

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami prehĺtania

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0039	20. septembra 2018	schválené	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Ing. Mgr. Ľubica Kočanová; Mgr. Andrea Somogyi; Mgr. Gabriela Kmet'ová; Mgr. Daniela Jarabová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Mária Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim.prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatíalová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

dysfágia, orofaryng, ezofagiálna dysfágia, odynofágia, aspirácia, afágia, achalázia, senior, manažment pacienta so sťaženým prehĺtaním, individuálny plán, ošetrovateľská starostlivosť o pacienta so sťaženým prehĺtaním, posúdenie rizík, riziko aspirácie, riziko dusenia, bezpečnosť pacienta.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

Zoznam skratiek	
ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA	
ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CNS	centrálna nervová sústava
CT	počítačová tomografia
EBN	(Evidence-Based Nursing) ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
EBM	(Evidence-Based Medicine) medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
FEES	videofibroskopia
GUSS	Gugging Swallowing Screen – Test
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
KPR	kardiopulmonálna resuscitácia
MRI	magnetická rezonancia
MBS	modifikovaný baryonový test prehĺtania
NCMP	náhla cievna mozgová príhoda
OAİM	oddelenie anesteticko intenzívnej medicíny
ODCCT	obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom
OPS	odborná pracovná skupina
ORL	otorinolaryngológia
PEG	perkutánna endoskopická gastrostómia
RCT	randomizované kontrolované štúdie
RLP	rýchla lekárska pomoc
RTG	rentgenoskopia, vyšetrowanie pomocou röntgenových lúčov
NGS	nasogastrická sonda
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
VFSS	videofluoroskopia
ZSS	zariadenia sociálnych služieb

Kompetencie

Tento štandardný ošetrovateľský postup je určený sestram poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám“). Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu

zodpovedá v súvislosti so zodpovednosťou za odborné poskytovanie a kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, **odborný zástupca(garant) pre ošetrovateľskú starostlivosť v príslušnom zariadení.**

Sestra: koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta. Ošetrovateľské výkony, ktoré sestra realizuje pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, sú realizované v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v nariadení vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

Lekár: ošetrojúci lekár, všeobecný praktický lekár, lekár špecialista zabezpečuje komplexný lekársky manažment pacienta, indikuje liečbu pre ochorenia, ktoré spôsobujú sťažené prehĺtanie u pacienta, alebo zvyšujú riziko aspirácie u pacienta, alebo riziko dusenia, alebo riziko vzniku zápalu pľúc.

Pozn. Špecifické činnosti a situácie sú definované v texte štandardu.

Praktická sestra, sanitár: Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktickú sestru a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Sestra zodpovedá za primeranú úroveň starostlivosti v súlade s potrebami pacienta a pri zohľadnení prítomných rizík.

Za výkon činností definovaných v štandarde zodpovedajú jednotliví zdravotnícki pracovníci.

Úvod

Poruchu prehĺtania označujeme pojmom **dysfágia** (Jurgoš, 2006). Dysfágia je špecifický symptóm, ktorý u pacienta signalizuje poruchu transportu potravy, tekutín, slín, alebo liekov z ústnej dutiny do žalúdka. Termín pochádza z gréčtiny: „dys“ - ťažkosť, „phagia“ - hltat', jest', to znamená ťažkosti pri jedení, prehĺtaní. Postihnutého obmedzuje v bežnom živote, môže pri nej dôjsť k **vdýchnutiu potravy**, alebo slín, môže spôsobovať **podvýživu**, alebo môže byť aj klinickým príznakom pri niektorých vážnych ochoreniach. Objavuje sa aj pri úrazoch, či pri niektorých operáciách a je častým problémom najmä u seniorov (Tedla a kol. 2009).

Neschopnosť akéhokoľvek prehĺtania sa nazýva **afágia**. Bolestivé prehĺtanie označujeme pojmom **odynofágia**. Subjektívne vnímanie niečoho cudzieho v krku pomenovávame **globus faryngeus**. **Fagofóbia** zase reprezentuje chorobný strach z prehĺtania. **Prehĺtacia apraxia** je stav, keď pacient nevie čo má urobiť so sústom v ústach i keď má zachovanú pohyblivosť všetkých štruktúr prehĺtania (pacienti s demenciou, Alzheimerova choroba). Pri úplnej areflexii, ako sa stáva pacientom s Parkinsonovou chorobou často dochádza k **tichej aspirácii**, ktorá nevyvolá kašeľ. Ak sa vyskytuje pravidelné zabiehanie potravy do dolných dýchacích orgánov, hovoríme o **aspirácii**. **Aspirácia potravy** spojená s niektorými typmi poruchy prehĺtania je stav, ktorý ohrozuje pacienta na živote vznikom **aspiračnej pneumónie**. V tomto prípade je normalizácia prehĺtania, alebo zavedenie inej formy príjmu potravy kardinálnou otázkou (Tedla a kol., 2009). Pacienti sú ohrození malnutríciou, hladom, znižujúcou sa hmotnosťou, dehydratáciou, aspiračnou pneumóniou, ezofagitídou, fibrózou, vážnym poškodením pľúcneho tkaniva, pľúcnym abscesom, udusením.

