



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Michaela Šmídová, DiS.

Zhodnocení využití GUSS testu u pacientů s poruchou polykání po cévní mozkové příhodě

Assessing the use GUSS test in patients with dysphagia after stroke

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hakenová

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze,

Bc. Michaela Šmídová, DiS.

.....
Podpis

Identifikační záznam

ŠMÍDOVÁ, Michaela. Zhodnocení využití GUSS testu u pacientů s poruchou polykání po cévní mozkové příhodě. Praha, 2017. 73 s., 3 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Hakenová, Renata.

ABSTRAKT (v ČJ)

Ošetrovatelská péče u pacientů s poruchou polykání po cévní mozkové příhodě (CMP) je v dnešní době velmi závažným problémem. Toto onemocnění je pro pacienty obzvláště nebezpečná a to z důvodu hrozící aspirační pneumonie. V České republice byl vypracován Standard léčebného plánu pro pacienty s dysfagií po CMP v roce 2015 a poté byla do praxe zavedena nová screeningová metoda, která by měla předcházet vzniku aspiračních pneumonií (Solná, 2015). Tato metoda se nazývá THEGUGGING SWALLOWING SCREEN – GUSS test. Po pozitivním výsledku GUSS testu by měla následovat standardizovaná ošetrovatelská péče, na které se podílí celý zdravotnický tým (lékaři, zdravotní sestry, logopedi, rehabilitační pracovníci a sanitáři).

Cílem práce je ověřit, zda GUSS test a následný stanovený postup ošetrovatelské péče vypracovaného standardu léčebného plánu, vyhovuje všeobecným sestřím. Dalším cílem je ověřit, zda-li by sestry na základě dosud získaných zkušeností chtěly postup doplnit, inovovat, případně aktualizovat. Na základě častější spolupráce všeobecných sester s logopedy je dalším cílem zhodnocení spolupráce mezi všeobecnými sestrami a logopedy. Součástí práce je též zjištění efektivity využívání GUSS testu při poskytování ošetrovatelské péče a léčby poruch polykání

Metodologie: Empirická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu - kazuistikou. Pro zpracování kazuistiky, byl vybrán pacient po CMP. U tohoto pacienta byl proveden GUSS test, který byl s negativním výsledkem, avšak posléze došlo k náhle vzniklé aspiraci. Po zpracování kazuistiky následují rozhovory se čtyřmi všeobecnými sestrami a dvěma logopedy pracujícími na iktové jednotce. Rozhovory byly vedeny formou otevřených otázek se zaměřením na získání relevantních informací, jak dotazované zdravotní sestry a logopedi hodnotí přínos a efektivitu stanoveného postupu GUSS testu. Po přepsání získaných rozhovorů jsou výsledky zhodnoceny v závěrečné diskuzi.

Implementace: Ze zjištěných výsledků vyplývá, že všeobecné sestry největší problém GUSS testu spatřují v jejich nedostatečné edukaci. Dále poukazují na skutečnost, že by se měl GUSS test provádět nejen na iktových jednotkách, ale také na jiných odděleních. Jako návrh pro zlepšení sestry uvádějí vhodnější načasování provedení GUSS testu z důvodu nespokojenosti pacientů při jejich příjmu. Na stanovené ošetrovatelské péči by nic závažného nezměnily. Na základě zjištěných informací je zřejmé, že je zapotřebí připravit seminář zaměřený na edukaci pro práci s GUSS testem nejen pro všeobecné sestry pracující na iktových jednotkách, ale i pro ostatní všeobecné sestry.

Klíčová slova: poruchy polykání, ošetrovatelská péče, logoped, cévní mozková příhoda, screeningové vyšetření- GUSS test

ABSTRACT *(v AJ)*

Nursing care for patients with dysphagia after stroke is nowadays a very serious problem. This disease is particularly dangerous for patients because of the risk of imminent aspiration pneumonia. In 2015, Czech Republic has developed a standard treatment plan for patients with dysphagia after stroke and following this plan a new screening method was put into practice, which would prevent aspiration pneumonia (Salt, 2015). This method is called THE GUGGING SWALLOWING SCREEN - GUSS test. After a positive GUSS test result a standardized nursing care should follow, which would involve the whole medical team (doctors, health nurses, speech therapists, physiotherapists and orderly).

The aim of this work is to verify whether the GUSS test and subsequently the determined process of the standard treatment together with the nursing care meets and the needs of the nurses. Another objective is to verify whether the nurses would want to add, innovate or make necessary updates based on the already acquired experiences. Furthermore, taking into consideration the frequent collaboration of nurses with the speech therapists, this study also aims to evaluate and assess the cooperation between nurses and the speech therapists. The work also evaluates the effectiveness of the use of GUSS test in providing nursing care and treatment of swallowing disorders.

Methodology: The empirical part is processed through qualitative research - a case report. For the purpose of this case study, a patient after stroke was selected. This patient had undergone the GUSS test which was negative, however, this was followed by a sudden aspiration. The analysis of the case study was followed by interviews with four nurses and two speech therapists working in the stroke unit. Interviews were conducted in the form of open questions with the focus on obtaining relevant information of how the interviewed nurses and speech therapists evaluated the benefits and effectiveness of the established procedure of the GUSS test. The results obtained from these interviews are assessed in the final discussion.

Implementation: The results show that nurses came to a conclusion that the biggest problem of the GUSS test is the actual lack of education in this area. In addition, they highlighted the fact that the GUSS test should not be carried out only on stroke units, but also in other departments. As a point for improvement, the nurses suggested to think of better timing of administering the GUSS test to the patients due to the lack of their cooperation on admission to the unit. They would not change anything major on the standard nursing care. Based on the collated information it is clear that there is a need to prepare and organise a seminar which would focus on educating how to work with GUSS test not only for nurses working in the stroke units, but also for nurses working in other departments.

Keywords: swallowing disorders, nursing care, speech therapist, stroke, screening test -GUSS test.

Poděkování

Velice ráda bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Renatě Hakenové za odborné vedení, trpělivý přístup a ochotu při poskytování užitečných rad. Také bych ráda poděkovala sestrám a logopedům, kteří byli ochotni zúčastnit se mého výzkumného rozhovoru a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

1.	Úvod	10
2.	Anatomie a fyziologie polykání	12
2.1.	Anatomie polykání	12
2.2.	Fyziologie polykání	13
3.	Dysfagie	16
3.1.	Definice a klasifikace	16
3.2.	Etiologie dysfagií	18
4.	Diagnostika, terapie dysfagií	21
4.1.	Symptomatologie	21
4.2.	Diagnostika poruch polykání	22
4.2.1.	Anamnéza	23
4.2.2.	Subjektivní hodnocení polykací funkce za pomoci dotazníků	24
4.2.3.	GUSS test- Gugging Swallowing Screen	25
4.2.4.	Objektivní vyšetření	28
4.2.5.	Zobrazovací vyšetřovací metody	29
4.3.	Terapie dysfagie	31
4.3.1.	Výživa u pacientů s dysfagií	31
4.3.2.	Stravování pacienta	33
4.3.3.	Rehabilitace poruch polykání	34
5.	Empirická část	36
5.1.	Cíle výzkumné práce	36
5.2.	Metodika	36
5.3.	Kazuistika.....	37
5.4.	Kvalitativní výzkum.....	42
5.5.	Výzkumné otázky	43
5.6.	Charakteristika a průběh výzkumného šetření	44
6.	Rozbor rozhovorů výzkumných otázek	45

7.	Diskuze	56
8.	Doporučení pro praxi	59
9.	Závěr	60
10.	Seznam použité literatury	61

Seznam zkratk

Seznam příloh

1. Úvod

Inspirací proto tuto diplomovou práci byla má zkušenost s používáním nové diagnostické metody GUSS testu na iktové jednotce. Tato metoda je určena pro diagnostiku dysfagie u pacientů po CMP, kdy na základě výsledků je stanovena následná ošetrovatelské péče.

Jednou z velmi důležitých potřeb pacienta je bezesporu příjem potravy a možnost komunikace se svým okolím. Příjem potravy je jedním ze základních fyziologických potřeb člověka, bez které se nelze obejít. Avšak problémy s příjmem potravy, do kterých patří problémy polykání – dysfagie postihuje populaci v každém věku života. Nevčasné řešení tohoto problému, mohou zahnat člověka do ústraní. Začíná to vyhýbání se kolektivu či společnosti, které následně vedou do úplné sociální izolace, která může vést k silným depresím. Neschopnost příjmu potravy a tekutin vede u pacienta nejprve k úbytku tělesné hmotnosti, poklesu pracovního výkonu a může vést až ke smrti člověka. Na iktových jednotkách jsou nejčastěji přijímáni a hospitalizováni pacienti po cévní mozkové příhodě (CMP), kteří mohou trpět poruchou polykání. Mnohdy je porucha polykání spojena s poruchou řeči, která se vyskytuje u pacientů vyššího věku. Včasná diagnóza dysfagie je zásadní pro urychlení léčby pacienta. V posledních několika málo letech, se na iktových jednotkách začal používat ke včasné diagnostice dysfagie GUSS test, díky kterému se dá dysfagie včas odhalit a tím snížit riziko vzniku aspirační pneumonie. Pro správný postup při provádění GUSS testu je nutná především kvalitní edukace zdravotnického personálu, který s touto diagnostickou metodou pracuje. Proto by měl být na tuto edukaci kladen velký důraz. Při GUSS testu je zapotřebí spolupráce pacienta, avšak mohou nastat komplikace v momentě, kdy pacient spolupracovat odmítá. V takovém případě je velmi důležitý již zmíněný individuální přístup nelékařského zdravotního personálu. Celý ošetrovatelský postup a diagnóza dysfagie však nespočívá pouze v práci všeobecné sestry. Do ošetrovatelské péče je dále zapojen logoped a samozřejmě i lékař. Důležitá je komunikace mezi všeobecnými sestrami a logopedy, kdy zdravotní sestry předávají informace o provedeném GUSS testu logopedovi, který dle zjištěných skutečností stanoví další postup v ošetrovatelské péči. Pro objektivní výsledky poruchy polykání však jednou provedený GUSS test nemusí být zcela objektivní, vzhledem ke zmíněné spolupráci (nespolupráci) pacienta v době přijetí na oddělení iktové jednotky. Z tohoto důvodu je nutné test po určité době opakovat a znovu zhodnotit získané výsledky a opět provést konzultaci s logopedem o dalším postupu ošetrovatelské péče pacienta. Pacienti s poruchou polykání nejsou přijímáni pouze na oddělení iktových jednotek. Z tohoto důvodu by se měl GUSS test provádět i na ostatních odděleních nemocničního zařízení.

Jelikož GUSS test je velmi často využíván na vybraném oddělení iktové jednotky, je zapotřebí dostatečné a kvalitní edukace zdravotních sester. Vzhledem ke skutečnosti, že se vyskyt

pacientů s dysfagií rozšiřuje i na jiná zdravotnická oddělení, měl by být GUSS test prováděn i na těchto oddělení, aby se co možná nejvíce snížilo riziko vzniku aspiračních pneumonií. S tímto souvisí již zmíněná edukace zdravotních sester, která by měla probíhat nejen na oddělení iktové jednotky. Dostatečně edukované zdravotní sestry mohou včas odhalit poruchu polykání a ve spolupráci s logopedem je stanovena správná terapie, čímž dojde ke zkrácení hospitalizace pacienta.

2. Anatomie a fyziologie polykání

Příjem a zpracování potravy je nezbytnou podmínkou existence všech organismů. Potrava je přijímána v podobě, v níž většinou nemůže být transportována přes stěny buněk a tím je pro organismus nevyužitelná. Z tohoto důvodu musí proto být mechanicky rozmělněna a chemicky rozštěpena na molekuly schopné průchodu membránami buněk a zbavena své antigenní povahy (Dylevský, I., 2009). Během tohoto složitého děje má svoji nezastupitelnou úlohu také proces polykání. Polykání (deglutice, deglutace) je jeden z nejkompexnějších procesů v lidském těle sdružující jednotlivé senzomotorické funkce. Je to složitý pohyb celé řady struktur, probíhající ve velmi rychlém sledu. Normální polykání zahrnuje koordinovaný pohyb rtů, tváří, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu. Ústní struktura připraví bolus na polykání (Sebastian, 2015). Polykání, jako vůlí neovlivnitelný reflex je řízen z prodloužené míchy.

2.1. Anatomie polykání

➤ Dutina ústní (cavitas oris)

Proces polykání začíná v dutině ústní, která je zepředu ohraničena rty, ze strany tvářemi, shora tvrdým a měkkým patrem, na spodní části je jazyk. Do dutiny ústní je potrava přijímána a dále za pomoci zubů mechanicky upravena. Nadále je potrava promísena se slinami a tím je chemicky upravena.

Rty (labium oris) jsou kožní řasa uzavírající dutinu ústní a zabraňující vypadnutí sousta. Nadále jsou důležitou součástí orgánů řeči a značně pomáhají při příjmu potravy. **Jazyk (lingua)** je velmi pohyblivý svalový orgán, který změnou svého tvaru a velikosti dokáže posunout potravu. Na sliznici jazyka se nacházejí receptory, které slouží k rozpoznání chutí. **Zuby (dentes)** jsou tvrdý mineralizovaný orgán. Slouží k mechanickému zpracování potravy. Zuby jsou tvarově upraveny tak, aby byly schopny potravu rozmělnit. Z časového hlediska dělíme chrup na dočasný (tzv. mléčné zuby) a chrup trvalý.

Do dutiny ústní ústí tři páry velkých **slinných žláz**: příušní, podčelistní a podjazykové. Další malé žlázy se nachází na povrchu jazyka, rtů, tváří a stropu dutiny ústní. Drobné žlázy neustále produkují malé množství slin ke zvlhčení sliznice dutiny ústní a vchodu do hltanu. Velké párové slinné žlázy vyměšují sliny pouze při příjmu potravy. Celkem se denně vytvoří 1-1,5 litru slin.

Patro (palatum) tvoří strop dutiny ústní a odděluje dutinu ústní od dutiny nosní. Je složeno ze dvou částí *tvrdého patra (palatum durum)* tvořící kostěnou část patra a *měkkého patra (palatum molle)*. Motorická inervace svalů měkkého patra je zajištěna třetí větví trojklanného nervu, lící nerv, bloudivý nerv a jazykohltanový nerv. Při poruše inervace dochází k obrně patrových svalů a následnými polykacími a řečovými výpadky.

➤ **Hltan (pharynx)**

Hltan je předozadně oploštělá asi 12–15 cm dlouhá trubice, která navazuje na dutinu nosní a ústní a přechází do jícnu. Zde prochází potrava do jícnu a zároveň vdechovaný a vydechovaný vzduch proudí z dutiny nosní nebo ústní do hrtanu. Na hltanu se rozlišují tři části: horní - nosohltan, střední - ústní oddíl a dolní - hrtanový oddíl.

➤ **Hrtan (larynx)**

Hrtan je nepárový dutý orgán, který slouží k respiraci a fonaci. Jeho podkladem je soubor chrupavek (chrupavka štítná, prstencová a dvě chrupavky hlasivkové), vzájemně pohybově spojených klouby, vazy a svaly. Horní ústí je otevřené do dolní části hltanu, dolní úsek přechází plynule do průdušnice. Dutina hrtanu je od hltanu oddělena **hrtanovou příklopkou (epiglottis)**.

➤ **Jícen (oesophagus)**

Jícen je úzká trubice spojující hltan se žaludkem a zajišťuje posun potravy do nižšího oddílu trávicího traktu. Stěna jícnu je silná asi 3–4 mm a jeho průsvit se mění v závislosti na objemu procházející potravy (Dylevský, 2009).

2.2. Fyziologie polykání

Polykání je fyziologická činnost, která je u každého zdravého člověka nutným předpokladem existence. Člověk si tuto činnost mnohdy ani neuvědomuje, jelikož se odehrává spontánně a nesouvisí s polykáním sousta či pitím tekutin. Obzvláště polknutí slin si jedinec neuvědomuje. Sliny jsou produkovány slinnými žlázami a po nahromadění v ústech jsou polknuty. Polknutí slin je v bdělém stavu v průměru dvakrát za minutu, během spánku je to méně. Dospělý člověk tedy spolyká za 24 hodin 1,5 - 2 litry slin. Polykání slin si člověk vůbec neuvědomuje, přestože polykací akt je doprovázen hlučným šelestem (Kejklíčková, 2011).

Proces polykání, je řízen centrální nervovou soustavou. Centrum polykání je uloženo v prodloužené míše. Normální průběhu polykání zajišťuje šest hlavových nervů, které se společně podílejí na motorické a senzorické inervaci oblasti obličeje, dutiny ústní a orofaryngeálního svalstva (nervus trigeminus, nervus facialis, nervus glossopharyngeus, nervus vagus, nervus accesorius, nervus hypoglossus). Z hlediska vůle se rozlišuje průběh polykání na fázi vědomou a nevědomou.

Fáze vědomá přijímá potravu do dutiny ústní, je zpracována za pomoci zubů, žvýkacích svalů a jazyka. Fáze nevědomá je spuštěna podrážděním smyslových receptorů v hltanu a vznik podnětu k polknutí. Reflexní mechanismy zároveň chrání dýchací cesty před aspirací (Kaulfussová, J., 2007).

Polykací akt je nejčastěji rozdělován do čtyř fází:

1. Orální přípravná fáze (příjem potravy a úprava žvýkáním, tak aby sousto mohlo být polknuto)
2. Orální transportní fáze (jazyk posouvá sousto a končí začátkem faryngální fáze)
3. Faryngeální fáze (strava je posunována faryngem)
4. Ezofageální fáze (peristaltickými pohyby jícnu je strava posunuta do žaludku)

Orální přípravná fáze

Tato fáze začíná příjmem tekutiny nebo tuhé potravy do dutiny ústní. Po vsunutí do dutiny ústní, se rty uzavírají a zároveň dochází k zabránění vypadnutí potravy z úst a je umožněno dýchání nosem. Následně je strava rozmělněna a během žvýkání se mísí se slinami, mění se v lepkavý bolus, který jazyk drží proti tvrdému patru. Při zpracování potravy na prvních dvou třetinách jazyka je možnost rozpoznávat chuť, vůni, teplotu tvar a velikost.

Délka této fáze je variabilní, a je závislá na velikosti, kvalitě sousta, výkonnosti žvýkacích svalů a jiných faktorech, jako např. vůle vychutnat si jídlo (Love; Webb, 2009).

Fyziologický mechanismus žvýkání je součástí trávicího procesu a dělí se do čtyř fází:

- *fáze přiblížování* – přiblížení potravy k ústům
- *fáze uchopení* – mandibula klesá podle velikosti potravy, rty jsou po celou dobu otevřeny a připraveny uchopit potravu
- *fáze ukousnutí* – potrava začíná být v kontaktu s oběma řadami zubů, je vysílán podnět k trojklanému nervu, který vysílá impuls, který ovlivní zvedání mandibuly.
- *fáze rozmělnění* – potrava je zde za pomoci jazyka, tvářového mechanismu a různých pohybů mandibuly v kontaktu s plochami třenových zubů a stoliček držena a rozmělněna. Potrava je promísená se slinami a je vytvořen potravinový bolus (Morales, 2006).

Orální transportní fáze

Tato fáze začíná uzavřením rtů a připravený bolus je posouván do orofaryngu, toto celé trvá za normálních okolností méně než jednu sekundu. Na orální fázi se podílí víc hlavových nervů. Jazyk posouvá bolus směrem do hltanu. Hrot jazyka se zvedá k tvrdému patru a kořen jazyka klesá. Tím se z jazyka vytvoří šikmá plocha, po které se bolus posunuje vzad. Zadní část jazyka přitom vykonává trhavý pohyb směrem nahoru a dozadu a potravinový bolus se posouvá do hltanu. Zároveň se zvedá měkké patro, které uzavírá otvor k nosohltanu a nosním dírčím (Tedla, 2009; Morales, 2006)

Faryngeální fáze

V hltanové fázi je bolus dopraven od hltanu k jícnu přes orofarynx a hypofarynx. Aby se potravinový bolus dostal do hltanu, musí být všechny dýchací cesty uzavřeny. Fáze začíná podrážděním předních patrových oblouků a vyvolává polykací reflex. Tento reflex se skládá z několika současně probíhajících akcí, mezi které patří velofaryngeální uzávěr, elevace laryngu,

sklopení epiglottis, sklopení sfinkterů, iniciace faryngální peristaltické vlny a relaxace krikofaryngálního svěrače, což umožňuje pohyb sousta do jícnu. Pokud reflex není vyvolán, žádná z těchto složek není zpuštěna. Sousto tak zůstává ve valekulách a odtud se může dostat do dýchacích cest. Polykací reflex je možno také vyvolat za pomoci dráždění kořene jazyka (Love, Webb, 2009; Tedla, 2009).

