vnímají jako zásadní pro začlenění této formy intervence do svých nabízených služeb, což ovlivňuje její skutečné rozšíření v rámci České republiky. Je možné říci, že tak, jak je aktuálně nastaven systém logopedické péče ve vztahu k její terénní formě, nejsou reflektována specifika, požadavky a reálně nutné podmínky jak na straně pacientů, tak klinických logopedů. Práce v příloze nabízí získané kontakty na klinické logopedy, kteří se zaměřují na terénní logopedickou péči charakteristicky ve vztahu k osobám s dysfagií.

Seznam použité literatury

- AKL. 2020. *Logopedická péče – kdy, kde a jak*. [online]. [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://www.klinikalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--logopedicka-pece>
- AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-707-3.
- ARVEDSON, Joan. 2008. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 14 (2), 118-127. ISSN 1940-5510.
- AT HOME CARE AND HOSPICE. 2016. *The benefits of In-Home speech therapy* [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <http://athomecareandhospice.com/the-benefits-of-in-homespeech-therapy/>
- CICHERO, Julie a Bruce MURDOCH. 2006. *Dysphagia – foundation, theory and practise*. Chichester: John Wiley and sons, Ltd. ISBN 13 978-1-86156-505-1
- COMMUNICATE SPEECH PATHOLOGY. 2020. *Five benefits of mobile speech therapy* [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://communicatespeech.com.au/five-benefits-of-mobile-speech-therapy/>
- CUDLÍNOVÁ, Irena. 2015. *Soubor s grafy. Klinikalogopedie* [online]. [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <http://www.klinikalogopedie.cz/res/f/dr-cudli-nova-soubor-s-grafy.pdf>
- ČAPEK, Viktor a Helena KREJČÍ. [b.r.]. *Možnosti diagnostiky dysfagie moderními zobrazovacími metodami: videofluoroskopie, videoendoskopie*. [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/moznosti-diagnostiky-dysfagie-modernimi-zobrazovacimi-metodami/fl409>
- ČERNÝ, Michal, Miloš KOTULEK a Viktor CHROBOK. 2011. *FEES – flexibilní endoskopické vyšetření polykání. Solen*, 20, 70-5.
- ČERVENKOVÁ, Barbora. 2017. *Multidisciplinární péče o perinatálně ohrožené a poškozené děti. Role logopeda v týmu odborníků perinatologického centra. Listy klinické logopedie*, 1, 18-22.
- ČESKÁ ŠKOLA. 2012. *Metodické doporučení k zabezpečení logopedické péče ve školství*. [online]. [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <http://www.ceskaskola.cz/2012/03/metodicke-doporuceni-k-zabezpeceni.html>
- ČESKO. 2006. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. In: Sbírnka zákonů České republiky. Částka 37. S. 1257-1289. [online]. [cit. 2020-06-06]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s174&q174=all>

- ČIHÁK, Radomír. 2016. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.
- DORKO, František, Eva VÝBORNÁ a Ján TOKARČÍK. 2014. *Základy anatomie pro nelékařské obory: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-595-2.
- GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 808-59-3179-6.
- HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HUGO, Jan a Martin VOKURKA. 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10. vyd., Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.
- CHOCENSKÁ, Eva, Kateřina DĚDEČKOVÁ a Heidi MÓCIKOVÁ. 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi, ISBN 978-80-87250-02-0
- ICD-11. 2019. *ICD-10*. [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- ICD-11 BETA DRAFT. 2020. *ICD-11*. [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://icd.who.int/en>
- JAKUBÍKOVÁ, Janka. 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4064-5
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2016. *Vady řeči u dětí: Návod pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3941-0.
- LASOTOVÁ, Naděžda. 2020. *Screening dysfagie – GUSS*. [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>
- LOGEMANN, Jeri. 1998. *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. Texas: PRO ED.
- LOVE, Russell a Wanda WEEB. 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál. ISBN 9788073674649.
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. 2012. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3094-2