Tento štandard bol tvorený na základe analýzy odborných, publikovaných informácií od uznávaných autorít a overených skúseností v kontexte *totálneho manažérstva kvality* na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. Všetky definované prístupy sú

koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorá má byť v praxi zariadenia uplatňovaná. V textoch sú tieto prístupy označené indikátorom ◊.

Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomného stavu poruchy prehĺtania u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax v ďalších príbuzných odboroch.

Štandard vychádza

- zo štúdií a svetových a európskych (EÚ) odporúčaní (sila odporúčenia A – C);
- z odborných, publikovaných informácií od v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít (sila odporúčenia A – C);
- z nadnárodných guidelineov pre medicínsku a ošetrovateľskú prax; (sila odporúčenia A – C, Level I – V);
- z klinicky overených skúseností (sila odporúčenia D , Level IV – V/EBN).

Spracované podľa <https://www.sign.ac.uk/assets/sign119.pdf>

Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomného stavu poruchy prehĺtania u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Miesto výkonu štandardného postupu:

- ústavné zdravotnícke zariadenia a oddelenia poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť dlhodobo chorým (napr. dom ošetrovateľskej starostlivosti),
- ambulantná starostlivosť,
- ADOS za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu,
- zariadenia sociálnej pomoci s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Jadrom štandardu sú kapitoly "Posudzovanie" „Diagnostika“ , „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti o pacienta so sťaženým prehĺtaním". Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“ , ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia pacienta so sťaženým prehĺtaním.

○ **Hodnotenie sily dôkazov (vo vzťahu k EBM, EBN):**

- Vysoká: Najmenej 1 randomizovaná kontrolovaná štúdia alebo 3 intervencie pred / po podaní alebo iné perspektívne zákroky alebo 3 dobre štruktúrované, relevantné pozorovacie štúdie,
- Mierna: Štúdie, ktoré využívajú osvedčené metódy na spravodlivé porovnávanie výsledkov, ale kde výsledok ponecháva priestor na neistotu (napr. z dôvodu veľkosti štúdie, straty následných opatrení alebo metódy použitej na výber skupín pre porovnanie),
- Nízka: Štúdie pri ktorých sú výsledky nejednoznačné, pretože návrh štúdie nezaručuje objektívne porovnanie so štandardnou praxou, alebo najlepšou praxou, alebo štúdie nie sú vôbec k používanej problematike realizované.

○ **Hodnotenie sily doporučení:**

- Sila odporúčenia naznačuje, aká je predpokladaná miera pozitívneho účinku pri dodržiavaní odporúčania. Odporúčenie je:

- Silné – Výhody jasne prevažujú nad rizikami.
- Slabé – Výhody sú vyvážené rizikami.

- Nedostatočné – Dôkazy nie sú jasné na vydanie odporúčenia.

Ratingová schéma pre silu dôkazov	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA	
Level 1 ⁺⁺	Vysoko kvalitné metaanalýzy, systematické posúdenie RCT alebo RCT s veľmi nízkym rizikom predpojatosti
Level 1 ⁺	Dobre vykonávané metaanalýzy, systematické hodnotenia alebo RCT s nízkym rizikom skreslenia
Level 1 ⁻	Metaanalýzy, systematické posudky alebo RCT s vysokým rizikom predpojatosti
Level 2 ⁺⁺	Vysoko kvalitné systematické posudky, kontroly prípadov, alebo Kohortových štúdií. Kvalitná kontrola prípadov alebo Kohortové štúdie s veľmi nízkym rizikom pochybenia alebo skreslenia a vysoká pravdepodobnosť, že vzťah je príčinný
Level 2 ⁺	Dobre vykonávaná kontrola prípadov, alebo Kohortové štúdie s nízkym rizikom pochybenia, alebo skreslenia a mierna pravdepodobnosť, že vzťah je príčinný
Level 2 ⁻	Kontroly prípadov, alebo Kohortové štúdie s vysokým rizikom pochybenia, alebo zaujatosti a významné riziko, že tento vzťah nie je príčinný
Level 3	Neanalytické štúdie, napr. prípadové správy, séria prípadov
Level 4	Odborný názor