Ezofageální fáze

V jícnové fázi je výživový bolus posouván k hypofaryngu a od něj až k dolnímu svěrači a nadále do žaludku. Probíhá podobně jako hltanová fáze, automaticky bez jakékoliv kontroly. Bolus je jícnem posouván pomocí reflexní peristaltické vlny. Tato vlna se skládá z primární a sekundární, popřípadě pomocné vlny. Primární pohyb je vyvolán polykáním. Potrava se posouvá zhruba rychlostí 2–4 cm za sekundu, kdy tato doba posunem jícnu není po celou dobu stejná, jelikož je podmíněna různými strukturami jícnu. Sekundární vlna vzniká, jako reflexní odpověď na lokální stimulaci způsobenou kontaktem bolu se zadní stěnou jícnu. V dolní části jícnu se nachází svěrač, který je v klidu uzavřen, aby nedocházelo k zpětnému toku žaludečních šťáv do jícnu. Ten se otvírá pouze tehdy, kdy je na něj vyvinut tlak výživovým bolusem (Morales, 2006).

3. Dysfagie

Příjem potravy je jednou ze základní lidských potřeb, často bývá komplikována různými problémy, do kterých patří poruchy polykání - dysfagie. Slovo dysfagie pochází z řečtiny, předpona *dys* znamená potíže či poruchu a *fagia* jíst. Dysfagie může mít velmi závažné následky. Jedním ze závažných následků je např. nedostatečný stav výživy, který ovlivňuje následně celkový zdravotní stav jedince, který může v nejhrošším případě vést ke smrti. Příjem potravy má vliv i na psychosociální funkce, z tohoto důvodu mohou mít poruchy polykání dopad i na tuto oblast. Včasná řešení problémů spojených s dysfagií je velmi důležité (Mandysová, Škvrňáková 2016; Paik, 2008).

3.1. Definice a klasifikace

Hledání co možná nejuvěstižnější definice pojmu dysfagie je náročné, jelikož každý zdroj definici uvádí trochu jinak, ale v podstatě se jedná vždy o stejný výsledek. Dysfagii lze tedy definovat jako poruchu polykání, která spočívá v poruše polykání slin, tekutin, tuhé stravy nebo léků. Poruchy polykání mohou nastat při poruše mechanismu polykacího aktu, při neurologických, gastrointestinálních či jiných obtížích, ale mohou vzniknout i po úrazech či operačních zákrocích.

Poruchy polykání mohou nastat v každém věku. Lze se s nimi setkat u pacientů jak v dětském věku, tak i u dospělých jedinců. Mohou mít příčinu v různých strukturálních změnách, nebo mohou být následkem některých onemocnění. Vznik této poruchy bývá většinou náhlý, ale i pozvolně se rozvíjející. Prevalence se různí v závislosti na onemocněních studované populace a diagnostickém nástroji. Dle Mandysové se v zahraničních zdrojích objevuje výskyt dysfagií u 6 - 16 % obecné populace a 14 - 38% seniorů.

Poruchy polykání ovlivňují příjem potravy a tekutin, a tak nepřímou ovlivňují, jak nemocné, tak jejich blízké a okolí. Dysfagie vzniklé při mechanické obstrukci bývají progredující, kdy se objevuje nejprve porucha polykání tuhých soust, později i tekuté složky potravy (Nečas, 2007). Dochází k postupnému úbytku tělesné hmotnosti a snížení fyzické výkonnosti. Kvalita života je narušena a pacient se může dostat do sociální izolace, jelikož nejsou schopni společenského stravování s rodinou či přáteli. Z tohoto důvodu se společenskému stravování co nejvíce vyhýbají a stravují se v ústraní. Pacienti zároveň velmi často trpí silnými depresiemi (Tedla, 2009).

Polykání je jeden z nejkompexnějších procesů v lidském těle. Je to složitý pohyb celé řady struktur probíhající ve velmi rychlém sledu. Musí při něm dojít ke koordinaci rtů, tváří, čelistí, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu (Roubíčková).

Pokud nedochází k této koordinaci, mohlo by dojít k velmi závažné komplikaci a tou je **aspirace**, kdy je strava vdechnuta do dýchacího ústrojí pod úroveň hlasivek. Občasná aspirace se

může stát každému z nás. Zdravý člověk však dokáže vdechnutou stravu vykašlat. U nemocných s poruchou polykání opakované aspirace vedou k **aspirační pneumonii**, kdy dochází ke vzniku infekce plicního parenchymu, která pacienta ohrožuje na životě. Aspirační pneumonie se rozvíjí při vdechnutí velkého množství sousta, při nízkém pH aspirátu, velmi závažné je pH nižší než 2,5, nebo při obsahu s velkým množstvím bakterií (Bártů, 2008). Nadále porucha polykání vede k nedostatečnému příjmu důležitých látek do organismu. Při deficitu tekutin dochází k dehydrataci, nedostatečný příjem důležitých živin vede k podvýživě (bílkoviny, cukry, tuky), doprovázená nedostatkem minerálů. Zhruba během 3-7 dnů jsou pacienti s CMP náchylné ke vzniku podvýživy. Pokud dojde k podvýživě pacienta v prvním týdnu po přijetí, je identifikována jako prognostický špatný faktor (Tedla,2009; Osawa,2013; Kim, 2013).

Dysfagie je často spojena s poruchami řeči a hlasu a lze se s nimi setkat zejména u pacientů vyššího věku. Toto je problém, který již přesahuje obor klinické logopedie, proto je lze úspěšně řešit na základě týmové spolupráce dalších oborů. Do této spolupráce je nutné zařadit lékařské obory a to (ORL, foniatrie, endoskopie, neurologie, radiologie, interní lékařství, chirurgie, pneumologie, psychiatrie) a dále nelékařské obory (klinická logopedie, fyzioterapie, ergoterapie, dietologie).

Dle Kaulfusové se při diagnostice a terapii poruch polykání můžeme setkat i s těmito pojmy:

- odynofagie – bolestivé polykání pevné či tekuté stavy
- globus faryngeus – subjektivní pocit něčeho cizího krku, nebo pocit váznutí sousta při polykání na prázdno
- fagofobie – strach z polykání (Mandysová, 2016)
- aspirace – vdechnutí pevné potravy nebo tekutiny do dýchacích cest
- penetrace – proniknutí stravy nad hlasivky, ale nedošlo k aspiraci
- drooling – neudržení, vypadnutí tekutiny nebo pevného sousta z dutiny ústní
- reflux – zpětný tok nebo přesun tekutiny
- regurgitace – zpětný tok kyselých šťáv ze žaludku do jícnu bez vyvolání dávivého reflexu
- leasng – porucha kontroly nad soustem, vlivem snížené orální motility
- pouch – zeslabení laterální stěny fadingu, které může vést k postdeglutivní aspiraci (Kaulfusová, 2007).

Dělit poruchy polykání lze z mnoha hledisek. Frekventovaným způsobem dělení je klasifikace z hlediska postižení struktur zodpovědných za polykání na dysfagie neurogenní, strukturální nebo smíšené. Další často používanou a šířeji uznávanou klasifikací je členění z hlediska lokalizace je-li problém v dutině ústní či hltanu jedná se o orofaryngeální

(preezofageální). Pokud je problém v jícnu, jedná se o ezofageální. Dále rozlišujeme postezofageální, ezofagogastrické a paraezofageální dysfagie.

Orofaryngeální dysfagie bývá popisována jako neschopnost zahájit polykání, a to vede k selhání transportu sousta z úst do jícnu (Gassiorowska a Fass, 2009). Ezofageální dysfagie vzniká na podkladě organických i funkčních poruch jícnu. Má-li pacient obtíže pouze s polykáním tuhé potravy, jedná se o mechanický problém, zatímco při potížích s polknutím tuhé i tekuté stravy jde o problém s motilitou jícnu (Tedla, 2009).

3.2. Etiologie dysfagií

Příčiny poruch polykání zahrnují velké spektrum různých onemocnění. Nelze tedy přesně určit incidenci pro jednotlivá onemocnění. O velmi časté dysfagie lze hovořit při zánětlivém onemocnění horních cest dýchacích, která se ovšem po správném залечení onemocnění sama upraví. Onemocnění, pro které je dysfagie typická, jsou většinou zmiňovány cévní mozkové příhody (CMP), kdy zhruba u 80 % pacientů je přítomnost poruchy polykání v prvním měsíci po CMP.

CMP je jedním z nejtypičtějších onemocnění, které je doprovázeno poruchou polykání. *Výskyt dysfagie v akutním stadiu cévní mozkové příhody je uváděn v 37–45 % při využití screeningových metod, 51–55 % při vyšetření klinickým logopedem a v 64–78 % při využití instrumentálního vyšetření.* (Vališ, 2014, s. 255) V některých případech může být jediným nebo prvořadým symptomem CMP, která se může rozvíjet v prvních hodinách nebo až v prvních dnech po nástupu CMP. Přibližně do dvou až tří týdnů od vzniku CMP má velká část dysfagií tendenci ke spontánní úpravě. Do devíti týdnů po ictu se až 95 % pacientů vrátí k plnému perorálnímu příjmu. V některých případech může dysfagie dlouhodobě přetrvávat s následky v oblasti výživy a psychosociální oblasti. Dysfagie stále ovlivňuje podstatnou část pacientů s CMP a může mít velký dopad na klinický výsledek, úmrtí a institucionalizaci (Arnold, 2016).

V důsledku CMP může dojít k narušení motorických a senzitivních funkcí polykacích orgánů, k narušení jejich koordinace a utlumení, zpoždění nebo absenci reflexů (polykacího, kašlacího, dávivého). Vysoký výskyt dysfagie se uvádí u lézí v mozkovém kmeni, obzvláště v prodloužené míše. Dysfagie vzniká u pacientů s kortikálními i čistě subkortikálními lézemi, naopak je relativně vzácnější u lézí středního mozku a mozečku.

Cévní mozkové příhody jsou závažným a častým onemocněním s velkou mortalitou. Podle odborné literatury (Ambler, Bauer, 2010) je incidence cévních mozkových příhod v různých zemích Evropy rozdílná. V České republice se odhaduje 355 nových případů ročně na 100 000 obyvatel (Kalita, 2013).

Cévní mozkové příhody se dělí na *dvě základní skupiny*: na cévní příhody **ischemické** a na cévní příhody **hemoragické**.

Cévní mozkové příhody ischemické

Ischemické infarkty se vyskytují zhruba v 80 %. Jejich příčinou může být tepenná trombóza, embolie nebo systémová hypoperfuze. Všechny tyto příčiny mají za následek zhoršené zásobení mozku nebo jeho části krví. Pokud uzávěr trvá delší dobu, dochází ke vzniku nekróze mozkových buněk. Tento stav je nazýván jako mozkový infarkt. (Ambler, Z., Bauer, J., 2010)

Ke vzniku ischemické CMP, kdy dochází k ložiskovému poškození nebo následně ke vzniku infarktu, je uzávěr mozkové tepny. Méně často vzniká ischemie hypoperfuzí např. při srdeční zástavě. Stanovení etiologie je velmi důležité, jelikož od správného stanovení se odvíjí specifická léčba a prevence.

Cévní mozkové příhody hemoragické

Příčinou hemoragické CMP bývá nejčastěji arteriální hypertenze, ruptura malých arterií. Nejčastěji dochází k ruptuře jedné arterie, kdy se jedná o jednorázový děj, nebo krvácení trvá hodiny či dny. V místě ruptury následně dochází k fyziologickým hemostatickým a hemokoagulačním dějům a zástavě krvácení. Nadále k hemoragickým CMP zařazujeme i nitrolební krvácení, které vzniká v důsledku antikoagulační léčby, u starších pacientů může ke krvácení dojít z důvodu mozkové amyloidní angiopatie. Naopak u mladších jedinců může dojít k mozkové hemoragii následkem drogové závislosti (amfetamin, kokain). Symptomatika je závislá na velikosti a charakteru krvácení. Mozková krvácení jsou nejčastěji lokalizována do bazálních ganglií, thalamu, mozkového kmene a mozečku.

Léčba chronického stádia po CMP se řídí podle neurologického deficitu, který je dán především poruchou hybnosti, řeči, závratěmi, poruchou rovnováhy a dysfagií. Důležitou součástí je následná komplexní rehabilitace, jejímž cílem je začlenění pacienta zpět do života a do společnosti. Následně bývá i důležitá sekundární prevence, kdy jsou ovlivněny všechny rizikové faktory. U všech pacientů je indikována antitrombotická terapie, která brání tvorbě destiček. Vždy musí být upravena celková životospráva pacienta (Ambler, 2011; Tyrliková, 2012).

U 81 % pacientů s Parkinsonovou chorobou se také vyskytují poruchy polykání. Zhruba u 10- 20% pacientů dochází k úmrtí do jednoho roka na aspirační pneumonii (Tedla, 2009; Mandysová, 2016).

Dále mezi nejčastější onemocnění, u kterých se může vyskytnout dysfagie, jsou:

- zánětlivá onemocnění (stomatitida, tonzilitida, faryngitida)
- nádorová onemocnění (maligní nebo benigní typ v oblasti hlavy, dutiny ústní, orofaryngu, laryngu)
- kardiovaskulární onemocnění (ischemická choroba srdeční, roztroušená skleróza)

- neurologická onemocnění (CMP, neurosvalová onemocnění, centrální parézy, nádory, bulbární ochrnutí, obrny mozkových nervů)
- onemocnění jícnu (reflexní onemocnění, achalázie)
- jiná onemocnění (psychosomatická onemocnění) (Kaufussová, 2007).

Další příčinou dysfagie může být vyšší věk jedince, kdy asi polovina geriatrických pacientů má problém s přijímáním potravy, přičemž ve vyšším věku se poruchy polykání objevují i bez zjevné neurologické příčiny. Jako onemocnění doprovázející dysfagii ve stáří lze uvést bulbární a pseudobulbární syndrom, zánětlivé myopatie nebo myasthenii gravis. Z onemocnění jícnu je to pak např. Zenkerův divertikl a mykotická ezofagitida (Tedla, 2009).

4. Diagnostika, terapie dysfagií

4.1. Symptomatologie

Projevy dysfagie vyplývají z narušení koordinace jednotlivých systémů účastnících se na procesu polykání. Některé znaky dysfagie, však nemusí být přítomny u všech pacientů s poruchou polykání. Patří mezi ně neschopnost rozeznat jídlo, potíže s umístěním jídla v ústech, neschopnost kontrolovat jídlo a sliny, častý kašel ke konci jídla či těsně po jídle, opakované pneumonie, dehydratace nebo úbytek na váze bez jiné zjevné příčiny, či změna kvality hlasu. Pocity uváznutí potravy v hrudníku či regurgitace poukazují na ezofageální dysfagii.

Mezi příznaky, které mohou signalizovat dysfagii a s nimiž se setkáváme v mnohých screeningových nástrojů, patří:

- Kašel v průběhu a po jídle
- Změna hlasu po polknutí, tzv. kloktavý hlas
- Vytékání tekutin, potravy, slin z úst tzv. drooling
- Dysfonie
- Narušený dávivý reflex
- Slabý reflexní kašel i nepřítomnost reflexního kašle
- Dysartrie, afázie
- Narušená funkce hlavových nervů, narušená orofaciální motorika a senzitivita

Při pozorování pacienta je vhodné všimnout si příznaků, jako stopy po pokousání ve tvářích, na jazyku, rtech, zvýšená tělesná teplota, nechutenství, vyhýbání se tekutinám, určitým druhům jídla, nezvykle dlouhá doba nutná pro příjem potravy, únava při jídle, zbytky potravy v ústech, zahlenění.

Potíže při polykání je potřeba nejprve určit a lokalizovat za pomoci radiologického či endoskopického vyšetření. Tato vyšetření určí, zda k aspiraci dochází před, v průběhu nebo po spuštění polykacího reflexu. Jedním z nejzávažnějších a nebezpečných příznaků je aspirace. Před aspirací potravy dýchací cesty chrání tři mechanismy: epiglottis, přiblížování hlasivek a ventrikulárních řas a kašel.

Pokud tyto mechanismy nefungují, dochází k **tiché aspiraci**, která není doprovázena obranným reflexním kašlem a velmi často recidivuje obzvláště u neurologických onemocnění. Dále je důležité rozlišovat, o jaký typ aspirace potravy se jedná. Určení typu aspirace je nezbytné pro následnou klinickou a terapeutickou rehabilitaci. Důsledky pro respiraci jsou závislé na kvalitě bolu, hloubce aspirace a na fyzikálních vlastnostech aspirované potravy (tuhost bonusu, kyselost, infikovanost bakteriemi).

Rozeznáváme tři druhy aspirace potravy:

predeglutivní – k aspiraci dochází z důvodu poruchy kontroly bolusu v orální fázi, před spuštěním nevědomé fáze polykání

intradeglutivní – k aspiraci dochází při vědomé fázi polykání, nebo při pokusu o polykání

postdeglutivní – k aspiraci dojde po polknutí, kdy se zbytky potravy dostávají do průdušnice. (Kaulfussová, 2007)

Dalšími komplikacemi dysfagie mohou být **malnutrice a dehydratace**. Malnutrice a dehydratace se mohou rozvíjet po CMP u pacientů, kteří jimi doposud netrpěli, nebo se může již existující malnutrice a dehydratace ještě více prohloubit.

Malnutrice je dlouhodobý stav výživy pacienta, který nepokrývá ve správné míře všechny jeho potřeby. Malnutrice se rozvine či prohloubí u 25-40 % pacientů po CMP. Kromě hypermetabolického stavu, který může být jednou z příčin rozvíjející se malnutrice u akutních CMP, se jako další důvody uvádějí obtíže s polykáním, modifikovaná strava či fyzická neschopnost „ujíst“ denní porce jídla nezbytné pro zachování přiměřeného stavu výživy. Kromě včasného screeningu dysfagie je proto u všech pacientů po CMP rovněž nezbytný včasný nutriční screening.

S malnutricí přichází řada komplikací. Snížení svalové síly se týká i dechového svalstva, dochází tak k hypoventilaci a vzniku plicních zánětů. (Holmerová, 2007).

Dehydratace je stav nedostatečného množství vody v těle, který vede k nerovnováze koncentrace iontů v krvi. Dehydratace je ve starší populaci poměrně častým jevem. 25 % seniorů nad 70 let žijících doma a až 33 % klientů pečovatelských domů trpí dehydratací. Negativní důsledky dehydratace zvyšuje riziko recidivy CMP. Je proto nutné jejímu rozvoji včas zabránit a všimnout si rizikových faktorů jejího rozvoje, mezi které patří rovněž dysfagie.

4.2. Diagnostika poruch polykání

Úspěšná léčba poruch polykání se odvíjí od důkladné diagnostiky a individuálního přizpůsobení terapeutického plánu. Nesprávně provedená diagnostika vede ke špatně přizpůsobenému léčebnému plánu, který je neúčinný a může dokonce způsobit kontraindikace. Informace získané z diagnostiky jsou potřebné pro minimalizaci rizika vzniku aspirace a nutričního omezení, čímž vedou k dosažení maximální kvality života (Stanchus, 2010).

Dysfagie je klinicky přítomna u pacientů během prvních 3 dnů po cévní mozkové příhodě, a výskyt aspirace během prvních 5 dnů. Vzhledem k tomu vznik pneumonie u pacientů po CMP, je často výsledkem aspirace. Při používání screeningových testů dysfagií může mít za následek významné snížení rizika zápalu plic.

Diagnostika poruch polykání vyžaduje velmi dobře zorganizovaný multidisciplinární tým, do něhož jsou zapojeni zdravotničtí pracovníci různých odborností. Tento tým většinou koordinuje

klinický logoped, popřípadě neurolog. Součástí týmu je také všeobecná sestra, nelékařský zdravotnický personál, rentgenolog, fyzioterapeut, nutriční terapeut a popřípadě další zdravotničtí pracovníci. Také zubař může být důležitým členem týmu v oblasti prevence, včasné rozpoznání orofaryngeální dysfagie. Stanoví nám vhodná doporučení, ukáže, jak máme zlepšit ústní hygienu, aby se zabránilo aspirační pneumonii. V neposlední řadě je zde vždy zapojena rodina pacienta (Logemann, 2013).

Při diagnostice dysfagie rozlišujeme subjektivní a objektivní metody posuzování. Do subjektivních metod zařazujeme anamnézu a subjektivní hodnocení polykací funkce pomocí dotazníků. Do objektivních metod zařazujeme pozorování, fyzikální vyšetření zaměřené na polykací funkci a zobrazovací vyšetřovací metody pomocí přístrojů. Někdy se uvedené metody využívají společně, kdy se např. pozorování uplatňuje zejména při sběru anamnestických údajů.