- MALÍNSKÝ, Jiří, Jarmila MALÍNSKÁ a Zdeňka MICHALÍKOVÁ. 2005. *Morfologie orofaciálního systému pro studenty zubního lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého. Učebnice. ISBN 80-244-1062-1.
- MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. 2016. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0158-0.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-1521-6.
- NEUBAUER, Karel a kol. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
- NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. 2014. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
- NEUBAUER, Karel a Tereza Skákalová a kol. 2015. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-640-7
- NEUBAUER, Karel. 2018. *Kompedium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1390-1.
- PÍŤHA, Jiří. 2014. *Roztroušená skleróza – mýty a realita*. *Medicína pro praxi*, 11, 26-8.
- PÍŤHA, Jiří. 2016. *Klinické aspekty při léčbě myasthenia gravis*. *Neurologie pro praxi* 2016;17(3):158–162. [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201603-0006_Klinicke_aspekty_pri_lecbe_myasthenia_gravis.php
- PURŠOVÁ, Martina a Jan ROTH, 2011. *Parkinsonova nemoc: komplexní fyzioterapeutický pohled*. Praha. Novartis. ISBN STA-004/05/2011
- ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. 2020. *Dysfagie – poruchy polykání*. [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>
- ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠTEFÁNEK, Jiří. 2011. *Mozková mrtvice neboli cévní mozková příhoda (CMP)*. [online]. [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/mozkova-mrtvice-neboli-cevni-mozkova-prihoda-cmp>
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TEDLA, Miroslav a kol. 2009. *Poruchy polykání – Poruchy prehltnia*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-105-2.

TEDLA, Miroslav a kol. 2018. *Poruchy polykání = Poruchy prehltnia*. 2. aktualizované vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Medicína hlavy a krku. ISBN 978-80-7311-188-5.

TRAPL, Michaela a kol. 2007. *Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients*. [online]. [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/strokeaha.107.483933>

VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHIEDOVÁ. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1088-5.

VLČKOVÁ, Eva. 2016. *Amyotrofická laterální skleróza*. Neurologie pro praxi, Olomouc: Solen, 2016, roč. 17, č. 6, s. 362-365. ISSN 1213-1814.

WILKINS. Thod a kol. 2007. *The Prevalence of Dysphagia in Primary Care Patients: A HamesNet Research Network Study*. [online]. [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17341750/>

Seznam zkratk

AKL – Asociace klinických logopedů

CNS – centrální nervová soustava

FEES – fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing,

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PEG/J – perkutánní gastro jejunostomie

TLP – terénní logopedická péče

VFSS – videofluoroscopic swallow study

Seznam příloh

Příloha č. 1 Pracoviště nabízející terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií s uděleným souhlasem ke zveřejnění jejich kontaktu

Příloha č. 2 Dotazník zasílaný respondentům

Příloha č. 3 Otázky k rozhovoru s klinickými logopedy poskytujícími terénní logopedickou péči

Přílohy

Příloha č. 1 Pracoviště nabízející terénní logopedickou péči pacientům s dysfagií s uděleným souhlasem ke zveřejnění jejich kontaktu

Karlovarský kraj

- Mgr. Dominika Kaňková

Karlovy Vary, Bezručova 1321/8

E-mail: kankova.dominika@seznam.cz

Telefon: +420 605 564 680

Královehradecký kraj

- Ambulance klinické logopedie Mgr. Jarmila Hofmanová

Rokytnice v Orlických horách, Sídliště 1.máje 457

E-mail: j.hofmanova@centrum.cz

Telefon: +420 775 157 454

- Ambulance klinické logopedie Hořice a pracoviště Lázní Bělhrad

Hořice, Otakarova 621

E-mail: logopedie.hclb@gmail.com

Telefon: +420 725 338 869

Kraj Vysočina

- LOGOCENTRUM s.r.o.

LOGOCENTRUM s.r.o. působí v okrese Žďár nad Sázavou na několika pracovištích:

Nové Město na Moravě, Žďárská 610

Žďár nad Sázavou, Dolní 1737/11

Bystřice nad Pernštejnem, Zahradní 580

Velké Meziříčí, Poříčí 1256/11

Velká Bíteš, Tyršova 223

Křižanov, Benešovo náměstí 123

E-mail: olga.pavlikova@logopedickecentrum.cz

Telefon: + 420 728 440 384

Příloha č. 2 Dotazník zasláný respondentům

Vážená paní magistro/doktorko, vážený pane magistře/doktore,

jsem studentkou speciální pedagogiky (logopedie/surdopedie) na Univerzitě Karlově. V rámci své diplomové práce pod vedením Mgr. Ing. Jany Horynové se zaměřuji na problematiku terénní logopedické péče u klientů s dysfagií v rámci České republiky.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který slouží jako podklad ke kvantitativnímu šetření mé diplomové práce.