Ratingová schéma pre silu odporúčaní	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA	
Trieda A	Najmenej jedna metaanalýza, systematické preskúmanie alebo RCT hodnotené ako 1 ⁺⁺ , priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu alebo Súbor dôkazov pozostávajúci predovšetkým zo štúdií hodnotených ako 1 ⁺ , priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu a preukázanie celkovej konzistentnosti výsledkov
Trieda B	Súbor dôkazov vrátane štúdií hodnotených ako 2 ⁺⁺ , priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu, preukázanie celkovej konzistentnosti výsledkov alebo Extrapolované dôkazy zo štúdií hodnotených ako 1 ⁺⁺ , alebo 1 ⁺
Trieda C	Súbor dôkazov vrátane štúdií hodnotených ako 2 ⁺ , priamo uplatniteľné na cieľovú populáciu a preukázanie celkovej konzistentnosti výsledkov alebo Extrapolované dôkazy zo štúdií hodnotených ako 2 ⁺⁺
Trieda D	Údajová úroveň 3 alebo 4 alebo Extrapolované dôkazy zo štúdií hodnotených ako 2 ⁺

Prevenencia

Predchádzať dysfágii pacienta je jednou z oblastí, ktorá býva zanedbávaná. Zvlášť rizikovou skupinou sú gerontologickí pacienti, ktorí tvoria najväčšiu skupinu ohrozených osôb so zhoršenou motilitou pažeráka a rizikom vzniku dysfágie.

Všetci **pacienti s mozgovou príhodou** by mali byť **pred podaním** potravy, alebo nápojov **vyšetrení na dysfágiu** (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní "Trieda C", sila dôkazov Level 2⁺, 2⁺⁺]).

Epidemiológia

Problémy s prehĺtaním sa vyskytujú vo všetkých vekových kategóriách, **vyššia prevalencia je vo vyššom veku**.

Sťažené prehĺtanie sa vyskytuje u 40% pacientov postihnutých s refluxnou chorobou pažeráka. Asi 50-73 % pacientov po NCMP trpí dysfágiou. U takýchto pacientov je **rizikovým faktorom pre rozvoj pneumónie, ktorá sa vyskytuje u 34% pacientov** (Lukáš, Žák a kol, 2014). Mnoho ochorení je sprevádzaných dysfágiou, najmä neurologických a otorinolaryngologických. Ťažkosti sa vyskytujú u 81% pacientov s Parkinsonovou chorobou (Wilkins et.al., 2007), 80% pacientov s cievnou mozgovou príhodou (Dziewas et. al., 2008), 72% pacientov s nádorom v oblasti hlavy a krku (Maclean, Cotton, Perry, 2009).

Patofyziológia

Dysfágia je vyvolaná pri rôznych ochoreniach rôznymi mechanizmami, ktoré porušujú prirodzený proces prehĺtania. Poruchy prehĺtania môžu vzniknúť na podklade organickej lézie, alebo funkčnej poruchy. (Rofes, 2010). Z hľadiska riadenia prehĺtacieho aktu sa príčiny rozdeľujú na neurogénne, štruktúrne a zmiešané. Štruktúrne abnormality môžu viesť ku obštrukčnej dysfágii. Obštrukčná dysfágia môže byť zapríčinená aj cudzím telieskom. Z ontogenetického hľadiska poruchy prehĺtania delíme na **vrodené a získané**, z časového hľadiska na **akútne a chronické**. Z pohľadu etiológie vzniku dysfágie rozoznávame príčiny zápalové, **traumatické, nádorové, iatrogénne, kongenitálne, autoimunitné, metabolické, chemické**, atď.

Najčastejšie získané ochorenia, ktoré sú spojené so sťaženým prehĺtaním:

- neurogénne, neurodegeneratívne ochorenia - Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, NCMP, menej časté polyomyelitída, myopatia, Huntingtonova choroba,
- onkologické ochorenia - rakovina pažeráka, rakovina hrtana, rakovina štítnej žľazy, menej časté rakovina pľúc, rakovina žalúdka,
- zápalové ochorenia - laryngitída, epiglottitída, zápal pažeráka, zápal nosohltanu, záškrt,
- autoimunitné neurologické ochorenie - myastenia gravis, sklerodermia a iné,
- alkoholizmus, menej časté tetanus, besnota.

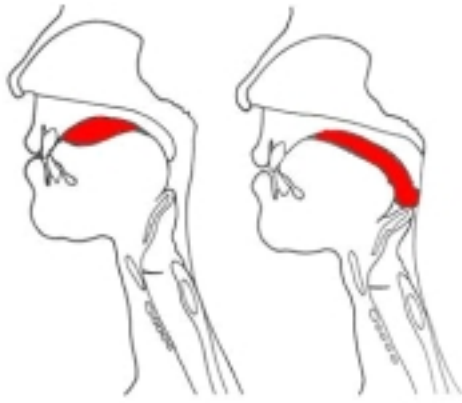
Najčastejšie vrodené ochorenia, ktoré sú spojené so sťaženým prehĺtaním:

- refluxná choroba pažeráka, rázštep pery a podnebia.