V různých zdrojích jsou uváděny schémata posloupnosti vyšetření při diagnostice poruch polykání, včetně zdravotnického personálu, který je do dané fáze vyšetření zapojen. Tyto schémata se mění podle kompetencí jednotlivých zdravotnických pracovníků v různých zemích. V anglosaských zemích bývá zcela běžné, že screening poruch polykání provádí sestra. V České republice však tato praxe začala pronikat až v posledních několika letech. I když je to součástí kompetence všeobecné sestry, v mnoha zdrojích lze najít, že screening většinou provádí lékař.

Podle Solné je schéma diagnostiky poruch polykání rozděleno následovně:

- 1. screening** – screening sestrou u všech pacientů s CMP před prvním podáním jídla, tekutin a léků perorálně. Při negativním výsledku, je pacientovi podávána běžná strava a tekutiny bez omezení, pokud lékař neurčí jinak a vždy poprvé pod dohledem. Rescreening sestrou je prováděn do 24 hodin. Pokud je výsledek pozitivní, je pokračováno vyšetřením polykání.
- 2. vyšetření polykání** – začíná detailním vyšetřením, které provádí klinický logoped na podkladě indikace ošetřujícího lékaře, eventuálně vyšetření polykání za pomoci zobrazovacích metod. Toto vyšetření provádí lékař ORL, nebo rentgenolog, které je indikováno ošetřujícím lékařem na doporučení klinického logopeda.
- 3. management** – zde jsou nastaveny terapeutické kompenzační a režimová opatření klinickým logopedem. Zdravotní sestra dohlíží na implementaci a zajišťuje správné polohování a podávání stravy. Nadále po celou dobu hospitalizace je pacient monitorován z důvodu prevence aspirace, dostatečného příjmu potravy a tekutin (Mandysová, 2016).

4.2.1. Anamnéza

Pečlivě provedená anamnéza je velmi důležitým prvním krokem pro správné posouzení stavu pacienta a stanovení dalšího postupu při jeho léčbě. Anamnéza zahrnuje pacientovi příznaky, informace o zdravotním stavu v minulosti i současnosti, zda pacient trpěl poruchou

polykání již v minulosti či nikoli, nebo zda v minulosti prodělal již nějaké vyšetření polykání. Všechny tyto údaje se získávají od pacienta nejlépe osobně, ale je možné je získat od rodinných příslušníků či pečovateli. Odebranou anamnézou se zjistí pravděpodobná příčina poruch polykání u většiny případů. Umožní odhadnout, zda se jedná o dysfagii funkční či strukturální a kde je lokalizována. Nadále umožní určit další postup následujících vyšetření. Od pacienta je důležité zjistit, jaká konzistence stravy mu dělá potíže a zda došlo v poslední době ke změně jeho hmotnosti. Z diagnostického hlediska jsou velmi důležité informace o okolnostech vzniku.

4.2.2. Subjektivní hodnocení polykací funkce za pomoci dotazníků

Subjektivní hodnocení za pomoci dotazníků je jedním ze základních vyšetření, jehož úkolem je odpovědět na otázku, zda je či není dysfagie přítomna. Podle jeho výsledků může dále následovat vyšetření klinickým logopedem a objektivní vyšetření. Některé údaje se doplňují za pomoci fyzikálního vyšetření nebo pozorováním, jak pacient vykonává své denní aktivity. Jedním možným vyšetřením, jak hodnotit polykání pacienta je za pomoci screeningového testu. Takto zle rozpoznat s co největší přesností pacienta s dysfagií a rizikem aspirace. Screening dysfagií u pacientů s CMP snižuje riziko vzniku aspiračních pneumonií a mortality. Z tohoto důvodu by měl být screening proveden u všech pacientů s akutní CMP bez ohledu na její závažnost. A to vždy před podáním prvního sousta či tekutin (Solná, 2015). V dnešní době je k dispozici mnoho dotazníků, kterými lze vyhodnotit subjektivní obtíže s polykáním. Screening se většinou zaměřuje na fyzikální vyšetření týkající se polykací funkce a zkoušku polykání tekutiny. V zahraničí byly v poslední době publikovány spousty screeningových nástrojů, z nichž však žádný nebyl schválen pro vhodný postup (Bours, 2009; Bateman, 2007). Tyto dotazníky jsou většinou rozdělovány do tří skupin, do kterých patří: test polykání vody, test polykání více konzistencí a test provokující polykání.

Ještě před několika lety býval screening dysfagie pouze okrajovou záležitostí, ale dnes tomu tak již není, jelikož byl publikován Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou. Ale již v úvodu je zmíněno, že se nezabývá ošetřovatelskou péčí ani léčbou dysfagie (Škoda, 2011). Na toto konto byl vytvořen Návrh jednotného postupu v péči o pacienty s dysfagií na iktových jednotkách v ČR. Tento dokument zařazuje sestru do dysfagiologického týmu a sestru prování screening dysfagie po následném stanovení diagnózy CMP. Tento dokument byl vytvořen týmem klinických logopedů. V zahraničí se lze setkat s různými nástroji pro stanovení dysfagie, proto při zavádění v České republice bylo velmi náročné zvolit ten pravý. Po dlouhém hledání a zkoumání byl zaveden do praxe **GUSS test**, který je určen pro využití zdravotními sestrami. Je to česká verze nástroje Gugging Swallowing Screen dle Traplové (2007).

4.2.3. GUSS test- Gugging Swallowing Screen

Za jeden z nejpraktičtějších screeningových bed-side testů se pokládá test polykání více konzistencí Gugging Swallowing Screen (GUSS) viz. příloha č. 1. Je to standardizovaný a ověřený nástroj pro použití u lůžka pacientů, kteří prodělali CMP (MOURÃO, 2016).

Tento test byl ověřen prospektivní studií s hodnotami senzitivity 100 % a specificity 50-69 % ve srovnání s FEES (vyšetření flexibilním endoskopem) (Trapl, 2007). Z tohoto důvodu se jeví jako přesnější v detekci pacienta s akutní cévní mozkovou příhodou v riziku dysfagie než všechny verze testů polykání vody. GUSS test je koncipován jako „step by step“ test, který nám umožňuje hodnocení dysfagie s odděleným posouzením netekutých a tekutých konzistencí. Výsledkem testu je rozdělení dysfagie do čtyř stupňů (těžká, střední, lehká a bez dysfagie). Výhodou tohoto testu jsou vypracovaná detailní doporučení a dietetická opatření na základě výsledků testu pro jednotlivé stupně dysfagie. Screeningové vyšetření je určeno pro pacienty s cévní mozkovou příhodou v akutní fázi onemocnění. Cílem vyšetření je identifikace pacienta v riziku dysfagie, eliminace rizika poruchy, kvantitativní a kvalitativní zhodnocení schopnosti polykání, nastavení vhodného typu stravy, možnosti hydratace a iniciace včasného následného diagnosticko-terapeutického postupu (Solná, 2015).

GUSS test je screeningový nástroj dysfagie jednoduše zaznamenávaný u lůžka pacienta. Je určen pro zdravotní sestry, které ho využívají především na jednotkách intenzivní péče a iktových jednotkách. Sestry hrají klíčovou roli v tom co nejdříve posoudit a identifikovat pacientovi problémy. Screening dysfagií založený na jednoduchém fyzikálním vyšetření je v kompetenci českých sester (Vyhláška MZ ČR 2011, s. 484). Tento screeningový test dysfagie doporučuje ve svých dokumentech u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou World Stroke Organization (WSO) a German Society for Clinical Nutrition (DGEM) (WIRTH, 2013; Mandysová, 2016).

Test je proveden u všech pacientů s CMP přijatých na iktovou jednotku a to s indikací od lékaře. První screening u pacienta provádí vždy zdravotní sestra, a to před podáním prvního sousta stravy nebo tekutin (Solná, 2015). GUSS test je rozdělen na 2 části: předběžné posouzení (část 1. nepřímá polykání test) a přímé testování polykání (část 2), která se skládá ze 3 subtestů. Tyto 4 subtesty musí být prováděny postupně. Bodový systém je zvolen tak, že vyšší čísla označují lepší výkon, s maximálně 5 body, které mohou být dosaženy v každém subtestu. Toto maximální číslo musí být dosaženo, aby se mohlo přejít na další subtest. Každá testovaná položka je bodována jako patologická (0 bodů) nebo fyziologická (1 bod). V rámci hodnotících kritérií pro "polykání" v přímém testu polykání, je použito jiné hodnocení. Při normálním polykání jsou přiřazeny 2 body, u zpožděného je přidělen 1 bod, a pokud se jedná

o patologické polykání, je přiřazeno 0 bodů. Pacienti musí úspěšně dokončit všechny opakování k dosažení plného skóre 5 bodů. Pokud je výsledek subtestu méně než 5 bodů, musí být zkouška zastavena a měla by být nastavena speciální dieta, anebo je doporučeno provedení dalších vyšetření. Dvacet bodů je nejvyšší skóre, kterého pacient může dosáhnout, a to znamená normální polykací schopnost bez rizika aspirace.

GUSS – administrace

Pomůcky

- hrnek
- čajová lžička
- čistá voda
- zahušťovadlo (Nutilis)
- piškoty (chleba, veka)
- záznamový arch screeningového vyšetření GUSS

Před zahájením testu informujeme pacienta o plánovaném výkonu. Pacient musí být napoložován do sedu, event. polosedu (položování alespoň do 60°) a provede se kontrola hygieny dutiny ústní, event. zajistíme hygienu dutiny ústní. Dle studií bylo dokázáno, že důkladná hygiena dutiny ústní nám napomáhá předcházet rozvoje aspirační pneumonie (SØRENSEN, 2013). Nadále se postupuje podle pokynů záznamového archu screeningového vyšetření GUSS testu.

Nepřímý test polykání

- pacient by měl být bdělý nejméně 15 min při napoložování do sedu či polosedu
- pacient by měl být schopen cíleně zakašlat či odkašlat („odčistit hrdlo“) dvakrát
- pacient by měl být schopen na výzvu polknout sliny, bez přítomnosti drooling (tj. slinění – vytékání slin z úst), pokud má pacient výrazně sucho v ústech a nemá tak dostatek slin k cílenému polknutí, dutinu ústní navlhčíme. Je důležité všimnout si změny hlasu po polknutí (vzveme pacienta, aby řekl „O“ – hlas by měl být stejný jako před polknutím, neměl by být slabší, „vlhký“, „kloktavý“, „bublavý“)

Přímý test polykání

- subtest zahuštěná tekutina: čistá voda, neperlivá, chladná, zahuštěná pomocí zahušťovadla do konsistence pyrė / pudinku; první podávané sousto je velikosti ½ čajové lžičky, při efektivním polknutí následuje 5 dalších již plných čajových lžiček; vyšetřující pozoruje výkon pacienta po každé podané lžičce; vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán jeden ze čtyř rizikových znaků aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)

- subtest tekutina: první doušek čisté vody je podán z hrnku o velikosti 3 ml; pokud je polknutí úspěšné, pokračuje se s postupně zvyšujícím se objemem doušku na 5, 10, 20 a 50 ml; k vypití 50 ml je pacient instruován tak, aby je vypil co nejrychleji; vyšetření je opět zastaveno, pokud je zaznamenán jeden ze čtyř rizikových znaků aspirace
- polykání pevné stravy: jako první sousto je použit kousek chleba či ½ piškoty; test je opakován 5x; pro efektivní polknutí byl stanoven limit 10 sek. včetně orální přípravné fáze; vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán jeden ze čtyř rizikových znaků aspirace
- zjištěné hodnoty zaznamenáme do záznamového archu

Po ukončení vyšetření se provede hygiena dutiny ústní. Výkon pacienta je důležité zaznamenávat do záznamového archu a následně sečíst dosažené bodové hodnocení nepřímého a přímého testu schopnosti polykání. Výsledek screeningu je oznámen ošetřujícímu lékaři a je zaznamenán do zdravotnické dokumentace pacienta. Ošetřující lékař indikuje další postup, tj. možnosti vyšetření klinickým logopedem a možnosti objektivního vyšetření polykání metodami VFS (videofluoroskopie) nebo FEES.

GUSS – opakování vyšetření

Administrace screeningového vyšetření schopnosti polykání u pacienta po CMP by měla být provedena vždy:

- před podáním prvního sousta stravy či tekutiny
- 24 hodin po první administraci u akutního pacienta s CMP
- následně 1x / týden během prvních 4 týdnů po vzniku CMP při přetrvávajících obtížích ve schopnosti polykání
- při změně celkového stavu či změně schopnosti polykání vedoucí ke změně stravy, podávání tekutin či úpravě režimových opatření

Po opakovaném vyšetření je důležité provést záznam do dokumentace a založení záznamového archu screeningového vyšetření do dokumentace.

O výsledku opakovaného vyšetření informujeme ošetřujícího lékaře a/nebo klinického logopeda (Screening dysfagie – GUSS).

Vyšetření klinickým logopedem:

Při pozitivním screeningu, kde je podezření na dysfagii a riziko vzniku aspirace, by mělo být provedeno komplexní klinicko - logopedické vyšetření. Diagnostiku logopedem tvoří komplexní anamnéza, hodnocení orálně-motorických struktur a jejich funkce, hodnocení kvality řeči a hlasu, posouzení adekvátní obrany proti aspiraci a koordinace dýchání a polykání stravy různé velikosti a konzistence.

Vyšetření orální motoriky bývá vždy přízpusobené poruše polykání, vždy se sleduje:

- symetrii tváří v klidu a při pohybu
- sevření úst při polykání, bývá vyšetřováno nafouknutím tváří, pokud není sevření dostatečné, je slyšitelný únik vzduchu
- když jsou ústa otevřena, sledujeme temporomandibulární klenbu, chrup, tonus jazyka
- motorika jazyka, zda není přítomna atrofie jazyka, síla jazyka je vyšetřována tlakem hrotu jazyka na ústní lopatce
- stav sliznic v dutině ústní
- zdvižení měkkého patra a symetrie pohybu, nedostatečnost v této oblasti může zapříčinit zatékání tekutiny do nosohltanu
- citlivost tváře je vyšetřována při zavřených očích a dotýkáme se rtů, tváří a brady

Nadále je posuzována orální kontrola a polykání. Ty je možné posoudit za pomoci lízátko. Lízátko slouží jako kontrola pohybu v dutině ústní, zda je pacient schopen přendávat lízátko z jedné strany tváře na druhou. Pokud je vše v pořádku, přesun jde dobře a pohyby jsou vykonány rychle. Schopnost vyvolání polknutí při zvýšené tvorbě slin taktéž naznačuje, že je vše v pořádku. Pokud je viditelné vytékání slin z úst, naznačuje to neschopnost kontrolovat potravu a tekutinu v dutině ústní a pacient není schopen vyvolat hltanovou fázi. Stejně tak jako zdravotní sestra vyšetřuje pacienta za pomoci GUSS testu, taktéž logoped si opět pacienta vyšetřuje podáním kousku potravy a sleduje, jak si s ním pacient počíná a sleduje, v jaké fázi polykání nastává komplikace. To celé se opakuje i s tekutinou, zda nedojde k aspiraci, kdy je test brán jako pozitivní, pokud jsou přítomny dva ze šesti sledovaných příznaků (kašel, změna hlasu, dávivý reflex, dysfonie, dysartrie, abnormální kašel) (Tedla,2009).

4.2.4. Objektivní vyšetření

Objektivní vyšetření je důležitým aspektem při vyšetřování pacienta zaměřené na polykací funkci. Toto vyšetření začíná již při prvním kontaktu s pacientem, kdy sledujeme stav vědomí, respirační funkci a pacientův nutriční stav. Detailní objektivní vyšetření bývá v kompetenci lékaře a klinického logopeda. Příznaky mohou již prokázat možnost přítomnosti dysfagie (vytékání slin či tekutiny z úst, přítomnost zbytků jídla v dutině ústní, bublavý hlas, častý kašel a dávení se, vypadávání potravy z úst, časté horečky nejasné příčiny, úbytek tělesné hmotnosti). Pozorovaná symptomatologie se ovšem liší podle přítomnosti primárního onemocnění, kdy je při CMP spíše možné se setkat se sníženou citlivostí či poruchou hybnosti tváře. Naopak u pacientů např. s karcinomem hlavy a krku je patrná změna anatomických struktur.

U pacientů se vždy pozoruje porucha tvorby hlasu, afázie (poruchy tvorby a porozumění řeči), dysartrie (poruchy artikulace), abnormální kašel, změna hlasu po polknutí. Nadále

se vyšetřuje orální motorika. A v neposlední řadě se zjišťuje přítomnost reflexů. U konkrétních onemocnění je objektivní vyšetření přizpůsobeno s ohledem na charakter možných potíží.

4.2.5. Zobrazovací vyšetřovací metody

Zobrazovací vyšetření je indikováno po vyšetření klinickým logopedem společně s lékařem, kdy jejich cílem je odhalení organické a funkční změny ve strukturách zapojených do polykání. Zhodnocuje úroveň efektivity polykání v jednotlivých fázích polykacího aktu, koordinaci dýchacích cest a polykání, adekvátnost ochrany dolních dýchacích cest a odhalení případně kvantifikace penetraci bolusu do tracheobronchiálního stromu (Mandysová, 2016).

Vzhledem k dostupnosti a odborné znalosti, není možné provádět instrumentální vyšetření u každého pacienta s podezřením na dysfagii. Z tohoto důvodu byly vyvinuty screeningové postupy pro diagnostiku dysfagií (O'HORO JC, 2015).

Videofluoroskopie (VFS) je jednou ze standardních vyšetřovacích metod. VFSS nám vyhodnotí penetraci a aspirace, ale také mnoho různých anomálií v dutině ústní, hltanu, jícnu (Kim, 2014). Jedná se o radiologickou vyšetřovací metodu, kdy je vyšetřován celý horní zažívací trakt, za přítomnosti radiologa, lékaře ORL eventuálně klinického logopeda. Po celou dobu vyšetření pacient sedí ve vzpřímené poloze. Pacientovi je podáno sousto různé konzistence (tekuté, kašovitě, tuhé) smíchané s kontrastní látkou. Kontrastní látka převážně velmi přesně ukáže přítomnou aspiraci a zároveň dokáže vyloučit tichou aspiraci. Dynamický proces polykání je zaznamenáván analogově či digitálně, rychlostí záznamu zhruba 25 snímků za sekundu. Výhodou tohoto vyšetření je možnost vizualizace struktury horních dýchacích cest a trávicího traktu, vizualizace vzájemné koordinace těchto struktur, sledování podaného bolu. Zároveň je to metoda diagnosticko – terapeutická, kdy je zjištěno, který z postupů polykání je pro pacienta vhodný a bezpečný. Nevýhodou tohoto vyšetření je, že se musí často opakovat a pacient je vystavován často RTG záření. Vyšetření nelze provést u ležících pacientů, kteří nejsou schopni zaujmout polohu vzpříma.

Videoendoskopie (FEES – Flexible Endoscopic Examination of Swallowing) je další zobrazovací metoda, která je velmi často využívána. Indikací k FEES bývá většinou podezření na aspiraci. Jedná se o funkční vyšetření polykání za pomoci flexibilního videolaryngoskopu, který se zavádí přes nos do oblasti nosohltanu nad epiglottis. Jejím úkolem je zhodnocení anatomických poměrů v dutině nosní, hltanu, hrtanu a funkci jednotlivých orgánů při polykání bez potravy, ale také za pomoci obarvené potravy v různé konzistenci a jsou zaznamenávány potíže zejména ve faryngální fázi polykacího aktu. Po polknutí různé konzistence je hodnocen postup potravy za pomoci **penetračně – aspirační škály dle Rosenbeka** (viz. příloha č. 3) Nevýhodou tohoto vyšetření je, že nelze vyšetřit fázi orálně přípravnou a fázi ezofageální. Výhodou je, že pacient není

zatěžován zářením, proto ji lze častěji opakovat. Pacienta je možné vyšetřit i na lůžku, takže toto vyšetření je možné i u pacientů po CMP (Neubauer, 2014).