Jejím cílem je zmapovat možnosti poskytování terénní logopedické péče u pacientů s dysfagií a poskytnout jim adresář pracovišť, na která se mohou obracet.

Současně v případě, že terénní logopedickou péčí u osob s poruchami polykání poskytujete, a byl/a byste ochoten/ochotna podílet se na kvalitativním šetření práce (formou krátkého rozhovoru), budu velmi ráda, pokud mě budete kontaktovat.

V případě Vašeho zájmu Vám samozřejmě mohu hotovou práci poskytnout.

Velice Vám děkuji za ochotu a Váš čas

Denisa Poláchová

Terénní logopedická péče u osob s dysfagií

1) Ve kterém kraji působí Vaše pracoviště?

Hlavní město Praha

Středočeský

Jihočeský

Plzeňský

Karlovarský

Ústecký

Liberecký

Královéhradecký

Pardubický

Kraj Vysočina

Jihomoravský

Olomoucký

Zlínský

Moravskoslezský

2) Vaše zařízení je:

Státní

Soukromé

Nestátní neziskové

Vlastní odpověď

3) Poskytujete logopedickou péči také pacientům s dysfagií?

Ano

Ne

Otázky pro respondenty, kteří v otázce č. 3 odpověděli „ANO“

4) Kdo tvoří většinu Vašich pacientů s poruchami polykání?

Děti raného a předškolního věku

Děti školního věku

Dospělí

Senioři nad 60 let

5) Kolik pacientů s poruchami polykání (přibližně) máte aktuálně v péči?

0-5

6-10

více než 10

6) Vnímáte za posledních deset let nárůst poptávky po logopedické péči u osob s dysfagií?

Ano

Ne

7) Nabízíte svým pacientům s dysfagií možnost terénní logopedické péče?

Ano

Ne

Otázky pro respondenty, kteří v otázce č. 7 odpověděli „ANO“

8) S jakou frekvencí terénní péči u jednoho pacienta poskytujete?

1x týdně

1x za 14 dní

1x měsíčně

vlastní odpověď

9) Jakým způsobem tuto terénní logopedickou péči financujete?

Vlastní odpověď

10) S jakými obtížemi se v poskytování terénní logopedické péče setkáváte? (možné vybrat více možností)

Financování služby

Kapacita přijatých klientů

Časové důvody

Vlastní odpověď

11) Kam odkazujete pacienty s dysfagií, pokud je nemůžete přijmout do své péče?

Vlastní odpověď

12) Souhlasíte, aby Vaše pracoviště bylo zařazeno do seznamu pracovišť poskytujících terénní péči pacientům s dysfagií? Pokud ano, uveďte prosím kontaktní údaje na Vaše pracoviště.

Otázky pro respondenty, kteří v otázce č. 7 odpověděli „NE“

8) Jaký je podle Vás hlavní důvod neposkytování terénní logopedické péče? (možné vybrat více možností)

Financování služby

Kapacita přijatých klientů

Časové důvody

Vlastní odpověď

9) Kam odkazujete pacienty s dysfagií, pokud je nemůžete přijmout do své péče?

Vlastní odpověď

Otázky pro respondenty, kteří v otázce č. 3 odpověděli „NE“

4) Jaké jsou Vaše důvody neposkytování logopedické péče pacientům s dysfagií?

Vlastní odpověď

5) Kam odkazujete pacienty s dysfagií, pokud je nemůžete přijmout do své péče?

Vlastní odpověď

Příloha č. 3

Otázky k rozhovoru s klinickými logopedy poskytujícími terénní logopedickou péči

Obecně

- 1) Jak dlouho poskytujete terénní logopedickou péči osobám s dysfagií?
- 2) Co Vás vedlo k zařazení této služby do portfolia Vaší logopedické péče?
- 3) Do jaké vzdálenosti maximálně dojíždíte? Kolik klientů tvoří maximální kapacitu této služby?
- 4) Převyšuje podle Vás poptávka po terénní logopedické péči nabídku?

Specifika logopedické péče

- 1) Jaké máte požadavky pro vstup klienta do terénní logopedické péče?
- 2) Můžete, prosím, popsat Vámi vnímaná specifika terénní logopedické péče u osob s poruchami polykání?
- 3) Jaké vnímáte její výhody?
- 4) Jak dlouho (zhruba) u Vás klienti zůstávají zapojení do terénní služby?
- 5) Plánujete do budoucna rozšířit logopedickou péči terénní formou pro osoby s dysfagií?