Vznik orofaryngálnej dysfágie je podmienený poruchou najmenej jednej fázy prehĺtania potravy. Podľa Tedlu (2007) rozlišujeme **tri fázy prehĺtania**:

- **1. Orálna fáza** (obr. č.1) formovanie sústa žuvaním a premiešaním jazykom

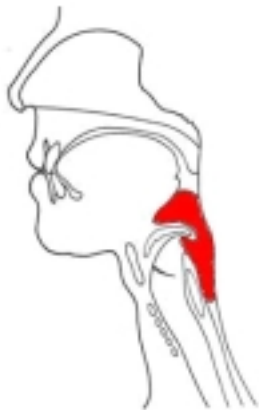
Orálnu fázu možno rozdeliť na dve časti. V prvej prípravnej časti sa pomocou pier, jazyka, sánky, žuvacích svalov, mäkkého podnebia a líc potrava v ústach zmieša so slinami. Prípravná časť je dôležitá pre ideálne prebehnutie ďalších fáz hltacieho aktu. Pripravený bolus sa posúva ďalej, čo je súčasťou transportnej časti orálnej fázy. Svalstvo pier a líc sa sťahuje, následne sa jazyk dotýka tvrdého podnebia. Po kontakte jazyka s podnebím sa zdvíha mäkké podnebie a prikladá sa k zadnej stene nosohltanu. Bolus potravy prechádza do orofaryngu;



Obr. č. 1 Orálna fáza prehĺtania

- **2. Faryngeálna fáza** (obr. č. 2), začiatok hltania s prechodom sústa do orofaryngu - Ako náhle bolus jedla dosiahne úroveň predných podnebných oblúkov, začína druhá, hltanová fáza hltacieho aktu. Hltanová fáza je reflexná, nie je ovládateľná vôľou. Hltanovú fázu hltacieho aktu charakterizuje:

- velofaryngeálny uzáver – bráni prieniku potravy do nosohltana, kontrakcia zvieračov hltana v kraniokaudálnom smere, uzáver hrtana – zabraňuje aspirácii, kontrakcia zvieračov hltana v kraniokaudálnom smere, uzáver hrtana – zabraňuje aspirácii, kontrakcia zvieračov hltana v kraniokaudálnom smere, zdvihnutie hrtano-jazykového komplexu smerom ku koreňu jazyka, relaxácia horného pažerákového zvierača, čím je umožnený prechod sústa do pažeráka;



Obr. č. 2 Faryngeálna fáza prehĺtania

- **3. Ezofageálna fáza** (obr. č. 3)

Pažeráková, podobne ako hltanová fáza prebieha autonómne, bez vôľovej kontroly. Transport bolusu je pomalší ako pri hltanovej fáze, dosahuje cca 3 – 4 cm za sekundu.



Obr. č. 3 Ezofageálna fáza prehĺtania

Narušenie fyziologického priebehu pasáže potravy pažerákom závisí od: veľkosti prehltnutého sústa, peristaltiky, veľkosti lúmenu, relaxácie horného a dolného sfinkteru počas prehĺtania (Jurgoš, 2006). Sťažené prehĺtanie je vyvolané poruchou motility pažeráka, alebo anatomickou prekážkou.

Faktory ovplyvňujúce prehĺtanie (Mandysová, Škvrňáková, 2016)

Fyziologické faktory - v spojitosti najmä zo starnutím, kedy dochádza k redukcii svalovej hmoty a k zníženiu elasticity spojivového tkaniva, následkom čoho sa znižuje sila a rozsah pohybu kĺbov. Dochádza k spomaleniu prehĺtacieho aktu, k zníženiu vlhkosti v ústnej dutine a k zníženiu čuchového a chuťového vnímania. Zubná protéza je v starobe je pokladaná za fyziologickú, zabezpečuje obnovu všetkých základných funkcií chrupu, estetiku, podrvenie potravy, správne vyslovenie hlások a slov. Prítomnosť ďalších ochorení, viac ako 50 rokov a ďalšie fyziologické faktory majú vplyv na prehĺtanie, takisto abnormálna funkcia čeľuste, pier, mäkkého podnebia, hrtanovej príchlopky, hltana, horného pažerákového zvierača, ktoré hrajú dôležitú rolu pri aspirácii.

Pridružené ochorenia - celý rad ochorení má vplyv na fyziologické faktory spojených s komplikáciami ako je penetrácia a aspirácia napr. pacienti s poruchou dýchania, pacienti s narušenou kognitívnou funkciou, demenciou, operačné výkony u pacientov po operácii krčnej chrbtice, pooperačná dysfágia u pacientov po operačnej liečbe proximálneho femuru, neurologické ochorenia.