K vyšetření se používá flexibilní endoskop s průměrem distálního konce do 4 mm, který lze zavést nosní dutinou a při vyšetření zásadněji neovlivní vlastní polknutí. Kromě technického vybavení jsou k vyšetření potřeba čajová a polévková lžice, plastové pohárky, brčko, buničina, prostředek proti zamlžování endoskopu, potravinářské barvivo, dětské piškoty, zdravotnické zahušťovadlo. Při vyšetření se testuje strava tří různých konzistencí – tekutina, pyré a tuhá strava. Pro dobrou přehlednost v polykacích cestách se tekutiny a pyré obarvují pomocí potravinářských barviv, zpravidla každá potravina jinou barvou. Je nutno volit takové barvy, které jsou proti sliznicím polykacích cest dostatečně kontrastní – vhodné jsou barvy zelená, modrá či fialová. Tuhá konzistence stravy barvení nevyžaduje. K přípravě konzistence pyré je využíváno zdravotnické zahušťovadlo Nutricia Nutilis. Jedná se o chuťově neutrální sypký prášek na bázi kukuřičného škrobu, který se přimíchává do tekutin či mixované stravy.

K vyšetření se pacient usazuje do vyšetřovacího křesla ve vzpřímené poloze s hlavou opřenou, ruce volně položené v klíně. Vyšetřující stojí čelem k pacientovi či mírně po jeho pravé straně, endoskopickou věž má umístěnu za pacientem. Asistující zdravotní sestra stojí po boku pacienta vlevo, v případě potřeby fixuje rukama jeho hlavu. Pokud pacient nemůže sedět, je polykání testováno v poloze, ve které se obvykle při přijímání stravy nachází, je ale potřeba, aby poloha byla co nejvíce vzpřímená. Těsně před vyšetřením je distální konec endoskopu ošetřen prostředkem proti zamlžení či nahřátý v teplé vodě.

Při průchodu endoskopu nosní dutinou je hodnocen charakter sliznic a případný patologický obsah dutiny (hnisavý sekret, přítomnost stravy apod.). Následně se endoskop zastavuje v úrovni zadního okraje septa (vomery), kde se sleduje konfigurace a symetrie nosohltanu a zadního okraje měkkého patra, přítomnost patologické tkáně, hleny či zbytků stravy v klenbě nosohltanu. Pacient je vyzván k fonaci „ku-ku-ku“, při které se posuzuje suficience velofaryngeálního uzávěru, rychlost a symetrie pohybu zadního okraje měkkého patra proti Passavantovu valu – příčné řase vyklenující se při kontrakci zadního fascikulu m. palatopharyngeus (sphincter palatopharyngeus). Dále je pacient vyzván k polknutí „naprázdno“, kdy lze při nedostatečnosti velofaryngeálního uzávěru pozorovat únik slin do nosohltanu. Po zhodnocení nosohltanu se pacient vyzve k dýchání nosem, což zajistí relaxaci měkkého patra do fyziologického postavení a zprůchodnění přechodu mezi naso- a orofaryngem a endoskop je možno stočit a zavést kaudálně do orofaryngu. Zde si vyšetřující všimá symetričnosti stěn hltanu, velikosti linguální tonzily, prostornosti jazykových valekul a piriformních recesů, tvaru a pohyblivosti epiglotis, postavení a hybnosti hlasivek, charakteru sliznic vestibulárních řas a zadní komisury. Následně se pacient vyzve k fonaci „híííí“, při níž se posuzuje symetrie a hybnost hlasivek

a dostatečnost glotického uzávěru. Poté pacienta požádáme o polknutí naprázdno a hodnotí se, za jak dlouho od povelu k polknutí došlo, jak dlouho trvalo a zda byla symetrická a koordinovaná kontrakce stěn hltanu. Po zhodnocení anatomických struktur a fyziologie polknutí naprázdno pokračuje diagnostická část podáváním stravy. Endoskop zůstává zastaven v úrovni měkkého patra a shlíží kaudálně do hltanu. Pacientovi je jako první podáno na lžičce sousto vody zahuštěné na konzistenci pyrě a je vyzván, aby sousto chvíli podržel v dutině ústní. Předčasný průnik bolusu aborálně ještě před započítáním polknutí má vysoké riziko predeglutivní aspirace. Typicky se vyskytuje u neurologických pacientů po iktu a u pacientů po parciálních resekcích jazyka. Na výzvu pacient začíná bolus zpracovávat. Při fyziologickém polknutí se strava pod úroveň hrtanového vchodu nedostane.

Nedojde-li při testování pyrě ke zřetelné aspiraci, je možno pokračovat ve vyšetřování podáním nezahuštěné tekutiny. V opačném případě je nutné vyšetření zastavit. Obarvenou vodu pacient buď nasaje brčkem z pohárku, klasicky se z pohárku napije, nebo ji v případě potřeby dostane na lžici od asistující zdravotní sestry. Průběh a hodnocení se od polknutí pyrě neliší, po polknutí tekutiny ještě necháváme pacienta promluvit, zda nemá „vlhký“ hlas, což by svědčilo pro laryngeální penetraci či aspiraci. Poslední testovanou konzistencí je tuhá strava. Pacientovi je podána polovina nebo celý dětský piškot s pokynem rozkousat jej tak, jak je zvyklý a polknout.

Na diagnostickou část v případě zjištěné patologie může ihned navázat část terapeutická, která probíhá pod vedením klinického logopeda. Při stále zavedeném endoskopu se testuje vhodná konzistence stravy a vyhledává se vhodná poloha pro bezpečný průchod stravy. Pacient se zároveň učí různé obranné a rehabilitační techniky (Černý, 2011).

4.3. Terapie dysfagie

Terapie dysfagie se vždy odvíjí podle toho, zda je příčina známa či ne. Pokaždé se zaměřuje na to, zda je pacient schopen potravu přijímat per os či ne a v jaké konzistenci (tuhá, zahuštěná, tekutá strava). U těchto pacientů je potřeba nalézt způsob, při kterém bude polykání bezpečné. Následnou rehabilitací lze poté docílit stavu, kdy je polykání zautomatizované, bezpečné a dostatečné. Pokud pacient není schopen přijímat potravu per os je potřeba zajistit jiný dostatečný příjem, např. parenterální či enterální cestou. Pokud se nepodaří pacientovi pomoci konzervativní terapií, je u pacienta indikována chirurgická léčba.

4.3.1. Výživa u pacientů s dysfagií

Cílem léčby dysfagií je obnovit perorální příjem při adekvátní hydrataci, výživu a nebezpečného polykání. Důležité je rozhodnutí, kdy pacienta necháváme na perorálním příjmu, nebo kdy je potřeba zajistit výživu sondou či stomií. Příjem potravy dysfagického pacienta se odvíjí

od doporučení klinického logopeda, který na základě vyšetření polykání navrhne nejbezpečnější způsob podání výživy.

Orální x neorální výživa z pohledu dysfagiologických kritérií

- Aspiruje-li pacient více než 10 % z každého bolu a je si aspirace vědom, ale kompenzační či terapeutické strategie nejsou účinné, je indikována neorální výživa a pokračuje se v nepřímých terapeutických technikách (tj. nácvik polykání na slinách)
- Trvá-li celková orální a faryngeální doba déle než 10 vteřin u jakékoliv konzistence potravy pokračuje se v orálním příjmu potravy a zároveň se pacient dosycuje neorálně či se mu přidávají kalorické doplňky stravy.
- Pacient sice polyká, ale není schopen ani při dodržení všech zásad a současném podávání nutričních doplňků udržet si váhu pokračujeme v perorálním příjmu a zároveň dosycujeme neorálně (Logemann, 1998).

Perorální příjem může být ovlivněn mnoha faktory, mezi které zařazujeme: typ stravy, konzistence jídla a další faktory, jako jsou chuť, čich, porucha kousání, porucha pohyblivosti jazyka. Další ovlivnění příjmu potravy může být modifikace stravy, nebo změnou návyků. U pacientů s opožděnou faryngální fází může větší bolus spuštění fáze vyvolat. Naopak u pacientů s oslabenou faryngální fází polykají větší bolus nadvakrát, nebo dokonce natřikrát. Je důležité dbát na to, aby nejedli příliš rychle, jelikož může dojít k hromadění potravy v hltanu a k následné aspiraci. Z tohoto důvodu vždy při jídle asistuje zdravotní sestra, nebo pokud je to zapotřebí, pacienta nakrmí. Konzistence stravy je také velmi důležitá. Je potřeba použít stravu vhodnou při poruše polykání. Z tohoto důvodu je vždy nutná konzultace s nutričními terapeutky, aby našli optimální konzistenci jídla pro každého pacienta individuálně.

Pacient, u kterého polknutí jednotlivého bolusu jakékoliv konzistence trvá déle jak 10 sekund je indikována nějaká forma umělé výživy. Pokud je očekáváno rychlé zlepšení poruchy bývá indikována nasogastrická sonda (NGS). Pokud jsou očekávány dlouhodobé polykací potíže, je indikována perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). Umělá výživa bývá indikována u pacientů s nedostatečným příjmem energie a živin, když jsou podávány perorální nutriční doplňky.

Parenterální výživa je indikována u pacientů, u kterých je enterální výživa kontraindikována. Pokud je to však možné, je preferována výživa enterální (Tedla, 2009).

Jak vybrat nejlepší možné konzistence stravy? Je důležitý výběr co nejlepší možné konzistence pro usnadnění konzumace jídla. Pacient, kterému vytékají tekutiny nosem, je potřeba tekutiny zahustit. Naopak pacient s poškozenou orální fází bude potřebovat jídlo velmi řídké konzistence. Pacient s opožděným polykáním ve fázi faryngeální potřebuje husté tekutiny a měl by se vyhýbat řídkým tekutinám. Ke zvolení správné konzistence potravy, je zapotřebí mít k dispozici

podrobné vyšetření polykacího aktu. Nedostatečný perorální příjem by měl vést již k zmíněné adekvátní nutriční podpoře, která je důležitá i pro usnadnění rehabilitace polykání a návrat k perorálnímu příjmu.

Nevhodné potraviny pro pacienty s poruchou polykání, jsou takové, které se v ústech snadno drobí, například rýže či sušenky, protože zvyšují riziko dušení. Dále není vhodné podávat tekutiny s kousky stravy jako je polévka s knedlíčky či zavářkou, lepkavé potraviny a pokrmy, například suché rozmačkané brambory, nebo potraviny houževnaté konzistence (Garcia, 2010).

Zahušťování

U pacientů s poruchami polykání je důležitá přítomnost zkušeného nutričního terapeuta v týmu, který o pacienta pečuje a je schopen zajistit individuální nutriční režim. Z modulových dietetik pak pacienti s dysfagií nejvíce využijí instantní zahušťovadla (Nutilis). Pacienti s dysfagií často vyžadují zcela hladkou stravu. Mixované jídlo při dlouhodobé konzumaci není příliš vábné a mnoho lidí neatraktivní jídlo odmítá. Za pomoci zahušťovadel je možné jídlo připravit atraktivněji. Jídlo je připraveno dle normální receptury. Poté se rozmixuje na velmi řídkou kašičku, do které se přidává zahušťovadlo. Po minutě stání se hmota buď naplní do formiček, v nichž se dá zmrazit, nebo se vkusně upraví na talíř. Zní to složitě, je to práce navíc. Je to však jednoduché a efektivní. Cílem terapie dysfagie je obnova perorálního příjmu, což je třeba pacientům co nejvíce usnadnit. Výše popsaným způsobem lze připravovat speciální dietu ve stravovacích provozech i v domácím prostředí (Grofová, 2008).

4.3.2. Stravování pacienta

Ze studií vychází, že pokud je pacient krmen jinou osobou má 20 x vyšší riziko aspirační pneumonie než pacienti, kteří jedí sami. Existují však kritéria, které mohou tato rizika snížit.

- Pacienta krmíme přísně ve vzpřímeném sedu, s mírně předkloněnou hlavou
- Nikdy nepodáváme jídlo ani pití vleže!
- V případě, že pacient nosí brýle nebo sluchadla, je nutné mu je pomoci nasadit
- Obvykle používáme lžičku nebo dezertní lžíci. Nebo můžeme použít plastovou či gumovou lžičku
- Pacientovi nabídneme kelímek s větším průměrem, aby nezakláněl hlavu, nebo brčko.
- Důležitá je důkladná orální hygiena a kontrola upevnění zubní protézky.

Krmení by mělo probíhat v klidném prostředí tak, aby měl pacient dostatek času na zpracování sousta a byl schopen vědomě a kontrolovaně polykat podle pokynů klinického logopeda. Jídlo podáváme v úrovni očí. Pacienta podporujeme v samostatném krmení, ale nikdy ho nenutíme. Podávání dalšího sousta by mělo být tehdy, až když jsou ústa prázdná. Pokud vidíme, že se pacient nesoustředí nebo začíná pospávat, přestáváme s krmením. Po ukončení krmení opět provedeme

důkladnou kontrolu dutiny ústní, popřípadě ústa vyčistíme mechanicky. Pacienta necháváme ve vzpřímené poloze po dobu 20- 30 minut (Dysphagia and Nutrition, 2011).

Pacienti po CMP s dysfagií mají obtíže s udržováním dostatečné ústní hygieny. Správná ústní hygiena by měla být zachována u všech pacientů, aby se zajistilo odstranění zubního plaku a bakterií množících se v ústech, a tím se zabránilo vzniku aspirační pneumonie (Morris, 2013).

4.3.3. Rehabilitace poruch polykání

Polykací akt je možné optimalizovat za pomoci rehabilitační léčby logopedem různými cviky a manévry. Logoped má k dispozici celou řadu tréninkových metod na různé typy poruch polykání, kdy je nutné zvolit správnou metodu pro danou poruchu. Pro celkovou rehabilitaci je důležité informovat o všem pacienta, aby aktivně spolupracoval.

Nepřímá léčba poruch polykání

Nepřímá terapie je soubor cvičení, která se provádějí bez použití potravy. Je zaměřena na zlepšení síly a koordinace svalů, které jsou zapojeny při polykání. Tato terapie je vhodná u pacientů, kde není možné vyvolat hltanovou fázi a u pacientů, kde hrozí riziko aspirace veškeré potravy a nejsou vyživováni perorálně.

Cvičení orální fáze – je zaměřena na zlepšení rozsahu jazyka a dalších polykacích orgánů. Zlepšuje orální kontrolu a vyprazdňování dutiny ústní (sliny, potrava). Při těchto cvikách je vhodné, aby se pacient sledoval v zrcátku.

Cvičení hltanové fáze – soubor cviků na posílení hltanu a kořene jazyka, hlasivkového uzávěru a elevace hrtanu.

Přímá léčba poruch polykání

Cvičení s malým soustem stravy různé konzistence, které je možné provádět i u pacientů se zavedenou NGS.

Manévry a polohy při polykání jsou součástí cvičení na posílení svalstva polykacího aktu a zároveň zajišťuje bezpečný příjem potravy. Cvičení nemá pravidelný režim a není přesně definováno, jak často by se cvičení mělo opakovat, ale opakujeme tak často, jak je to možné. Cvičení na posílení svaloviny polykacích struktur se zaměřuje na tělo jazyka, kořen jazyka a svalovinu hltanu. Cílem je zlepšení hnací síly v orální a faryngeální části aktu polykání. Přímou terapií se celková síla jazyka zlepšuje při podání malého množství pyré, nebo tekutiny a přitlačením jazyka na strop dutiny ústní. Posílení hltanu bývá prováděno tepelně dotykovou stimulací pomocí vychlazeného laryngeálního zrcátka, kdy jsou stimulovány hltanové oblouky. Po provedené stimulaci, je možné podat hlt studené tekutiny. Zlepšení síly jazyka se provádí usilovným polknutím potravy konzistence pudinku. Mendelsohnův manévr vede ke zlepšení polykání zvýšením rozsahu a trvání elevace hrtanu a prodloužením otevření a rozšíření horního

jícnového svěrače vede ke zmírnění diskoordinace polykání. Tento manévr patří mezi jeden z nejnáročnějších cviků v rehabilitaci polykání. Pacient je poučen, aby si podržel ohryzek ve zvednuté poloze pomocí krčních svalů. Pokud je tento manévr prováděn se soustem potravy, prodlužuje se čas otevření horního jícnového svěrače a tím je redukováno reziduum hypofaryngu.

Ke zlepšení koordinace struktur podílejících se na polykání přispívá fungující polykání spojené se cvičením. Supraglotické polknutí je, když pacient podrží sousto v ústech, nadechne se nosem, zadrží dech před a během polykání. Po ukončení polykání by měl pacient zakašlat, jelikož se tím možný zbytek potravy uvízlý ve vchodu hrtanu vykašle. Super – supraglotické polknutí způsobí kolaps hrtanového vestibula pohybem kořene jazyka. Koordinace polykání a cyklu dýchání napomáhá po dobu polykání k vytvoření maximálního subglotického tlaku po dobu polykání. Pacient se hluboce nadechne před polknutím a polkne se zadrženým dechem nebo při výdechu. Zadržení bolusu je manévr, který spočívá v podržení potravy před polknutím v ústech. Cílem je možné zlepšení načasování mezi orální a faryngeální fází.

Dalším důležitým faktorem je poloha a postoj hlavy, která může zlepšit návrat k orálnímu příjmu. Hlavu otáčíme na postiženou stranu, kdy je strava nasměrována na stranu silnější. Předklon hlavy předchází aspiraci. Někdy můžeme tyto dva manévry kombinovat, což bývá výhodou. Nadále můžeme pacienta uložit do lehu na bok, kdy je redukováno reziduum v hltanu (Tedla, 2009; Lasotová, 2012).

Pokud jsou vyčerpány všechny možnosti konzervativní terapie, nastupuje terapie chirurgická. Ta je rozdělena na léčbu kurativní a paliativní.

5. Empirická část

Empirickou část diplomové práce tvoří kazuistika, která popisuje ošetrovatelský proces o pacienta s CMP, postup provádění screeningové metody GUSS testu a následnou ošetrovatelskou péči při pozitivním výsledku. Nadále je tato část zaměřena na zhodnocení GUSS testu všeobecnými sestrami a logopedy, zda standard při GUSS testu z hlediska praktického využití je vhodně vypracován, a zdali by bylo na místě provést změny či nikoli.

5.1. Cíle výzkumné práce

Hlavním cílem práce je ověřit, zda GUSS test a následný stanovený postup ošetrovatelské péče vypracovaného standardu léčebného plánu, vyhovuje všeobecným sestrám. Dílčím cílem je ověřit, zda-li by sestry na základě dosud získaných zkušeností chtěly postup doplnit, inovovat, případně aktualizovat. Na základě častější spolupráce všeobecných sester s logopedy je dalším cílem zhodnocení spolupráce mezi všeobecnými sestrami a logopedy. Součástí práce je též zhodnocení efektivity využívání GUSS testu při poskytování ošetrovatelské péče a léčby poruch polykání

5.2. Metodika

Pro naplnění stanovených cílů byla zvolena forma kvalitativního výzkumu- kazuistikou. Pro zpracování kazuistiky, byl vybrán pacient po CMP hospitalizovaný na oddělení iktové jednotky. Z důvodu CMP a rizika dysfagie byl u tohoto pacienta proveden GUSS test, který byl s negativním výsledkem, avšak posléze došlo k náhle vzniklé aspiraci. Po vypracování kazuistiky, byly provedeny rozhovory se čtyřmi všeobecnými sestrami, které souhlasily s rozhovorem. Nadále s rozhovorem souhlasili dva logopedi pracující na iktové jednotce, na které byl hospitalizován uvedený pacient. Rozhovor byl zcela dobrovolný a anonymní, kdy respondenti souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon a zároveň s uveřejněním odpovědí v diplomové práci. Rozhovory probíhali formou otevřených otázek na dané téma v období od ledna 2017 do února 2017. Rozhovory byly přepsány a jejich analýza s nejdůležitějšími informacemi k danému tématu zaznamenány v práci. Rozhovory byly vedeny formou otevřených otázek se zaměřením na získání relevantních informací, jak dotazované zdravotní sestry a logopedi hodnotí přínos a efektivitu stanoveného postupu GUSS testu. Výsledky rozhovorů jsou zhodnoceny v závěrečné diskuzi.

5.3. Kazuistika

Informace o pacientovi byly získány při rozhovoru za účelem získání ošetřovatelské anamnézy. Nadále z nahlížení do dokumentace se souhlasem lékaře, pacienta a pacientovi rodiny.

Pacient S.J. narozen roku 1943

Pacient byl přijat na oddělení iktové jednotky z důvodu ischemické CMP. Informace jsou zaznamenány postupně dle lékařského příjmu.

NO: Dnes v 18:00 v Domově pro seniory vzniká náhlé oslabení levostranných končetin. Rychlou lékařskou službou byl převezen na urgentní příjem oblastní nemocnice.

OA: Diabetes mellitus na inzulínu

Esenciální hypertenze

Bronchopneumonie

Demence kombinovaného typu, Abusus alkoholu

FA: Actrapid 10j – 10j – 10j (humánní inzulín s rychlým účinkem)

Humulin N 10j na noc (humánní inzulín)

Betaloc 25mg 1tbl. - 0–1 tbl. (betablokátor)

Memantin 20mg 1 tbl. - 0–0 (lék k léčbě demence)

Quetiapin 25mg 0–0- 0,5 tbl. (antipsychotikum)

Tanakan 40mg 1tbl. - 1tbl. – 1 tbl. (lék podávaný při poruchách duševní výkonnosti a při demenci)

Yasnal 10mg 0–0- 0,5 tbl. (lék při léčbě demnce)

AA: neguje

PA: žije v domě pro seniory

Status praesens: GCS- 15, dysarthrický, lucidní, orientovaný, bez fatické a amnestické poruchy, ameningeální, pravák.

Neurologické vyšetření: bulvy ve středním postavení, volně hybné všemi směry, nesleduje levé zorné pole, zornice izokorické, foto +/+ v symetrii, mimika asymptomatická s poklesem vlevo, jazyk středem, plegie LHK, jen na významnou bolest náznak tonie, stisk 0, tremor 0 plegie DK vlevo, na bolest flektuje necíleně.

Interna

Habitus: hyperstenický, obézní, hydratace přiměřená

Hlava: bez hematomu, skléry bílé, spojivky růžové, uši + nos bez výtoku, dutina ústní klidná

Krk: karotidy tepou symetricky

Hrudník: poslechově dýchání sklípkové bilat., bez vedlejších fenoménů, eupnoe, spontánní ventilace sufficientní, bez O₂ suplementace, SpO₂ 97%, RR 16/min

Oběh: stabilní, bez oběhové podpory, na urapidilu i.v.(ordinováno bylo již, vstupně TK 195/100 torr, HR 100/min, pulzace hmatná do periferie

Břicho: nad úrovní, měkké, volně prohmatné, aperitoneální, peristaltika +

Končetiny: klidné, bez otoků, nekroza nad levým kotníkem, zřejmě uzavřená

Kůže: anikterická, bez cyanózy, normální turgor, ichtiosa DK

Diuréza: PMK nezaveden, zatím nebilancováno, stolice +, inkontinentní

Teplota: afebrilní

Závěr: ischemická CMP, pacient indikován k hospitalizaci na iktové jednotce, kde je indikována

Actilysa 85mg i.v. (Léčivou látkou přípravku Actilyse je alteplasa. Alteplasa patří do skupiny léků, které se nazývají trombolytika. Tyto léky svým účinkem rozpouští krevní sraženiny, které vznikly v krevních cévách. Actilyse se používá k léčbě řady stavů, které jsou způsobeny vznikem krevní sraženiny uvnitř krevních cév, včetně: srdečních příhod, způsobených krevními sraženinami v tepnách srdce (infarkt myokardu), krevních sraženin v tepnách plic (plicní embolie), cévních mozkových příhod způsobených krevní sraženinou v tepně mozku (akutní ischemická cévní mozková příhoda).

Plán péče: režim po podání Actilyse, dovyšetření etiologie, kardioneuromonitoring, GUSS test.

Péče o pacienta z hlediska ošetrovatelské péče

Pacient byl přijat na oddělení iktové jednotky ve 20:00 hodin, uložen na monitorované lůžko, kde byl pacient po celou dobu hospitalizace monitorován. Sledujeme kontinuální měření EKG, TK, SpO₂. Nadále jsou plněny ordinace lékaře, jelikož podání Actilyse musí být co nejrychlejší. U pacienta během příjmu získáváme ošetrovatelskou anamnézu. Anamnéza je získávána během rozhovoru s pacientem, pozorováním a z dokumentace získané z domova pro seniory. Vše bylo řádně zaznamenáno do formulářů k tomu určených. Viz příloha. Pacient se již od příjmu zdá částečně nesoběstačný, bude vyžadována celková ošetrovatelská péče.

Během hodiny, po přijetí pacient vyžaduje napít, proto nyní přistupujeme k provedení GUSS testu, který má být proveden před prvním podáním tekutiny či stravy per os.

Pacient byl dán do polosedu na polohovacím lůžku s pomocí zdravotních sester a sanitářů. Tato poloha byla zvolena, aby nedošlo k aspiraci. Zároveň jsem si k lůžku připravila vše potřebné k provedení GUSS testu. Na stole pacienta mám připraven hořký čaj, Nutilis k zahuštění čaje, k podání pevné stravy jsem si připravila krajíc chleba, lžičku a v neposlední řadě formulář, kam si výsledky GUSS testu zaznamenám.

Provedení vlastního testu:

- Pacient byl před provedením vlastního testu edukován o průběhu testu a možných komplikacích.
- Před začátkem byla u pacienta provedena kontrola hygieny dutiny ústní.
- V úvodu byl proveden nepřímý test polykání, kde byla sledována bdělost pacienta. Pacient byl bdělý déle jak 15 minut, komunikoval se mnou, proto získal 1 bod.
- Dále byl test zaměřen na kašel nebo odkašlávání. Pacient byl požádán, aby mi zakašlal. Poté byl požádán, aby mi zakašlal ještě jednou. Pacientovi to nedělalo problémy, i když řekl, že na povel se kašle špatně. Po splnění si opět zapisuji další bod.
- Poté bylo přistoupeno k poslední části nepřímého testu polykání a tím je polykání slin. Během rozhovoru si všímám, že se pacientovi tvoří slin dostatek. Pacient polyká bez obtíží, ale zároveň dochází i k mírnému vytékání slin z úst. Změny hlasu jsem nezaznamenala. V tuto chvíli byl test přerušen, protože pacient nezískal plný počet bodů.
- Po pozastavení testu z výsledků vyplynulo, že byla u pacienta porucha polykání a bylo nutno zavést nasogastrickou sondu (NGS). Vzhledem k tomu, že pacient byl přijat ve večerních hodinách a čekalo se na výsledky podané medikace, nasogastrická sonda zavedena nebyla. Vše bylo konzultováno s lékařem, který vyžadoval opakování GUSS testu ráno.
- Pacient napít nedostal z důvodu rizika vzniku aspirace. Tekutiny byly zajištěny i.v. a pacientovi podán navlhčený perlan a citronové štětičky, aby si alespoň osvěžil a navlhčil ústa.
- Následující den ráno byl opět proveden GUSS test.
- Opět bylo připraveno vše k provedení testu a začalo se stejně jako předchozí den.
- U pacienta byla provedena celková hygienická a ošetrovatelská péče na lůžku. Celkový stav pacienta se po podané medikaci zlepšil, ale pohyb byl možný pouze na lůžku. Z lůžka mohl pacient vstávat až po kontrolním CT vyšetření.
- Pacient byl upraven a posazen do polosedu na lůžku a začalo se nepřímým testem polykání. Oproti předešlému testu bylo zřejmé, že pacient mnohem lépe spolupracuje. Pacientovi sliny z úst již nevytékali a pacient získal celkový počet bodů a bylo možné pokračovat v přímém testu polykání.
- Test začal zahuštěným hořkým čajem do konzistence pudinku. Byla podána první lžička a čekali jsme, zda se neobjeví nějaké symptomy aspirace. Žádné symptomy se neobjevily, tak jsme pacientovi podali dalších 5 lžiček. Pacient zahuštěnou tekutinu spolknul zcela bez problémů a získal 2 body.
- Během polknutí se neobjevil žádný kašel, proto získal 1 bod.
- Zahuštěná tekutina pacientovi z úst nevytékala. Tím získal další bod.

- Během testu byl poslouchán hlas pacienta před a po polknutí. Pacient neustále vyprávěl a během polykání ke změně hlasu nedošlo. Pacient získal poslední 5. bod za polykání zahuštěné tekutiny.
- Tekutinu jsme podali v množství 5, 10, 20 ml. Opět se nevyskytly žádné příznaky aspirace, proto jsme pacienta nechali napít pořádně z hrnku. Pacient tekutinu polykal bez jakýchkoliv problémů a získal tedy plný počet 5 bodů.
- Nakonec jsme pacientovi podali kousek chleba a opět hodnotili postupně, jako u předešlých konzistencí. Opět pacient polykal bez problémů a získal tím posledních 5 bodů.

Vše, co bylo u pacienta provedeno, bylo zaznamenáno do dotazníku. Podle posledního bodování získal pacient plný počet bodů tj. 20. Z toho nám vyplynulo, že pacient netrpí žádnou formou poruch polykání, nebylo třeba volat ke konziliu logopeda či lékaře z ORL oddělení.

Pacient po ukončeném GUSS testu dostal snídani bez jakékoliv úpravy. Byl znova upraven na lůžku tak, aby se mu pohodlně sedělo a dosáhl na stolec, kde měl připravenou snídani. Pacient nevyžadoval žádnou pomoc, spíše ji odmítal, raději si prý udělá vše sám. Při péči o pacienta na vedlejším boxu jsme zaslechli silný až dáivý kašel. Evidentní byla aspirace chleba, který měl pacient ke snídani. Díky rychlému zásahu se nám podařilo chléb z úst odstranit. Lékař byl ihned přivolán a informován o nastalé situaci. Zkontroloval pacientovi dutinu ústní, zda zde nezůstala část chleba a nechal ke kontrole zavolat lékaře z ORL.

Dle konziliární zprávy od lékaře ORL bylo domluveno logopedem provedení videoendoskopie (FEES) a do doby, než se provede vyšetření, je indikováno zavedení nasogastrické sondy. Následující den bylo provedeno vyšetření FEES. Pacientovi byla ponechána NGS a bylo provedeno vyšetření přímého polykání.

Ze zprávy z vyšetření:

Konzistence pyré – postupně podáno ½ čajové lžičky, 1 lžička, 2 lžičky za sebou, pyré prochází do jícnu, bez rezidua ve faryngu, bez zatékání do dýchacích cest.

Penetračně – aspirační škála stupeň 1(norma)

Konzistence tekutiny – ½ lžičky prochází do jícnu, bez reziduí, penetrace či aspirace. 1 lžička – při samotném polknutí stéká minimální část tekutiny po aryepiglotické řase, následuje kašel, není pozorováno vykašlávání žádné tekutiny.

Penetračně – aspirační škála stupeň 2

Pevná strava-testováno na malém kousku rohlíku průměr 1 cm, drobná stagnace ve valekulách dále se posouvá do jícnu a část zůstává nad arytoidním hrbolem vpravo, následně dopolknuto bez aspirace. Dále testován větší bolus (2 cm) kde je velmi obtížný posun sousta faryngem, zůstává ve valekulách a není schopen opakovaným polknutím sousto vypudit, pacient nemá pocit stagnace v krku, nutno zapíjet malým

množstvím tekutiny, instruován kašlem, poté sousto z valekul vypuzeno a vykašláno z dutiny ústní.

Penetračně aspirační škála stupeň 3

V závěru byla dle výsledků prokázána dysfagie pevné a tekuté stravy. Bylo doporučeno pacientovi podávat stravu konzistence pyrė podél NGS. Pevnou a tekutou stravu prozatím nepodávat. Nadále byla indikována logopedická terapie, kde je možno trénovat polykání tekutin, pokud nebude docházet k aspiraci je možno odstranit NGS. Kontrola polykání cestou FEES s odstupem 1-2 týdnů.

Pacient byl převezzen po vyšetření zpět na oddělení iktové jednotky, kde bylo postupováno dle doporučení. Terapie logopedem byla prováděna každý den. Dle logopeda se pacient rychle unaví a odmítá spolupracovat. Po následujících dvou dnech byl pacient přeložen na standartní oddělení, kde je stále vyžadovaná terapie logopedem. Pacient však stále odmítá spolupracovat. Pacient si opakovaně odstranil sám NGS. Po opakovaném zavádění NGS dochází ke krvácení z dutiny ústní a nosu. Z tohoto důvodu bylo provedeno ORL konzilium, kde lékař indikuje kontrolní FEES.

Během kontrolního vyšetření FEES bylo zjištěno zatékání tekutiny do dýchacích cest při kontinuálním pití brčkem, a následující efektivním kašlem. Polykání pevné stravy je bez patologického nálezu. Závěr je tedy lehká dysfagie tekutin s rizikem aspirace. Doporučeno bylo pacientovi podávat mletou stravu a tekutiny zahušťovat do konzistence nektaru. Pokud bude pacient vše dobře tolerovat je možno NGS odstranit. Nutné dodržovat režimová opatření a dopolykání po jídle a polohy v sedě minimálně 30 minut po jídle.

Pacient nadále odmítá jakoukoliv terapii logopedem a nedodrží režimová opatření. Po 10 dnech je přeložen na Geriatrické a rehabilitační oddělení, kde by terapie měla pokračovat. Logopedickou poradnu nenavštěvuje.

5.4. Kvalitativní výzkum

Původně byl kvalitativní výzkum chápán pouze jako doplněk kvantitativních výzkumů. Postupem času, však získal kvalitativní výzkum v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. Neexistuje přesné vymezení, jak při výzkumu postupovat. Jednou z negativních definic je, že kvalitativní výzkum je jakýkoliv výzkum, kdy výsledky nejsou dosaženy statistickými metodami. Mnoho autorů s tímto vymezením nesouhlasí. Dle metodologa Creswella zní definice takto:

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2016, s.46).

Na začátku výzkumu si výzkumník vždy vybírá téma a stanovuje základní výzkumné otázky, které mohou být pozměněny či modifikovány v průběhu sběru a analýzy dat. Práce výzkumníka je zde považována za práci detektiva. Vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které osvětlují výzkumné otázky a jsou provedeny deduktivní výsledky. Sběr dat probíhá v terénu, kde zároveň dochází k jejich analýze. Následně si výzkumník vybere data, která potřebuje, a jsou nejvhodnější pro jeho výzkum. Následně jsou potřebná data důkladně zpracována a zveřejněny výsledky kvalitativního výzkumu. Není zde zapotřebí tvořit jakékoliv grafy, výzkumník naopak sám hodnotí, co z dat vychází (Hendl, 2016).

5.5. Výzkumné otázky

1. Jak byste definovala vlastními slovy, co je to GUSS test?
2. Je Vám známo, od jaké doby se GUSS test používá v České republice a od kdy na Vašem oddělení?
3. Byli jste proškoleni, jak správně postupovat při provádění GUSS testu a kým?
4. V jakých případech je využíván GUSS test na Vašem oddělení?
5. Následuje na Vašem oddělení při pozitivě testu konzultace s logopedem a jeho následná terapie? (průběh konzultace, přizvání logopeda)
6. Jak probíhá na Vašem oddělení spolupráce mezi zdravotními sestrami a logopedy? (konzultace, samotná terapie)
7. Jaký má vliv GUSS test na pacienty s dysfagií při následné ošetrovatelské péči/logopedické terapii?
8. Jaké možné komplikace by mohly nastat při nesprávném postupu během GUSS testu?
9. Jak hodnotíte stanovený pracovní postup při práci s GUSS testem?
10. Uveďte podle Vás klady a zápory GUSS testu.
11. Jaké změny byste navrhovali při provádění GUSS testu a z jakého důvodu?

5.6. Charakteristika a průběh výzkumného šetření

Výzkumného šetření k diplomové práci se zúčastnily 4 všeobecné sestry, které pracují na iktové jednotce. Zvolení všeobecných sester na iktové jednotce nebylo náhodné. Bylo zapotřebí zvolit takové zdravotní sestry, které mají s GUSS testem velké zkušenosti a praxi, aby bylo zaručeno, že šetření bude objektivní. Zároveň byl rozhovor proveden s 2 logopedy již zmíněné nemocnice, kteří dochází ke konzultacím na iktovou jednotku. Rozhovor byl zcela dobrovolný, nikdo do něj nebyl nucen. Dotazované respondentky byly sestry různého věku a různé délky praxe, ale všechny pracující s GUSS testem od jeho zavedení do praxe. Všechny rozhovory byly provedeny na podkladě písemného souhlasu vrchní sestry a vedoucího lékaře.

Veškeré rozhovory byly se svolením dotazovaných sester nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány a zpracovány. Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna 2017 do února 2017. Rozhovory probíhaly individuálně po předchozí domluvě s jednotlivými respondenty na jejich pracovišti během, anebo po pracovní době. Podle časových možností respondentů trvaly rozhovory zhruba okolo třiceti minut. Před každým rozhovorem jsem se všeobecné sestře či logopedce představila a vysvětlila jí, jaké jsou mé cíle a co bych se ráda díky rozhovoru dozvěděla. Rozhovory probíhaly se svolením v kanceláři staniční sestry a v logopedických ambulancích. Respondentům byla zaručena anonymita, a z tohoto důvodu v empirické části nejsou uvedena jména dotazovaných. Respondenti byli označeni písmenem abecedy, stejně tak i logopedi.

6. Rozbor rozhovorů výzkumných otázek

Otázka 1: Jak byste definovala vlastními slovy, co je to GUSS test?

Cílem této otázky bylo zjistit, co jednotliví respondenti vědí o GUSS testu, a jak si ho vykládají.

Tato otázka byla zvolena z důvodu ověření, zdali všichni dotazovaní respondenti skutečně vědí, na co jsou dotazováni.

Sestra A: „*Já si myslím, že je to test určený k tomu, aby se předešlo tiché aspiraci u pacientů po cévní mozkové příhodě. Tedy pokud se to dělá tak jak má.*“

Sestra B: „*Je to nová metoda, která předchází vzniku tiché aspirace u pacientů po cévní mozkové příhodě.*“

Sestra C: „*Je to test, který nám zjišťuje poruchy polykání*“

Sestra D: „*Metoda, které je prováděna formou testu a zjišťuje nám míru poruchy polykání a tím pak předcházíme aspiracím a následnému vzniku aspirační pneumonie.*“

Logoped A: „*Je to screenigový test polykání*“

Logoped B: „*Vyšetření polykání.*“

Zhodnocení: Z jednotlivých odpovědí respondentů vyplývá, že mají velmi dobré znalosti a vědomosti o tom, co to GUSS test vlastně je. Z odpovědí bylo zjištěno, že všichni dotazovaní respondenti si pod ním správně představují novou metodu pro zjištění poruch polykání a zároveň, že se za pomoci GUSS testu dá předejít vzniku aspiracím a následné aspirační pneumonii. Touto otázkou bylo ověřeno, že odpovědi na následující otázky nebudou pouze smyšlené, ale objektivní a pravdivé.

Otázka 2: Je Vám známo, od jaké doby se GUSS test používá v České republice a od kdy na Vašem oddělení?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak dlouho respondenti s GUSS testem pracují, vzhledem ke skutečnosti, že se používá poměrně krátkou dobu. Tato otázka byla zvolena také z důvodu zjištění, jakou praxi mají respondenti s GUSS testem. Zjištění jakou dobu respondenti s GUSS testem pracují je také zcela zásadní pro další otázky, které byly při rozhovoru použity.

Sestra A: „*Podle mého ho na oddělení používáme zhruba 1 až 2 roky. A jak dlouho celkově nevím.*“

Sestra B: „*My ho používáme asi 2 roky a celkově asi déle, jelikož doktoři byli na nějakém kongresu v ÚVN.*“

Sestra C: „*No už nějakou dobu ho používáme, ale jak dlouho to přesně nevím. Může to být něco přes rok.*“

Sestra D: „Když jsem se vracela po mateřské, tak už se na oddělení nějakou dobu používal. Myslím si, že je to asi 2 roky. A že by se to používalo jinde ani pořádně nevím, jelikož jsem o tom jinde neslyšela, tedy od jiných zdravotních sester z jiných oddělení.“

Logoped A: „Na iktové jednotce se používá od ledna, února 2015. No a v republice asi tak 3 roky déle určitě ne.“

Logoped B: „Tak jak dlouho se používá celkově, to vůbec netuším, ale tady na iktové jednotce se používá něco málo přes rok, nemohu to však říci zcela přesně, jelikož na svém současném místě pracuji krátkou dobu.“

Zhodnocení: Z odpovědí je patrné, že respondenti s GUSS testem pracují dostatečnou dobu, a mají s tímto vyšetřením několikaletou praxi. Avšak dále bylo zjištěno, že ne na všech odděleních zdravotnického zařízení se GUSS test používá stejnou dobu. Je tedy zřejmé, že GUSS test není stále v některých odděleních zdravotnického zařízení dostatečně využíván.

Otázka 3: Byli jste proškoleni, jak správně postupovat při provádění GUSS testu a kým?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti byli správně edukováni o tom, jak GUSS test provádět. Zda byl pro zdravotní sestry uspořádán seminář na zavedení nové metody do ošetrovatelské péče o pacienty. A zda vědí o tom, že byl vytvořen Standard léčebného plánu o pacienty s dysfagií po CMP.