Pridružené stavy - úroveň vedomia, chuť k jedlu, nálada, nauzea, sucho v ústach, zle pridŕžajúca zubná protéza, ťažkosti so zrakom, závrate, depresia, neprítomnosť druhej osoby, ktorá by pomohla s jedlom, v neposlednom rade konzistencia potravy.

Klasifikácia

Dysfágiu rozdeľujeme na dva typy:

- 1 **orofaryngeálna dysfágia** – ochorenia, ktoré sa týkajú faryngu, horného ezofagiálneho zvierača a svalstva ústnej dutiny. Orofaryngálna dysfágia spojená s odynofágiou (pocit bolesti pri prehĺtaní) je pri zápalových ochoreniach tonzíl a faryngu.
- 2 **ezofagiálna dysfágia** – postihuje telo pažeráka, dolný ezofagiálny zvierač. Príčina môže byť mechanická, alebo neuromuskulárna (Jurgoš, 2006).

Dysfágiu môžeme kategorizovať z hľadiska **lokalizácie** postihnutia: (Hep, Dolina, 2005, Jeřábková, 2006, Sheehan 2008).

- orofaryngeálna dysfágia,
- ezofageálna dysfágia,
- postezofageálna dysfágia,
- paraezofageálna dysfágia, (Hep, Dolina, 2005, Jeřábková, 2006, Sheehan 2008).

Niektorí autori uvádzajú **jednoduché rozdelenie** dysfágie na:

- dysfágia horného typu - zahŕňajúca oblasť hltanu a hornej časti pažeráku
- dysfágia dolného typu - zahŕňajúca oblasť dolnej časti pažeráka a dolný pažerákový zvierač (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Klinický obraz

Klinické príznaky sú odlišné pri orofaryngálnej a ezofagiálnej dysfágii.

Pri orofaryngálnej dysfágii sú charakteristické ťažkosti s iniciáciou prehĺtania, hromadenie sa potravy v ústnej dutine, prítomný je kašeľ, samovoľný únik slín, pocit intenzívnej únavy žuvacích svalov, zlá

tolerancia tekutín alebo tuhej stravy, ptóza viečka, dyzartria, nosový alebo chrapľavý hlas, pocit dusenia.

Pri ezofagiálnej dysfágii je prítomný **pocit** „zastavenia“ potravy v oblasti za hrudnou kosťou, pocit pálenia, bolestivé prehĺtanie (odynofágia), precitlivosť na studené a horúce jedlá, achalázia (regurgitácia nenatravenej potravy), refluxné ťažkosti aj vracanie (Jurgoš, 2006).

▪ **Komplikácie vyvolané dysfágiou**

Odborníci uvádzajú dve závažné potenciálne komplikácie (Mandysová, Škvrňáková, 2016):

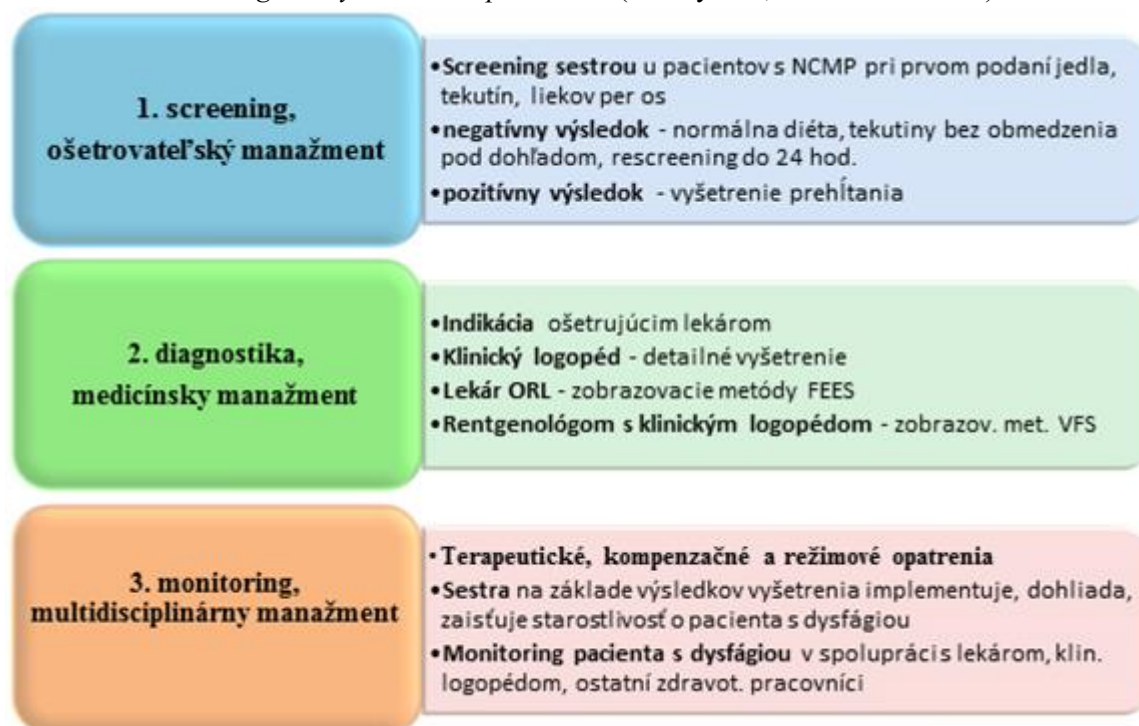
- znížená efektivita prehĺtania - jej následkom je malnutrícia, dehydratácia,
- znížená bezpečnosť prehĺtania - riziko aspirácie, riziko vzniku pneumónie, riziko udusenía.