Sestra A: „Edukace proběhla tím způsobem, že na provozní schůzi nám bylo řečeno, že budeme vyplňovat s pacienty nový dotazník a že na tom nic není, že to zvládneme. Ale rozhodně nám nikdo přesně neřekl, jak přesně postupovat. Vše jsme se to museli naučit postupně.“ **Znáte Standart léčebného plánu o pacienty s dysfagií po CMP?** „Nic takového jsem neslyšela a určitě to v našich standardech nemáme.“

Sestra B: „Jo tak to vím přesně, o tom nám bylo řečeno na provozní schůzi při kávě a dortu. Nic víc nám k tomu nikdo neřekl, a ještě jsme to vysvětlovali holkám, co na provozní schůzi nebyly. A standart k tomu žádný nemáme a ani jsem o něm neslyšela. Snad jen lékaři byli na nějakém semináři o GUSS testu, ale ty jen chtějí, abychom ho dělali a nic víc nám neřekli.“

Sestra C: „Jo tak to mi vysvětlovali kolegyně za pochodu. Prý se o tom mluvilo na provozní schůzi, ale nikdo jim přesně neřekl, jak mají postupovat. Naštěstí na tom formuláři je to dobře popsáno, tak snad to dělám dobře. No a standart určitě žádný není, ale byl by vhodný, aby se nové kolegyně do něj mohly podívat, když si nebudou vědět rady. Nebo by alespoň mohl jednou za čas být seminář, jak správně postupovat.“

Sestra D: „Když jsem se vrátila do práce tak mi bylo řečeno, že to musím skoro u všech pacientů provádět. Zhruba mi holky řekly, jak postupovat, ale sama jsem si k tomu musela najít svůj postoj. Standart by určitě nějaký být měl, ale o žádném nevím.“

Logoped A: „Já jsem absolvovala osobně kurz poruch polykání na ORL klinice v Hradci Králové, který byl certifikovaný a v rámci toho kurzu jsme byli edukováni, jak pracovat s GUSS testem. A zároveň jsme byli seznámeni se Standardem léčebného plánu o pacienty s dysfagií po CMP. Edukace

u zdravotních sester žádná nebyla a určitě by byla vhodná nejen pro sestry z neurologických oddělení. Bohužel vedení nemocnice se k tomu zatím nijak nestaví, třeba do budoucna se to změní.“

Logoped B: „Já zde pracuji tedy jen chvíli, ale všechny materiály mám od své kolegyně, která mě do této práce zasvěcuje. Díky ní jsem o GUSS testu byla dobře edukována.“

Zhodnocení: Z odpovědí respondentů této otázky jednoznačně vyplývá, že edukace zdravotních sester a logopedů se diametrálně liší. Z vyjádření zdravotních sester je jednoznačně zřejmé, že žádná dostatečná edukace o tom, jak se má GUSS test používat nebyla. Většina dotázaných sester uvedla, že byly s GUSS testem seznámeny „ edukovány,, na provozní schůzi a to zcela v nevhodnou dobu (u kávy), kdy jim o tom něco bylo řečeno, ale na správný postup museli přijít sami. Pokud zdravotní sestra na provozní schůzi chyběla, byla edukována za tzv. pochodu tedy v provozu od svých kolegyně. Samy zdravotní sestry navrhly, že by určitě edukace měla probíhat zcela jiným způsobem, odborně, podrobněji a velmi rády by uvítaly standart ke správnému postupu. O tom, že standart je již vytvořený přímo pro pacienty po CMP, slyšely zdravotní sestry poprvé během rozhovoru a rády by do něj nahlédly, nebo by ho chtěly mít na oddělení. U logopedů tomu bylo s edukací naopak. První z logopedů absolvoval přímo kurz na poruchy polykání i s edukací ke GUSS testu a následně edukuje své kolegy. Z rozhovoru s logopedy bylo jednoznačně zjištěno, že by edukace zdravotních sester měla být na vyšší úrovni, protože ony jsou ty, které s ním pracují velmi často.

Otázka 4: V jakých případech je využíván GUSS test na Vašem oddělení?

Účelem této otázky bylo zjistit, u jakých pacientů by se GUSS test měl provádět a zároveň u kterých pacientů je prováděn. Zda se dělá u všech pacientů, kteří jsou přijímáni na oddělení iktové jednotky, nebo jen u specifických onemocnění, z důvodu snížení rizika vzniku aspiračních pneumonií.

Sestra A: „Používat ho máme u všech přijatých pacientů po CMP, nebo pokud je indikace od lékaře.“

Sestra B: „Měl by se provádět u všech pacientů po CMP, ale já ho provádím i u pacientů u kterých mám podezření na poruchu polykání. Třeba pokud vidím, že pacient u jídla kucká, nebo je potřeba pacienta, jakkoliv krmit.“

Sestra C: „U všech pacientů po CMP, co jsou k nám přijímáni, nebo u pacientů, kde dochází ke zhoršení stavu.“

Sestra D: „No měl by se provádět u všech pacientů po CMP, co jsou přijati k nám na oddělení, ale poslední dobou mi přijde, že se provádí u většiny pacientů, co jsou na oddělení přijati. Bez ohledu, s jakou diagnózou jsou přijímáni.“

Logoped A: „Měl by se provádět u každého člověka, který je přijímán na JIP, ale každopádně se dělá tam, kde lékař indikuje, že by mohla být nějaká ta porucha polykání.“

Logoped B: „No u dysfagických pacientů, ale i preventivně, aby se zjistilo, že tam nějaký problém je.“

Zhodnocení: Z odpovědí vyplývá, že se GUSS test provádí nejdříve u pacientů, kteří byli přijati s CMP. Ale v poslední době je test prováděn téměř u všech pacientů přijatých na iktovou jednotku. Mělo by se hledět na to, zda nedošlo ke zhoršení stavu a proto by se měl test opakovat. Logopedi ho doporučují provádět u každého člověka, kde hrozí porucha polykání a tam kde je indikace lékařem. Je tedy zřejmé, že se GUSS test používá ve velké míře. Tímto je patrné, že se na něj klade velký důraz a neměl by být bagatelizován, co se týče edukace zdravotních sester.

Otázka 5: Následuje na Vašem oddělení při pozitivě testu konzultace s logopedem a jeho následná terapie? (průběh konzultace, přizvání logopeda)

Tato otázka byla položena z důvodu zjištění, zdali opravdu při pozitivě testu následuje indikace ke konzultaci s logopedem a jeho terapie.

Sestra A: „Poslední dobou lékaři rovnou píší při příjmu pacienta po iktu logopedické konzilium, aniž by proběhl GUSS test. Dříve se počkalo, až jak vyjde GUSS test a určitě tady logopedi nebyli tak často“

Sestra B: „Já mám pocit, že lékaři už píšou rovnou logopeda, i když není jasná známka poruchy polykání.“ **Jak je to myšleno?** „No prostě chtějí mít logopeda u všech pacientů, co jsou přijati s CMP, a to i tehdy když GUSS test vyjde negativní.“

Sestra C: „Pokud nám vyjde pozitivní ten GUSS test, tak je volán logoped a ten už si ho vyšetřuje podle svého a různě si s pacientem cvičí.“ **Je vždy logoped volán po indikaci lékaře, nebo ho voláte automaticky?** „Jojo když vyjde pozitivní ten test, tak je to řečeno lékaři, ten si ještě pacienta zkontroluje a po jeho indikaci je volán logoped. Sami ho nikdy nevoláme.“

Sestra D: „Konzultace s logopedem následuje určitě pokaždé po pozitivě toho testu, ale v některých případech si lékař žádá logopeda ihned po příjmu. Ale i tak mi test provádíme, abychom mohli výsledky logopedovi sdělit. Ten si stejně pak pacienta vyšetřuje znova podle svého. No a následně probíhá konzultace i s lékařem a eventuálně následná vyšetření, když jsou potřeba.“

Logoped A: „Ano pokud test vyjde pozitivně, žádají si lékaři konzultaci. Ale někdy jsem volána, i když test vyjde na plný počet bodů, protože vznikne nějaký problém. GUSS test nám totiž nerozpozná pokaždé poruchu polykání a je potřeba si pacienta dovyšetřit podrobněji.“

Logoped B: „Ano většinou dostaneme žádanku, pokud test vyjde pozitivně.“

Zhodnocení: Logoped je volán pokaždé pokud vyjde GUSS test pozitivně a je zde indikace lékaře, ale dle odpovědí lékař indikaci logopeda vyžaduje poslední dobou automaticky, aniž by se GUSS test provedl. Logopedi jsou voláni i k pacientům, kde test vyšel na plný počet bodů, z důvodu náhlé aspirace. Jako to bylo například u pacienta zmíněného v předešlé kazuistice. Test není nikdy 100 % a je za potřebí si pacienta vyšetřit důkladněji. Většinou se po vyšetření logopedem provádí FEES, aby se odhalilo, jakou poruchou polykání pacient má a jaká strava je pro něj vhodná. Z provedených rozhovorů vyplývá, že je nedostatečná komunikace mezi zdravotními sestrami a logopedy. Na tuto komunikaci by měl být kladně větší důraz, neboť zdravotní sestry jsou ty, které pacientům podávají stravu a většinou zjistí, zda je přítomna porucha polykání.

Otázka 6: Jak probíhá na Vašem oddělení spolupráce mezi zdravotními sestrami a logopedy na Vašem oddělení? (konzultace, samotná terapie)

Spolupráce mezi zdravotními sestrami a logopedy neprobíhá vždy, tak jak by měla. Účelem této otázky bylo zjistit, jak spolupráce ve skutečnosti probíhá, jak by měla probíhat, nebo zdali by jednotliví respondenti něco při komunikaci pozměnili.

Sestra A: „Většinou logopedi spolupracují s lékařem a já si pak zjišťuji, jaká strava je pro pacienta nejvhodnější.“

Sestra B: „Určitě je spolupráce dobrá, logopedka je velmi příjemná a kdykoliv potřebuje s něčím pomoci, tak rádi pomůžeme. Anebo pokud je s pacientem potřeba cvičit častěji, tak edukuje pacienta, nás a pokud je přítomna rodina, tak i rodinu. Prosí nás, abychom rodině vysvětlili, že nemají nosit pacientovi chlebičky a jiné, když je tam závažnější ta porucha a raději ať přinesou jogurt nebo ovocné pyré.“

Sestra C: „Někdy si říkám, že logoped spolupracuje spíše jen s lékařem, že u pacienta vznikla nějaká ta porucha polykání a že je potřeba pozměnit přijímanou stravu, ale k nám už se to nedonese a my pátráme, jakou mu tedy máme dát stravu. Ale spíše nám ten logoped vysvětluje, jak pacienta správně krmit, v jaké poloze a hlavně, jak by měla být strava připravena. Podle mého je spolupráce výborná.“

Sestra D: „Určitě bych neměnila, paní logopedka je výborná. Vždy nám vysvětlí, jak si pacienta správně napolohovat při jídle, jaké jídlo mu objednat a tak. No a zároveň nás žádá, abychom edukovali i rodinu s kterou to někdy bývá náročnější.“

Logoped A: „*Jak na kterém oddělení, ale specificky na iktové jednotce je spolupráce výborná. Snad je jediné, kdy sanitárka při krmení nerespektovala správnou polohu pacienta. A ta je velmi důležitá, proto vyžadují, aby pacienty s jakoukoliv poruchou krmily sestry, nebo na to řádně dohlížely. Jinak jsem si nevšimla, že by sestřičky test dělaly špatně, že by výsledek vyšel výrazně jinak než při mém následném vyšetření.*“

Logoped B: „*Na oddělení jsou všichni moc vstřícní, a když potřebuji informace o pacientovi, tak mi je podají. Nebo když potřebuji zapůjčit nějaké pomůcky, tak není problém. A pokud je potřeba nějaká edukace, jak pacienta správně krmit, tak v tom taky žádný problém nevidím. Myslím si, že pacienty krmí správně podle našich požadavků.*“

Zhodnocení: Z rozhovoru vyplívá, že s logopedy spíše spolupracují lékaři, ale je tam i spolupráce se sestrami, kdy logoped edukuje sestry o tom, jak správně pacienta napolohovat při jídle, jakou stravu objednat a sestry žádají o následnou edukaci rodiny. Je nutné pacienta ohlídat, aby nedošlo k aspiraci, proto logopedi vyžadují, aby pacienta krmila výhradně sestra a ne sanitáři, kteří kolikrát nedbají pokynů logopeda i sester. Vzájemná spolupráce není vždy na stejné úrovni a jednotná. To však neznamená, že je ve všech případech špatná. Avšak sjednocení vzájemné spolupráce je velmi důležité při postupu péče o pacienta a v neposlední řadě usnadnění práce zdravotním sestrami.

Otázka 7: Jaký má vliv GUSS test na pacienty s dysfagií při následné ošetrovatelské péči/logopedické terapii?

Cílem této otázky je zjistit, zda GUSS test má vliv na pacienty při správné následné ošetrovatelské a logopedické péči, a dále jak se změnila ošetrovatelská péče o pacienty s dysfagií od doby, kdy je používán GUSS test.

Sestra A: „*když mají chuť na něco nevhodného, např. obložené chlebičky, nebo zákusky, tak že to nedostanou. Musí přesně dodržovat daný režim. A dále pokud mají závažnou poruchu polykání, tak se musejí ty živiny dostávat jinak, třeba parenterálně, ale spíše mají jen zavedenou nasogastrickou sondu a ta léčba se tím o něco prodlužuje. Ale na samostatnou ošetrovatelskou péči to nějak vliv nemá.*“

Sestra B: „*Rozhodně na samostatnou ošetrovatelskou péči to vliv nemá, ale je tam výhoda, že nedochází tak často k aspiracím, protože víme, co pacientovi nesmíme podávat a pak u těch pacientů nedochází ke vzniku těch aspiračních pneumonií, které pak tu péči a hospitalizaci prodlužují. Je tedy opravdu nutná edukace pacienta a rodiny.*“

Sestra C: „*Vliv na pacienty s dysfagií to má výborný, protože nedochází k aspiracím a pokud projdou celkovým logopedickým vyšetřením včetně té videoendoskopie tak hlavně nedochází k tichým aspiracím. Ale je potřeba aby i pacient dodržoval správný režim. Tady na JIP se to dá*

celkem ohlídat, protože na pacienty vidíme, ale na standartním oddělení už je to těžší. Tam si pacient, tedy pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, odskočí kdykoliv do kiosku a je po dodržování. A pak se pacienti diví, že v nemocnici musí být mnohem déle.“

Sestra D: *„Podle mého názoru to určitě zlepšuje ošetrovatelskou péči o tyto pacienty, protože mi díky tomuto testu zjistíme, zda u pacienta nějaká porucha polykání je či ne a pak se mu dává správná strava a nedochází ke komplikacím. Díky tomu se pacientovi zkracuje i následná doba hospitalizace.“*

Logoped A: *„Obrovský, protože ten záchyt dysfagií tam je, a když se to nedělá tak jak má, tak většina pacientů tím projde a potom se všichni diví, že je pacient v nemocnici už 3 měsíce a má po třetí zápal plic. Dusí se například rýží, což se mi už stalo a po překladu na neurologii se najednou diví, že se musí řešit změna stravy, přitom předtím 3 měsíce aspiroval a nikdo to neřešil, nebo se divili, jak je možné, že pacient odmítá jíst.“*

Logoped B: *„Když vznikne pozitivita po GUSS testu, tak to má určitě dobrý vliv. Protože pacient dostává správnou konzistenci potravy a nedojde k žádným komplikacím a tím se neprodlužuje doba hospitalizace.“*

Zhodnocení: Podle respondentů z řad zdravotní sester se ošetrovatelská péče částečně změnila, už z toho důvodu, že díky GUSS testu se zjistí, jaká správná konzistence potravy má být zvolena, aby nedocházelo k aspiracím. Díky tomu se i snižuje doba hospitalizace pacienta v nemocnici. Pokud se GUSS test neprovádí, může dojít k tichým aspiracím a doba hospitalizace se tím prodlužuje. Z tohoto důvodu zdravotní sestry vítají spolupráci s logopedy, kteří pacienta dále vyšetřují i za pomoci FEES a je včas stanovena porucha polykání. Zdravotní sestry následně správně krmí pacienty a k tichým aspiracím již tolik nedochází. Díky GUSS testu a následné ošetrovatelské péči je snížen výskyt aspiračních pneumonií na iktové jednotce, ale musí být proveden, tak jak je stanoven postup. Z tohoto důvodu je na místě zmínit, že by měl být kladen větší důraz na kvalitní edukaci zdravotních sester ze všech oddělení, aby došlo ke snížení pneumonií i na ostatních oddělení. Ale jsou zde i negativa, kdy je zapotřebí pacienta s poruchou polykání hlídat, aby dodržoval správnou stravu a edukovat rodinu. Mnoho pacientů však stravovací režim nedodržuje a následně jsou překvapeni, že je nutný stálý dozor a prodloužení hospitalizace.

Otázka 8: Jaké možné komplikace by mohly nastat při nesprávném postupu během GUSS testu?

Z výsledků předešlé 7. otázky bylo zjištěno, že správné používání GUSS testu u pacientů s dysfagií má kladný vliv na jejich brzké uzdravení a lepší průběh léčby. Cílem této otázky bylo zjistit, zdali může dojít k nějakým komplikacím při nesprávném provádění GUSS testu, a zda se těmito komplikacím dá zabránit.

Sestra A: „Asi může dojít k tiché aspiraci, kterou ovšem tím postupem nijak neovlivníme.“

Sestra B: „Nejčastěji může dojít k aspiraci, třeba u pacientů s afázií, kdy se s pacientem těžko dorozumíme. Ale jinak by nemělo ke komplikacím dojít.“

Sestra C: „Tak asi bychom měli být lépe edukováni o správném postupu toho GUSS testu, aby ke komplikacím vůbec nedošlo, ale podle mého názoru je ten test docela srozumitelně popisuje, jak máme postupovat.“

Sestra D: „Tak asi by mohlo dojít k aspiraci, pokud pacient trpí afázií, ale jinak si myslím, že k žádným závažným komplikacím nedojde, pokud se postupuje tak jak má.“

Logoped A: „Při nesprávném postupu může určitě dojít k nějaké té aspiraci, ale myslím si, že je postup při GUSS testu dost šikovně udělaný, že tam moc nejde postupovat špatně, protože ten návod je tam zcela jednoznačný, jednoduchý a bezpečný.“

Logoped B: „Pokud by se pokračovalo v GUSS testu, i když už se nemá. Když pacient neprojde určitou částí, tak by mohlo dojít k té aspiraci. Ale myslím si, že sestry jsou dostatečně edukovány a test včas pozastaví.“

Zhodnocení: Z této otázky jasně vyplívá, že pokud se test provádí přesně podle stanoveného postupu, tak by k žádné komplikaci dojít nemělo. Ale pokud je tomu naopak a postup není dodržen tak jedinou, velmi závažnou komplikací, je aspirace. Touto otázkou bylo opět potvrzeno, že by se neměla edukace GUSS testu zdravotních sester brát na lehkou váhu, a měl by se na ní klást velký důraz.

Otázka 9: Jak hodnotíte stanovený pracovní postup při práci s GUSS testem?

Vzhledem k tomu, že se na iktové jednotce, kde byly rozhory provedeny, byla tato otázka zaměřena na to, jak zdravotní sestry a logopedi hodnotí práci s GUSS testem. Zdali je test přehledný a práce s ním není pro zdravotní sestry a logopedy komplikací po stránce jeho zpracování na předepsaném formuláři.

Sestra A: „Mě osobně přijde, že je někdy dobré, že se včas odhalí ta porucha polykání. Ale někdy si myslím, že by se měl dělat u více pacientů. Protože když je pacient přijímán s jinou diagnózou, než je CMP, tak se u něj ten test nedělá a pak když dojde k aspiraci tak je pozdě ho dělat.“

Sestra B: „Tak pracuje se s ním dobře, akorát si myslím, že je nevhodné, že to chtěj hned po příjmu pacienta, kdy je okolo něj spousta práce. Tak si myslím, že je určitě čas na to dělat hned test polykání. A pokud jsou příjmy v noci tak to určitě necháváme až na ráno. Musíme postupovat vždy se selským rozumem.“

Sestra C: „Určitě se s ním pracuje dobře, je zde vše přehledně popsáno, jak postupovat, ale vždy beru i ohledy na pacienta v tom smyslu, že ho neprovádím hned, když pacienta přijímáme, když

vidím, že mu není dobře a nemá potřebu hned pít. Anebo třeba v noci, pacienta raději nechám spát a test se provede až ráno. Stejně v noci za ním logoped nepřijde a vše se řeší až přes den.“

Sestra D: *„Test to určitě není špatný, pracuje se mi s ním dobře. Možná by se na něm dalo něco pozměnit, ale to není nic zas tak závažného. Člověk, u jeho provádění musí hold přemýšlet.“*

Logoped A: *„Málokdy s GUSS testem přijdeme do styku, jelikož už je od sestřiček provedený a já si poté pacienta vyšetřuji podrobněji. Ale jsou oddělení, kde jsme přivolání, že pacient špatně polyká, tak si ten test také provádíme. Samotný test hodnotím kladně. Je přehledný a práce s ním není nijak komplikovaná“*

Logoped B: *„My s GUSS testem moc nepracujeme, ale naše následné vyšetření, které potom děláme je dosti podobné GUSS testu, protože postup je téměř totožný. Podávají se konzistence stravy stejně, a pokud nějaká nevyhovuje, tak vyšetření pozastavujeme a většinou indikujeme další specifická vyšetření. Ale určitě je to výborná pomůcka, jak správně postupovat.“*

Zhodnocení: Z odpovědí vyplývá, že GUSS test není komplikovaný. Práce s tímto testem je bezproblémová z důvodu jeho zpracování, díky kterému je jasné stanovení, jak postupovat. Ale je hlavně brán ohled na pacienta, takže lze postup přizpůsobit stavu pacienta. Test většinou není prováděn u pacientů, kteří jsou přijímáni v noci, nebo se provedení GUSS testu odkládá na dobu, kdy pacient vyžaduje napít, ale rozhodně ne ve spěchu ihned po přijetí pacienta, kdy v této době na provádění GUSS testu nemají zdravotní sestry moc časového prostoru. Postup GUSS testu stanovuje provádět jej při přijetí před podání prvního sousta per os „ *avšak všichni jsme lidé, a i my se můžeme dostat na druhou stranu a určitě by se nám nelíbilo vzhledem k tomu, jak nám může být, když bychom byli v takovém stresu, aby po nás někdo vyžadoval nějaký test, se kterým je možno provést o něco později.“*

Otázka 10: Uved'te podle Vás klady a zápory GUSS testu.

Některá zdravotní vyšetření mají i svá úskalí. Mnohdy nemusí být pro pacienta mnohdy příjemná, nebo v jejich zdravotním stavu se nesnadno provádějí, vzhledem k jejich spolupráci. Cílem této otázky bylo přiblížit některá úskalí GUSS testu, např. zmíněná spolupráce s pacientem, ale také jeho klady, neboť každá vyšetření jsou prováděna z důvodu zlepšení stavu pacienta a jeho následnému rychlejšímu uzdravení.

Sestra A: *„Zápor spatřuji určitě v tom, že když má pacient poruchu komunikace, tak se špatně postupuje. Pacient nechápe, co po něm chceme a pak nám to ve vzteku odmítá.“*

Sestra B: *„No určitě pokud má pacient afázii, no a potom je to špatné s tou bdělostí, někdy pacient těch 15 minut vydrží a když se přejde k přímému testu, tak nám u něj usíná.“*

Sestra C: *„No asi ta bdělost, protože někdy je ten pacient spavější, ale je vidět že stravu přijímá bez problémů. Proto je nám říkáno, že máme používat občas tzv. „selský rozum“ protože je zbytečné*

hned pacientovi dát sondu, když kvůli bdělosti neprojde nepřímou částí GUSS testu. No a pak pokud má pacient afázii to bývá provedení testu složitější.“

Sestra D: *„Podle mého má své klady i zápory. Určitě je špatné, když je u pacienta porucha komunikace anebo pokud je pacient zmatený, tak nemusí trpět poruchou polykání, ale k aspiraci dojít může. Musí to člověk brát troch s nadhledem, a ne hned všem pacientům dávat sondu. Protože to by na našem oddělení měli snad téměř všichni.“*

Logoped A: *„Kladem je určitě to, že je tam ten veliký záchyt jakékoliv poruchy polykání a to, že se to odhalí včas a zamezí se těm komplikacím. A nevýhody mě asi žádné nenapadají.“*

Logoped B: *„Zápor si myslím, že může dojít k tomu zatečení až po nějaké další době, kdy už tam ta sestřička není. A další je to, že by pacient měl být bdělí 15 minut před tím, ale to tak kolikrát není. Prostě se to bere tak, že je pacient při vědomí, tak se jde dělat test polykání.“*

Zhodnocení: Dotazovaní respondenti spatřují zápor především při provádění GUSS převážně v komplikacích ze strany pacientů, kterým je tento test prováděn. Komplikace může nastat ve špatném načasování jeho provedení, kdy pacient nedostatečně spolupracuje. Dále bylo zjištěno, že samotný GUSS test není žádným negativem v pracovní náplni respondentů z hlediska jejich pracovní náplně. Kladem GUSS testu je bezesporu včasná diagnostika jakékoli poruchy polykání.

Otázka 11: Jaké změny byste provedli na GUSS testu a z jakého důvodu?

Záměrem této otázky bylo zjistit od respondentů, kteří mají velké zkušenosti a dlouhodobou praxi s GUSS testem, co by se mohlo při jeho provádění změnit, aby tato změna vedla ke zlepšení při jeho provedení, a to jak pro zdravotní personál, ale samozřejmě především pro pacienta. Možné změny, které by byly zavedeny do praxe, by mohly být velkým přínosem pro pacienty, kteří trpí poruchou polykání.

Sestra A: *„Změnu bych udělala hlavně v tom, aby to bylo trochu víc specifické a zároveň flexibilní. Upravené pro lidi, kteří jsou zmatení, či mají poruchu komunikace.“*

Sestra B: *„Podle mého názoru, by se to mělo provádět u většiny pacientů přijímaných k nám na oddělení. A možná to nespécifikovat jen na neurologická oddělení, ale také na ostatní oddělení. Například interny, kde také mívají dost pacientů po CMP.“*

Sestra C: *„Malinko to pozměnit s tou bdělostí a s tou afázií. Jinak bych asi nic neměnila. Možná by bylo vhodné, kdyby se to provádělo na více oddělení nejen na našem. Protože poruchou polykání netrpí jen pacienti po CMP. No a rozhodně by se měl ten GUSS test častěji opakovat nejen po 24 hodinách, protože u někoho vyjde dobře, a když se pacient zhorší, tak už se nedělá, i když by se to tak dělat mělo.“*

Sestra D: „Tak asi bych žádné změny moc neprováděla, jen by se mělo hledět na pacienty, u kterých je třeba ta porucha komunikace nebo pokud jsou zmatení. No a podle všeho se GUSS test dělá je u nás, já bych ho klidně rozšířila i pro jiná oddělení.“

Logoped A: „Já žádný mě vyhovuje tak, jak je. Možná jen, že by bylo vhodné ho provádět i na jiných odděleních, ale to by nás logopedů muselo být v nemocnici mnohem více, nebo na plné úvazky. Protože by se zjistilo mnohem více těch poruch. Ale možná by stačilo provést ten GUSS test a pak pacientům dávat správnou konzistenci stravy, aby nedocházelo k aspiracím. Ale to by museli být proškoleny všechny zdravotní sestry, protože podle mého krom neurologických oddělení ho neznají a neprovádějí.“

Logoped B: „Mě asi nic nenapadá. Vhodná by byla spíše edukace sestřiček i z jiných oddělení, protože poruchy polykání nejsou specifickým jen neurologických oddělení.“

Zhodnocení: Z této otázky je patrné, že změn by byla celá řada. Skutečnost, že změny, které navrhli respondenti, kteří s tím mají velké zkušenosti, by byly zcela jistě na místě. Nejčastěji zmiňovaný návrh na změnu při provádění samotného GUSS testu je skutečnost, že by měl být prováděn mnohem více, a to i na jiných odděleních, kde se v současné době nepoužívá. Z předešlé 10. otázky bylo zjištěno, že provádění GUSS testu není pro zdravotní personál nijak velkou přítěží. Z tohoto je tedy zřejmé, že provádění GUSS testu i na jiných oddělení by nemělo být žádnou překážkou. Avšak s prováděním GUSS testu na jiných odděleních nastává již zmiňovaný problém a tím je, dostatečná a kvalitní edukace zdravotní sester, která je zcela dle zjištěných informací nedostačující, a na některých odděleních není dokonce žádná. Další změna by mohla být provedena ve správném načasování provedení GUSS testu, nebo jeho možné opakování. V případě také již zmíněného nespolupracujícího pacienta, nemusí být výsledky zcela objektivní, a to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta, který neúmyslně není schopen spolupracovat. V takovém to případě je na místě, GUSS test opakovat častěji a v době, kdy pacient je schopen GUSS test opět absolvovat. Navrhované změny jsou zcela na místě, neboť vyplývají z praxe zdravotních pracovníků, kteří jak je již uvedeno na začátku této otázky mají s GUSS testem velké zkušenosti.

7. Diskuze

Screeningové vyšetření polykání za pomoci GUSS testu je jedním z novějších neinvazivních vyšetření pro stanovení poruch polykání. Cílem práce bylo ověřit, zda GUSS test a následný stanovený postup ošetrovatelské péče vypracovaného standardu léčebného plánu, vyhovuje všeobecným sestřím. Sestry hrají důležitou roli při určování, posouzení a prevenci komplikací souvisejících s dysfagií. Jsou to profesionálové nejčastěji přítomni u lůžka pacienta, zejména při jídle a při podávání léků a jsou prvními členy zdravotnického týmu, kteří zaznamenávají příznaky dysfagie (Park, 2015).

Provedeného rozhovoru se účastnily z tázaných sester pracujících na iktové jednotce dobrovolně 4 všeobecné zdravotní sestry a 2 logopedi. Iktová jednotka byla zvolena z toho důvodu, že je to jediné oddělení, kde se nyní GUSS test provádí. Během příprav k diplomové práci jsem nenarazila na jiné oddělení, kde by se GUSS test prováděl. Logopedi byli požádáni o rozhovor, protože jejich následná péče o pacienty s dysfagií je stěžejní. Dotazované sestry pracují na iktové jednotce různě dlouhou dobu, to nebylo stěžejní pro můj výběr. Sestry byly vybrány také z toho důvodu, že s GUSS testem pracují od začátku a pro výzkum byly stěžejní z důvodu objektivnosti sdělených informací. Jelikož při screeningovém vyšetření je spolupráce s logopedy nezbytná, jejich odpovědi byly podle mého očekávání. Potvrdili se mé domněnky, že se s tímto vyšetřením setkávají velmi často. Sama jsem s GUSS testem pracovala v době, kdy se s ním začínalo, ale bohužel díky nedostatečné edukaci s ním byla práce náročná. Zároveň spolupráce s logopedem nebyla tak častá, tak jako tomu v dnešní době. Z rozhovorů je zřejmé, že nyní by na iktové jednotce mohli mít svého logopeda, který zde bude dnes a denně. Díky rozhovoru, který jsem se všeobecnými sestrami a logopedy provedla, se mi naskytl nový pohled na tuto problematiku, protože práce s GUSS testem je již zaběhlá a nejsou slyšet žádná negativa.

Všichni respondenti byli obeznámeni s GUSS testem a pracují s ním od začátku jeho zavedení na oddělení. Avšak hlubším pohledem do reálné praxe jsem dalším rozhovorem zjistila, že edukace všeobecných sester o práci s GUSS testem nebyla podle mého názoru dostatečná. Když jsem se dotazovala prvního logopeda na edukaci o práci s GUSS testem, nebylo pro mě moc velkým překvapením, jak zněla odpověď. Edukace logopedů byla samozřejmě na profesionální úrovni. Edukace o práci GUSS testu všeobecných sester byla provedena na provozní schůzi. Myslím si, že takto provedená edukace je zcela nedostačující. Avšak příjemným překvapením pro mě bylo, když jsem se v rozhovoru dotazovala, v jakých případech se GUSS test používá. Vzhledem ke skutečnosti, že se dotazované všeobecné sestry s GUSS testem učili pracovat s trochou nadsázky tzv. za pochodu, zhostili se této otázky velmi profesionálně a odpovědi byly skutečně věcné a na profesionální úrovni. Zjistila jsem, že GUSS test je prováděn velmi často, dá se říci i

několikrát za den téměř vždy při přijetí pacienta na iktovou jednotku. Dříve tomu tak nebylo, protože test se prováděl pouze u pacientů přijatých s CMP. Je tedy na místě opět zmínit edukaci všeobecných sester, která je dle mého názoru, bagatelizována. Nicméně profesionální přístup všeobecných sester a jejich úsilí vedlo k tomu, že i přes úskalí, které vidím v nedostatečné edukaci, nemělo za následek snížení kvality ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou polykání. Zde následuje velmi důležitá spolupráce s logopedem. Logopedi jsou názoru, že GUSS test by bylo vhodné provádět u každého pacienta, který je přijímán na iktovou jednotku. Na spolupráci a komunikaci s logopedem by měl být kladen velký důraz, a to z důvodu následné péče o pacienta. Někdy nastane situace, kdy tato komunikace mezi všeobecnými sestrami a logopedem vážne. Nebylo pro mě překvapením, když jsem zjistila, že s logopedy komunikují v převážné většině lékaři. Avšak lepší komunikace mezi logopedy a všeobecnými sestrami by nejen zcela jistě urychlilo průběh léčby pacienta, ale také by synchronizace této spolupráce vedla k usnadnění práce všech, kteří se na ošetřování pacientů podílejí. Příjemným zjištěním pro mě byla skutečnost, že logopedi jsou se spoluprací se všeobecnými sestrami spokojeni. Dle mého názoru kvalitní komunikace mezi všeobecnými sestrami a logopedy je pro léčbu pacientů s poruchou polykání jedním z důležitých aspektů. Správná diagnostika a stanovení postupu léčby nejen snižuje délku hospitalizace pacienta, ale také zpříjemňuje těžké chvíle strávené na nemocničním lůžku. Z rozhovorů bylo zřejmé, že stanovený postup všeobecné sestry dodržují a návaznost s ošetrovatelskou péčí je bez problémů.

Neméně důležitou skutečností je fakt, že provedením GUSS testu se dle sester snížil výskyt aspiračních pneumonií na iktové jednotce. Problém však nastává v momentě, kdy pacient nespolupracuje, s čímž souvisí prodloužení hospitalizace. Při nesprávném provedení GUSS testu hrozí pacientům riziko aspirace s následným rozvojem aspirační pneumonie. Této skutečnosti jsou si všeobecné sestry velmi dobře vědomy a stejně tak i logopedi. V této souvislosti logopedi poukazovali na přehlednost GUSS testu a správném postupu jeho provedení ze strany všeobecných sester. Ale opět jsem se při rozhovoru s jedním z logopedů dostala k problematice edukace všeobecných sester. Avšak práci s GUSS testem všeobecné sestry hodnotí velmi kladně. Poukazují především na včasné odhalení poruchy polykání. S logopedy jsou v tomto za jedno. Možné komplikace nastávají v načasování provedení GUSS testu. Provedení GUSS testu zdravotním sestrami komplikuje např. nespolupráce pacientů v době, kdy jsou přijímáni na oddělení iktové jednotky, ale i další aspekty. Pacienti svým odmítavým přístupem všeobecným sestrami práci s GUSS testem neusnadňují.

Sestry musí na každé směně čelit veliké psychické a fyzické zátěži, ale musejí také zvládat vysoce odbornou ošetrovatelskou péči. I přes všechny překážky, které mohou při provádění GUSS testu nastat, je tento test proveden, což mi potvrdili i logopedi. To svědčí o profesionalitě

všeobecných sester. Návrhy, ve kterých všeobecné sestry a logopedi poukazují na to, že by se měl GUSS test provádět i na jiných odděleních, nebo např. odpověď jedné z dotazovaných sester, která uvedla, že by se měl GUSS test provádět častěji nejen po 24 hodinách, potvrzuje zmíněnou profesionalitu, ale také empatii. Práce a péče všeobecné sestry je poskytována hlavou, srdcem, rukama a není pro každého.

Na screeningové testy polykání bylo provedeno spousta zahraničních studií, které se nespécifikují jen na GUSS test samotný, ale na testy jemu velmi podobné. Všechny studie se pokouší zjistit, zda bedside testy jsou vhodné pro stanovení diagnózy poruch polykání a předejít tak vzniku aspirace a následné aspirační pneumonie u lůžka pacienta v porovnání s invazivními metodami, jako je FEES či VFS. A dále zda je možné, aby tyto testy prováděla všeobecná sestra.

Ze studií vypracovaných v zahraničí vyplývá, že využití screeningových bedside testů je velkým přínosem pro pacienty po CMP, ale nejen pro ně. Díky těmto testům je u pacientů ve velmi brzké době diagnostikována porucha polykání. Tímto se dá předejít rizikům aspirace a následného rozvoje aspirační pneumonie. Screeningové testy polykání umožňují stanovit správný postup terapie, jakou konzistenci stravy pacientovi podávat, a zda je nutná specifická terapie logopedem či jinými pracovníky. Testy jsou neinvazivní a pacienty téměř nezatežují. Je však nutné provést testy v co možná nejkratší době po přijetí pacienta do nemocnice. Ne vždy GUSS test poruchu polykání odhalí. Stejně tak tomu bylo i v uvedené kazuistice, kdy výsledek GUSS testu byl negativní a následně došlo k aspiraci. Proto je nezbytné, při jakémkoliv náznaku dysfagie, následně zhodnocení za pomoci zobrazovacích metod, která stanoví přesnou diagnózu dysfagií a správný stravovací režim. Nadále ze studií vyplývá, že bedside testy jsou vypracovány tak, aby s nimi mohli pracovat zejména všeobecné sestry nejen na iktových jednotkách. U mnoha studií je patrné, že by bylo vhodné testy polykání provádět i na jiných nemocničních odděleních. Nejčastěji se jedná o oddělení následné péče, jako jsou domovy pro seniory. Např. ve studii prováděné v Koreji, kde za použití GUSS testu odhalili 29 pacientů s poruchou polykání z celkového počtu 31 pacientů. Senzitivita tedy byla necelých 100 %. Díky tomuto předcházejí dalším vznikům aspiračních pneumonií (Park, 2015). Avšak nejen domovy pro seniory se zařazují do těchto studií. Nadále byla studie prováděna u pacientů po kardiochirurgických operačních výkonech, kdy je dysfagie častou komplikací. Po těchto výkonech byly většinou provedeny VFS nebo FEES, pro pacienty však toto vyšetření bylo velmi náročné. Z tohoto důvodu byl použit bedside test stejně, jako u pacientů po CMP. Následně opět došlo k vysoké senzitivitě (GEE, 2015). Stejně tak to vyplývá i z odpovědí všeobecných sester a logopedů, kteří by doporučili GUSS test provádět i na jiných nemocničních odděleních. Z provedených rozhovorů, které jsem provedla se všeobecnými sestrami a logopedy a následném porovnání odborných zahraničních článků vyplývá doporučení pro praxi, které jsem uvedla v následné kapitole.

8. Doporučení pro praxi

Pacient s jakoukoliv formou poruchy polykání vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči, která mu musí být poskytnuta ze strany zdravotního personálu. Avšak aby zdravotní personál především všeobecné sestry mohly vykonávat kvalitní péči, je zapotřebí jejich dostatečná edukace o dané problematice. Z tohoto důvodu je potřeba pravidelně a dostatečně edukovat zdravotnické pracovníky, kteří pracují na nemocničních odděleních s možností setkání se s pacientem s poruchou polykání. Základem je kvalitní předání dostatečných informací novým všeobecným sestřím a jejich následné zaškolení od zkušenějších kolegů, jak v praxi správně postupovat při screeningu poruch polykání. Vzhledem ke zvyšování odborných znalostí a dovedností všeobecných sester a rozvojem moderních technologií, a nových postupů si myslím, že by bylo vhodné poskytovat všeobecným sestřím metodický pokyn se základními informacemi o GUSS testu a poruchách polykání tak, aby ho mohli mít vždy u sebe a problematiku si zopakovat v momentě, kdy to budou potřebovat. Z toho důvodu jsem k práci vypracovala brožuru (příloha č. 4), která by všeobecným sestřím umožnila snadnější práci s GUSS testem a mohli by ji tak mít na svých pracovištích neustále na očích.

Nadále v rámci rozhovorů s logopedy jsme diskutovali o možnostech uspořádání seminářů na téma GUSS testu a to nejen z důvodu nedostatečné informovanosti v této oblasti, ale také z důvodu stále přibývajících pacientů s poruchou polykání.