Klinický obraz, resp. symptómy sťaženého prehĺtania závisia od prevažujúceho typu dysfágie.

Z hľadiska posúdenia a následného plánovania ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné identifikovať rozsah i príčinu sťaženého prehĺtania.

Štandardizované klinické posúdenie patrí odborníkovi, ktorí majú skúsenosti s liečbou dysfágie - klinickí logopédi, jazykí terapeuti. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčania Trieda B, sila dôkazov Level 2+])

Obr. č.4. Schéma diagnostiky sťaženého prehĺtania (Mandysová, Škvrňáková 2016)



Diagnostika

Vyšetrenie pacienta s dysfágiou lekárom, anamnéza, ORL vyšetrenie, stanovenie príčiny dysfágie, vyšetrenie pacienta chirurgom, neurologické konzultácie, konzultácia s internistom a psychiaterom. Zobrazovacie vyšetrovacie metódy RTG, RTG s kontrastnou látkou, CT alebo MRI ezofagografia, videoezofagogram s báriovou kontrastnou látkou, videofluoroskopia - VFSS (zaznamenanie anatómie a fyziológie ústnej dutiny a hltana, separácia dýchacích ciest a pažeráka), zistiť spôsob prehĺtania, ktorý zabezpečí, aby pacient prehltol bez aspirácie (Bunová, 2011).

Relatívne nová metóda funkčného vyšetrenia prehĺtania je videofibroskopia – FEES (sleduje sa rýchlosť hltanovej fázy, predčasné zatekanie tekutín alebo prenikanie tuhých častí potravy do oblasti hltana a hrtana (Tedla, 2007).

Modifikovaný baryonový test prehĺtania MBS a optické endoskopické vyšetrenie FEES sú validné metódy pre hodnotenie dysfágie. Klinický lekár rozhodne, ktorá je vhodnejšia (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+]).

Screening

- ◇ Prvé posúdenie - **identifikáciu pacienta so sťaženým prehĺtaním** sestra realizuje pri prijatí pacienta do KOS a v priebehu celej realizácie KOS podľa individuálnych zistení u pacienta.
- ◇ Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta realizuje sestra ihneď v úvode procesu prijatia pacienta do starostlivosti v zariadení v súlade s platnou legislatívou.
- ◇ Z dôvodu dôslednej prípravy pracoviska na zabezpečenie kontinuity starostlivosti o pacienta sestra pátra po informáciách o prítomnosti dysfágie u pacienta, prípadne predbežných odporúčaniach o pokračujúcom programe starostlivosti v súvislosti so sťaženým prehĺtaním už **pred prepustením** z validného informačného zdroja predchádzajúcej starostlivosti.

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje kontrolný list Posúdenie prítomnosti sťaženého prehĺtania a stupňa dysfágie

(pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu) .

- ◇ Stanovenie prítomnosti a typu dysfágie sestra realizuje v rozsahu svojich kompetencií a pri **použití validného nástroja posudzovania**.
- ◇ **Prvú identifikáciu dysfágie a plánovanie realizácie väčšiny intervencií** na redukciiu jej rizík sestra realizuje počas prvých **24 hodín** od času prijatia pacienta do starostlivosti. Hodnotenie a objektivizácia rizík pacienta pokračuje počas obdobia minimálne dvoch dní .
- ◇ **Posúdenie nutričného rizika** u pacienta s dysfágiou sestra stanoví podľa platného skríningu ktorý je uvedený v súvisiacom štandarde ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s malnutríciou. Posúdenie výživového rizika sestra realizuje počas **prvých 48 hodín** a opätovne posúdi počas zotavovania sa pacienta (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 2+]).
- ◇ Prítomnosť a typ dysfágie sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne**, ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie.
- ◇ Pacienti s dysfágiou majú byť denne sledovaní v prvom týždni, aby sa zistil priebeh ich zotavovania. [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]
- ◇ Pozorovania sa majú zaznamenávať ako súčasť plánu starostlivosti (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).
- ◇ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** prítomnosti sťaženého prehĺtania, typu a stupňa dysfágie, úroveň rizika aspirácie v rozsahu svojich kompetencií, ďalšie **príčinné súvislosti, problémy, riziká** predovšetkým na základe:
 - aktuálnej **zdravotnej dokumentácie**,
 - **informácií od pacienta a osôb**, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta,
 - **ošetrovateľskej anamnézy**,
 - rozhovoru s pacientom,
 - **pozorovania, subjektívne hodnotenie funkcie prehĺtania**,
 - **objektívne klinické vyšetrenia funkcie prehĺtania**.
- ◇ Sestra používa pri komplexnom posúdení prítomnosti dysfágie u pacienta, stupňa dysfágie, úroveň rizika aspirácie vhodné subjektívne a objektívne screeningové nástroje posudzovania dysfágie (pozri

Screeningový nástroj subjektívneho posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie v časti 17 Ďalšie odporúčania).

Diagnostika

Na základe zistených údajov sestra vyvodzuje, formuluje sesterskú diagnózu.

Výber súvisiacich sesterských diagnóz podľa prílohy vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

- V 126 Porucha prehĺtania
 - V 131 Zvracanie
 - V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba
 - V 124 Odmietanie potravy
 - V 131 Zvracanie
 - V 137 Znížený príjem tekutín
 - A 130 Aspirácia
 - P 112 Úzkosť
-
- V 127 Riziko poruchy prehĺtania
 - V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba
 - V 132 Riziko zvracania
 - V 125 Riziko odmietania potravy
 - V 132 Riziko zvracania
 - V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín
 - D 123 Riziko dusenia
 - A 131 Riziko aspirácie

Plánovanie a realizácia

Liečba - informatívna časť

- Liečba pacienta s dysfágiou zahŕňa tieto liečebné postupy a opatrenia, ktoré realizuje sestra v spolupráci s lekárom:
- **Priama liečba prehĺtania**

Pod priamou terapiou prehĺtania rozumieme precvičovanie hltacieho aktu s použitím jedla a tekutín. K tomuto účelu slúžia 4 základné prehltacie manévry (Tedla 2007):

- **Supraglotické prehltnutie** pozostáva zo 4 úkonov. Nádych a zadržanie dychu, príprava bolusu na prehltnutie, prehltnutie počas zadržaného dychu, zakašľanie pred samotným nádychom. Princíp fungovania tohto manévru spočíva v uzatvorení hlasivkovej štrbiny pri zadržanom dychu. Pri konci prehltnutia je kašľom odstránené prípadné rezíduum potravy v hrtanovom vchode.
- **Super-supraglotické prehltnutie** je podobné ako supraglotické prehltnutie. Vykonávajú sa tie isté štyri manévry, no pri zadržanom dychu pacient napne svaly brušnej steny, čím sa umocní uzáver v oblasti vestibulových rias a zadnej časti glottis.

- **Úsilné prehltnutie (effortfull swallow)** spočíva v zovretí svalstva hltacích orgánov. Manéver sa používa u pacientov, ktorí majú problémy s pochopením alebo so zapamätaním si niekoľkostupňových pokynov, u pacientov s mentálnou poruchou, u detí a taktiež u pacientov s vážnou poruchou senzorickej percepcie.
- **Mendelsonov manéver** je zameraný na otvorenie horného pažerákového zvierača. Pacient je inštruovaný, aby urobil niekoľko suchých prehltnutí za sebou, pričom by si mal uvedomiť zdvihnutie štítnej chrupky. V ďalšom kroku by mal udržať elevovaný hrtan počas niekoľkých sekúnd, čím dôjde k otvoreniu a relaxácii horného pažerákového zvierača.

Prehltnutie možno uľahčiť aj rôznymi polohami tela a hlavy. Polohovaním možno do istej miery kompenzovať anatomicke poruchy, poruchu senzorickej inervácie ako aj poruchu transportu bolusu (Tedla 2007). Najvhodnejšou polohou je tá, ktorá redukuje aspiráciu na minimum.

Pretrvávajúcej poruche prehltnutia je možné v niektorých prípadoch predísť účinnou terapiou. Pri organickom postihnutí je indikovaná cieleňá konzervatívna, či radikálna liečba. V prípade postihnutia orálnej fázy sú indikované **špeciálne cvičenia zacielené na posilnenie svaloviny pier a jazyka**. Pri postihnutí faringeálnej či ezofaringeálnej fázy prehltnutia je cvičenie zamerané na **nácvik prehltacieho aktu** podľa konkrétneho postihnutia (Lukáš, Žák a kol, 2014).