9. Závěr

GUSS test je poměrně nová metoda, kterou se zjišťuje porucha polykání - dysfagie. Pacientů s tímto onemocněním v dnešní době stále přibývá. Z provedených rozhovorů je zřejmé, že GUSS test není prováděn u všech pacientů, ale pouze u pacientů, kteří jsou přijímáni a hospitalizováni po CMP na oddělení iktových jednotek. Avšak dysfagie se nevyskytuje pouze u těchto konkrétních pacientů. Proto by bylo vhodné GUSS test provádět u pacientů i s jiným onemocněním, kteří jsou hospitalizováni i na jiných odděleních. Objektivní výsledky GUSS testu jsou však podmíněny jeho kvalitním provedením. Aby mohly zdravotní sestry kvalitně provádět GUSS test, musí mít dobré znalosti a dovednosti k dané problematice a nesmí opomenout žádný z úkonů. S tímto souvisí kvalitní edukace všeobecných sester. Z provedených rozhovorů bylo zjištěno, že tato edukace je bagatelizována. Neméně důležitá je i spolupráce s logopedy, kteří na základě výsledků stanoví správný postup při následné léčbě a také jaká konzistence stravy má být pacientovi podána, aby nedošlo k aspiraci. Včasné odhalení tohoto onemocnění ve spojení se stanoveným postupem podávání stravy usnadňuje a urychluje následné léčení pacienta.

Touto závěrečnou prací bylo zjištěno, že GUSS test je velkým přínosem v oblasti diagnostiky poruchy polykání. Z tohoto důvodu by se měl GUSS test provádět nejen u pacientů hospitalizovaných na oddělení iktových jednotek. Kvalitní edukace všeobecných sester v této oblasti hraje významnou roli, na kterou by měl být kladen velký důraz, a neměla by být podceňována.

10. Seznam použité literatury

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011, 351 s. ISBN 9788072627073.
2. AMBLER, Zdeněk, BAUER, Jiří. *Cévní onemocnění mozku*. In BEDNAŘÍK, Josef, AMBLER, Zdeněk, RŮŽIČKA Evžen. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Praha: Triton, 2010. ISBN 9788073873899.
3. ARNOLD M, LIESIROVA K, BROEG-MORVAY A, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *Plos One* [online]. 2016, **11**(2), e0148424 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.1371/journal.pone.0148424. ISSN 19326203.
4. BATEMAN C, LESLIE P a DRINNAN MJ. Adult dysphagia assessment in the UK and Ireland: are SLTs assessing the same factors? *Dysphagia* [online]. 2007, **22**(3), 174-86 [cit. 2017-03-01]. ISSN 0179051X.
5. BÁRTŮ, Václava. Pneumonie a léčba diagnostika. *MF: Postgraduální medicína* [online]. 2008 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pneumonie-a-lecba-diagnostika-350875>
6. BOURS, Gerrie J.J.W., Renée SPEYER, Jessie LEMMENS, Martien LIMBURG a Rianne DE WIT. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, **65**(3), 477-493 [cit. 2017-03-01]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04915.x. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2008.04915.x>
7. CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8073671050.
8. ČERNÝ, Michal, Miloš KOTULEK a Viktor CHROBOK. FEES – flexibilní endoskopické vyšetření polykání. *Endoskopie* [online]. 2011, **20**(2), 70-75 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/end/2011/02/08.pdf>

9. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024732404.
10. Dysphagia and Nutrition Post ABI. Abiebr.com: Educational Module 5.[online]. 2011. Dostupné z: <http://www.abiebr.com/sites/default/files/Educational%20Module%205-Dysphagia%20and%20Nutrition%20Post%20ABI.pdf>
11. GARCIA, J. M. a E. CHAMBERS. Managing dysphagia through diet modifications. *American Journal of Nursing*. listopad 2010, roč. 110, č. 11, s. 26–33. ISSN 0002-936X. doi 10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02.
12. GASIOROWSKA, A.; FASS, R. Current Approach to Dysphagia. *Gastroenterology & Hepatology* [online]. 2009, vyd. 5, č. 4, [cit. 2017-03-01], s. 269-279. Dostupný z https://www.researchgate.net/profile/Ronnie_Fass2/publication/242385498_Current_Approach_to_Dysphagia/links/0c960534d4d4833479000000/Current-Approach-to-Dysphagia.pdf?origin=publication_detail
13. GEE E, LANCASTER E, MELTZER J, MENDELSON AH a BENHARASH P. A Targeted Swallow Screen for the Detection of Postoperative Dysphagia. *The American Surgeon* [online]. 2015, **81**(10), 979-82 [cit. 2017-03-01]. ISSN 15559823.
14. GROFOVÁ, Zuzana. Výživa u poruch polykání. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, **5**(10), 399–400 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/13.pdf>
15. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
16. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3 přep. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8
17. CHROBOK, V., M. ČERNÝ, J. ŠATANKOVÁ, D. STRÁNSKÁ a J. HOFMANOVÁ. *Poruchy polykání kriticky nemocných ch diagnostika a léčba* [online]. In: Olomouc, 2014 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csim/CSARIM%202014/02chrobokcerny.pdf>

18. KALITA, Z., M. ZVOLSKÝ, J. ŠVANCARA a P. BRABEC. Srovnání epidemiologických dat u akutních cévních mozkových příhod podle metodiky ÚZIS a IKTA ve zlínském okrese a v ČR. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2013, **76/109**(3), 350-357 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/srovnani-epidemiologickych-dat-u-akutnich-cevnich-mozkovych-prihod-podle-metodiky-uzis-a-ikta-ve-zlinskem-okrese-a-v-cr-40589?confirm_rules=1
19. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024728353.
20. KIM, Juyong, Byung-Mo OH, Jung Yoon KIM, Goo Joo LEE, Seung Ah LEE a Tai Ryoan HAN. Validation of the Videofluoroscopic Dysphagia Scale in Various Etiologies. *Dysphagia* [online]. 2014, **29**(4), 438-443 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.1007/s00455-014-9524-y. ISSN 0179051x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00455-014-9524-y>
21. KIM, Sanghee a Youngsoon BYEON. Comparison of nutritional status indicators according to feeding methods in patients with acute stroke. *Nutritional Neuroscience* [online]. 2013, **17**(3), 138-144 [cit. 2017-03-01]. DOI: 10.1179/1476830513Y.0000000078. ISSN 1028415x. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1476830513Y.0000000078>
22. LASOTOVÁ, N. Péče klinického logopeda o pacienty s neurogení dysfagií. In: Organizace péče o pacienty s neurogení dysfagií [online prezentace]. Fakultní nemocnice Brno. 12. duben 2012. [cit. 2017- 1-14]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2012-04-12-brno-fn-bohunice/pece-klinickeho-logopeda-o-pacienty-s-neurogeni-dysfagii.pdf>
23. LOGEMANN, JA, FA CURRO, B PAULOSKI a G GENSLER. Aging effects on oropharyngeal swallow and the role of dental care in oropharyngeal dysphagia. *Oral Diseases* [online]. 2013, **19**(8), 733-737 [cit. 2017-03-01]. DOI: 10.1111/odi.12104. ISSN 1354523x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/odi.12104>
24. LOGEMANN, Jeri A. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin, Tex.: PRO-ED, c1998, xiii, 406 s. ISBN 0890797285.
25. LOVE, Russell J a Wanda G WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009, 372 s. ISBN 9788073674649.

26. MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 9788027101580.
27. MANDYSOVÁ, Petra, Helena TRUNDOVÁ a Edvard EHLER. INTER-RATER AGREEMENT OF THE BRIEF BEDSIDE DYSPHAGIA SCREENING TEST-REVISED IN PATIENTS WITH STROKE. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2016, 7(2), 412-419 [cit. 2017-03-01]. DOI: 10.15452/CEJNM.2016.07.0009. ISSN 23363517. Dostupné z: http://periodicals.osu.eu/cejnm/4_111_inter-rater-agreement-of-the-brief-bedside-dysphagia-screening-test-revised-in-patients-with-stroke.html
28. Morris D, Sadowsky J. Oral health and the stroke survivor. MedEdPORTAL Publications. 2013;9:9315. http://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9315
29. MOURÃO, Aline Mansueto, Stela Maris Aguiar LEMOS, Erica Oliveira ALMEIDA, Laélia Cristina Caseiro VICENTE a Antonio Lúcio TEIXEIRA. Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral. *CoDAS* [online]. 2016, 28(1), 66-70 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.1590/2317-1782/20162015072. ISSN 23171782. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000100066&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
30. NEČAS, Emanuel. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 2. vyd. V Praze: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1710-7.
31. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogeně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudemus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 9788074355189.
32. O'HORO JC, ROGUS-PULIA N, GARCIA-ARGUELLO L, ROBBINS J a SAFDAR N. Bedside diagnosis of dysphagia: a systematic review. *Journal Of Hospital Medicine* [online]. 2015, 10(4), 256-65 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.1002/jhm.2313. ISSN 15535606.
33. OSAWA, Aiko, Shinichiro MAESHIMA, Hiroshi MATSUDA a Norio TANAHASHI. Functional lesions in dysphagia due to acute stroke: discordance between abnormal findings of bedside swallowing assessment and aspiration on videofluorography. *Neuroradiology* [online]. 2013,

- 55(4), 413-421 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.1007/s00234-012-1117-6. ISSN 00283940. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00234-012-1117-6>
34. PAIK, N. J., Dysphagia. červen, 2008. <http://emedicine.medscape.com/article/2212409-overview>
35. PARK, Yeon-Hwan, Hwal Lan BANG, Hae-Ra HAN a Hee-Kyung CHANG. Dysphagia Screening Measures for Use in Nursing Homes: A Systematic Review. Journal of Korean Academy of Nursing [online]. 2015, 45(1), 1- [cit. 2017-02-27]. DOI: 10.4040/jkan.2015.45.1.1. ISSN 20053673. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2015.45.1.1>
36. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024711355.
37. ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava. *Dysfagie – poruchy polykání* [online]. Asociace klinických logopedů České republiky [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie>
38. Screening dysfagie - GUSS. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno: FN Brno, 2016 [cit. 2016-11-28]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>
39. SEBASTIAN, Swapna, Prem G. NAIR, Philip THOMAS a Amit Kumar TYAGI. Oropharyngeal Dysphagia: Neurogenic Etiology and Manifestation. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery [online]. 2015, 67(S1), 119-123 [cit. 2017-02-27]. DOI: 10.1007/s12070-014-0794-3. ISSN 22313796. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12070-014-0794-3>
40. SOLNÁ, Gabriela, Daniel VÁCLAVÍK, Daniela LASOTOVÁ, et al. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie [online]. 2015, 78(6), 721- 727 [cit. 2017-02-22]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/pece-o-pa-cienty-s-dysfagii-po-cevni-mozkove-prihodestandard-lecebneho-planu-56596> - Meditorial

41. SØRENSEN, Rikke Terp, Rune Skovgaard RASMUSSEN, Karsten OVERGAARD, Axel LERCHE, Ann Mosegaard JOHANSEN a Tove LINDHARDT. Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia After Stroke. *Journal of Neuroscience Nursing* [online]. 2013, 45(3), 139-146 [cit. 2017-02-27]. DOI: 10.1097/JNN.0b013e31828a412c. ISSN 08880395. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01376517-201306000-00005>
42. SMITH, Elaine L., Karen L. RICE, Jennilee St. JOHN a Linley BERGER. Using the Gugging Swallowing Screen (GUSS) for Dysphagia Screening in Acute Stroke Patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing* [online]. 2015, 46(3), 103-104 [cit. 2017-02-28]. DOI: 10.3928/00220124-20150220-12. ISSN 0022-0124. Dostupné z: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00220124-20150220-12>
43. STANSCHUS, Sönke. *Metódy v klinickej dysfagiológii*. Bratislava: Kalligram, 2010. ISBN 9788081013362.
44. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673406.
45. TEDLA, Miroslav, CHROBOK, Viktor (ed.). *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2009, 312 s. *Medicína hlavy a krku*. ISBN 9788073111052.
46. TRAPL M, ENDERLE P, NOWOTNY M, TEUSCHL Y, MATZ K, DACHENHAUSEN A a BRAININ M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke* [online]. 2007, 38(11), 2948-52 [cit. 2017-02-28]. ISSN 15244628.
47. TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.
48. VALIŠ, Martin, Libor ŠIMŮNEK, Viktor CHROBOK, Zbyšek PAVELEK, Michal ČERNÝ, Edvard EHLER a Pavel KUNC. Poruchy polykání u neurologických onemocnění. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*. [online]. 2014, 94(6), 254- 258 [cit. 2017-02-22]. ISSN 1805-4544.

Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/poruchy-polykani-u-neurologickych-onemocneni-50772> - Meditorial

49. *Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.*

50. WIRTH, Rainer, Christine SMOLINER, Martin JÄGER, Tobias WARNECKE, Andreas H. LEISCHKER a Rainer DZIEWAS. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental* [online]. 2013, 5(1), 2-25 [cit. 2017-03-01]. DOI: 10.1186/2040-7378-5-14. ISSN 20407378.

Seznam zkratek

CMP- cévní mozková příhoda

GUSS- the gugging swallowing screen

VFS- videofluoroskopie

FEES- Flexible Endoscopic Examination of Swallowing, Videoendoskopie

ORL-Otorhinolaryngologie

PMK- permanentní močový katétr

OA- osobní anamnéza

NO- nynější onemocnění

AA- alergická anamnéza

FA- farmakologická anamnéza

PA- pracovní anamnéza

GCS- Glasgow Coma Scale

p.o.- per os

i.v. – intra venózně

tbl.- tableta

Seznam příloh

Příloha č. 1: GUSS- záznamový arch

Příloha č. 2: GUSS- hodnocení

Příloha č. 3: Penetračně- aspirační škála dle Rosenbeka

Příloha č. 4: Brožura, jak správně postupovat při GUSS testu

Příloha č. 5: GUSS test do kapsy (pomůcka pro všeobecné sestry)

Příloha č. 1 GUSS- záznamový arch

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

Jméno:
Datum:
Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

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

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

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

Příloha č. 2 GUSS- hodnocení

GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

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

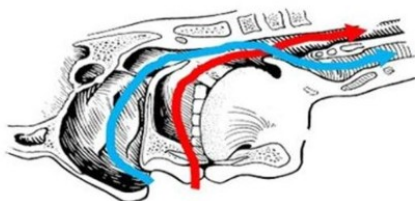
Příloha č. 3 Penetračně- aspirační škála dle Rosenbeka

Stupen	Lokalizace potravy v DC	Hodnocení
1.	materiál nevstupuje do dýchacích cest	norma
2.	materiál vstupuje do DC, nedosahuje úrovně hlasivek, je kompletně vypuzen	penetrace
3.	materiál vstupuje do DC, nedosahuje úrovně hlasivek, není kompletně vypuzen	
4.	materiál vstupuje do DC, dosahuje úrovně hlasivek, a je vypuzen	
5.	materiál vstupuje do DC, dosahuje úrovně hlasivek, není vypuzen	
6.	materiál vstupuje do DC, dostává se pod hlasivky a je vypuzen	
7.	materiál vstupuje do DC, dostává se pod úroveň hlasivek, i přes snahu není vypuzen	aspirace
8.	materiál se dostává pod úroveň hlasivek bez jakékoliv snahy o jeho vypuzení	tichá aspirace

(Chrobok, 2014)

GUSS TEST (gugging swallowing screen)

- ◆ Dysfagie je v prvních třech dnech klinicky přítomna u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou.
- ◆ K aspiraci dochází během prvních pěti dnů po vzniku CMP.
- ◆ Příčinou vzniku bronchopneumonie u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou je velmi často právě aspirace.
- ◆ Screening dysfagie vede ke snížení rizika vzniku aspirační bronchopneumonie. Screeningové vyšetření dysfagie by mělo být administrováno u všech pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou vždy před podáním prvního jídla či tekutiny.



- ◆ Screeningové vyšetření schopnosti polykání GUSS je určeno pro pacienty s cévní mozkovou příhodou v akutní fázi onemocnění.
- ◆ Cílem vyšetření je identifikace pacienta v riziku dysfagie, eliminace rizika poruchy, kvantitativní a kvalitativní zhodnocení schopnosti polykání, nastavení vhodného typu (konzistence) stravy, možnosti hydratace a iniciace včasného následného diagnosticko-terapeutického postupu.

- ◆ Screeningové vyšetření dysfagie by mělo být administrováno u všech pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou vždy před podáním prvního jídla či tekutiny

- ◆ GUSS je step-by-step vyšetření, které citlivě reaguje na výkon pacienta a umožňuje testování s postupně navyšující obtížností vzhledem ke schopnostem pacienta.

GUSS administrace

Pomůcky

- ◆ hrnek
- ◆ čajová lžička
- ◆ čistá voda
- ◆ zahušťovaadlo
- ◆ piškoty (chleba, vecka)
- ◆ záznamový arch screenin-
gového vyšetření GUSS



- ◆ informujeme pacienta o
plánovaném výkonu
- ◆ provedeme polohování
pacienta do sedu, event.
polosedu (polohování ale-
spoň do 60°)
- ◆ kontrola hygieny dutiny ústní, event.
zajištění hygieny dutiny ústní

Nepřímý test polykání

- ◆ pacient by měl být bdělý nejméně 15 min při
napolohování do sedu či polosedu
- ◆ pacient by měl být schopen cíleně za-
kašlat či odkášlat
- ◆ pacient by měl být schopen na výzvu
polknout sliny, bez přítomnosti droolingu
(tj. slinění – vytékání slin z úst), bez změ-
ny hlasu po polknutí (po polknutí vyzveme
pacienta, aby řekl „O“ – hlas by měl být
stejný jako před polknutím, neměl by být
slabší, „vlhký“, „kloktavý“, „bublavý“)



Přímý test polykání

- ◆ **subtest zahuštěná tekutina:** čistá voda, neperlivá, chladná, zahuštěná pomocí zahušťovačů do konsistence pyré / pudinku; první podávané sousto je velikosti 1/3 až 1/2 čajové lžičky, při efektivním polknutí následuje 5 dalších již plných čajových lžiček; vyšetřující pozoruje výkon pacienta po každé podané lžičce; vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán jeden ze čtyř rizikových znaků aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)
- ◆ **subtest tekutina:** první doušek čisté vody je podán z hrnku o velikosti 3ml; pokud je polknutí úspěšné, doušky postupně zvyšujeme na 5, 10, 20 a 50ml; k vypití 50ml je pacient instruován tak, aby je vypil co nejrychleji; vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán jeden ze čtyř rizikových znaků aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)
- ◆ **polykání pevné stravy:** jako první sousto je použit kousek chleba či 1/2 piškoty; test je opakován 5x; k polknutí by mělo dojít za 10sek včetně orální přípravné fáze; vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán jeden ze čtyř rizikových znaků aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)
- ◆ zjištěné hodnoty zaznamenáme do záznamového archu

Po ukončení vyšetření

- ◆ provedeme hygienu dutiny ústní
- ◆ výkon pacienta zaznamenáme do záznamového archu a sečteme dosažené bodové hodnocení nepřímého a přímého testu schopnosti polykání
- ◆ o výsledku vyšetření informujeme ošetřujícího lékaře (event. klinického logopeda)
- ◆ zajistíme vhodný typ výživy / hydratace / a dalších doporučení dle tabulky hodnocení screeningového vyšetření GUSS
- ◆ provedeme záznam do dokumentace a založení záznamového archu screeningového vyšetření do dokumentace

Příloha č. 5 GUSS test do kapsy (pomůcka pro všeobecné sestry)

GUSS test do kapsy

Co mít u sebe:

- ⇒ hrnek
- ⇒ čajová lžička
- ⇒ čistá voda
- ⇒ zahušťovadlo
- ⇒ piškoty X chleba
- ⇒ záznamový arch GUSS

Nepřímý test polykání:

- ⇒ napolohování do sedu či polosedu
- ⇒ pacient bdělý nejméně 15 min
- ⇒ cíleně zakašlat či odkašlat dvakrát
- ⇒ polknout sliny, bez přítomnosti drooling, bez změny hlasu po polknutí

Přímý test polykání:

- ⇒ **zahuštěná tekutina:** sousto je velikosti 1/3 , při efektu následuje 5 dalších již plných čajových lžiček, vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán rizikový znak aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)
- ⇒ **tekutina:** první doušek čisté vody 3ml, polknutí úspěšné, pokračuje se objemem 5, 10, 20 a 50ml, vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán rizikový znak aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)
- ⇒ **pevná strava:** jako první sousto je použit kousek chleba X piškot, test je opakován 5x, vyšetření je zastaveno, pokud je zaznamenán rizikový znak aspirace (polykání, kašel, drooling a změna hlasu)

- ⇒ výkon pacienta zaznamenáme do záznamového archu
- ⇒ o výsledku vyšetření informujeme ošetřujícího lékaře (event. klinického logopeda)