Plánovanie - ošetrovateľská časť:

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je predísť komplikáciám, ktoré vznikajú v súvislosti s dysfágiou, redukovať existujúce komplikácie so sťaženým prehltnutím, alebo predchádzať riziku aspirácie, riziku dusenia, riziku vzniku pneumónie

◊ Pri plánovaní intervencií sestra zohľadňuje **ciele pre pacienta s dysfágiou**, pre jeho rodinu, príbuzných, alebo komunitu podľa priorít pacienta, ciele orientuje na pomoc pacientovi v súčinnosti s jeho rodinou, komunitou. Uvedené ciele starostlivosti je zároveň možné určiť ako výstupné kritériá starostlivosti

- **predísť komplikáciám z dysfágie**, minimalizovať riziko aspirácie, dusenia,
- **vyjadriť pochopenie príčin sťaženého prehltnutia**, prispievajúcich faktorov,
- **nájsť vhodné intervencie k zlepšeniu príjmu tekutín stravy, liekov**, predchádzať aspirácii,
- **nájsť primerané metódy kŕmenia pacienta** k individuálnej situácii a postihnutiu pacienta, v spolupráci s pacientom, informovať pacienta, rodinu, personál, komunitu o spôsobe podávania stravy,
- **bezpečne transportovať jedlo a tekutiny** z úst do žalúdka, (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda C, sila dôkazov Level 2+]),
- **zabezpečiť hydratáciu pacienta** s normálnym kožným turgorom, s vlhkými sliznicami a primeranou diurézou,
- **dosiahnuť a udržiavať normálnu telesnú hmotnosť BMI**, predchádzať malnutrícií,
- **poskytnúť akútnu pomoc** v prípade dusenia,
- **efektívne zapojiť rodinu, opatrovateľov, komunitu** do starostlivosti, edukovať o rizikách aspirácie.

◊ Sestra **plánuje vhodné intervencie, pri zohľadnení príčinných súvislostí**; je analytická, vnímavá, aktívne pracuje aj s výsledkami vyšetrení, hľadá súvislosti, odhaľuje riziká a v neposlednom rade intervencie prehodnocuje a aktualizuje vo vzťahu k ich efektu. Aktívne spolupracuje s celým tímom, s ošetrovateľom, logopedom, ďalšími zdravotníkmi pracovníkmi a s rodinou.

◊ Sestra aktívne koordinuje činnosti v rozsahu svojich kompetencií, pričom usiluje o:

- a **včasnú prevenciu aspirácie u pacienta a zníženie rizika vzniku pneumónie**,
- b čo najrýchlejší návrat k:

- normálnym vitálnym funkciám,
- dostatočnej hydratácii a nutrícii,
- sebestačnosti pacienta,
- uspokojovaniu potrieb pri **maximálnom využití potenciálu** pacienta.

◇ Sestra aktívne **predchádza neefektívnemu manažmentu** individuálnej starostlivosti:

- neskorá, alebo nedostatočná aktivizácia posúdenia pacienta,
- neposkytnutie prevencie,
- nedostatočné zabezpečenie pomôcok,
- podpora sebestačnosti pacienta,
- podcenenie podpory fyzickej a psychickej kondície apod.

◇ Sestra opakuje skríning dysfágie u pacienta 1x/týždeň (prípadne podľa potreby/stavu pacienta) posúdi stupeň dysfágie a riziko aspirácie.

◇ Sestra kontinuálne posudzuje a cielene intervenuje pri komplexnom zohľadnení **príčinných faktorov** , ktoré môžu viesť ku komplikáciám z dysfágie :

- nastaví **základnú a špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť** u pacienta s dysfágiou, zúčastňuje sa na diagnosticko-terapeutických činnostiach v spolupráci s tímom, vedie administratívu, dokumentuje ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu;
- vytýči **krátkodobé a dlhodobé ciele** pre pacienta s dysfágiou, určuje **výsledné kritériá** a podľa zistených problémov plánuje nezávislé, závislé a súčinné sesterské intervencie;
- zostaví **individuálny plán**, s uvedením, kto plán pripravil, kto sa na starostlivosti bude podieľať, sestra plánuje, realizuje v rozsahu svojich kompetencií, v prípade potreby konzultuje s ošetrovateľským lekárom a na jeho indikácie plní ordinácie;
- **pracuje v tíme** a preto proces plánovania a ošetrovateľské činnosti cielene komunikuje, deleguje na ostatných zdravotníckych a iných pracovníkov tímu a zabezpečuje;
- v záverečnej fáze **vyhodnotí splnenie cieľov pre pacienta s dysfágiou** na základe vytýčených kritérií a štandardov a posudzuje účinnosť ošetrovateľskej starostlivosti.

Intervencie sestry pre efektívne predchádzanie rizika vzniku malnutrície, dehydratácie sú definované v osobitných, s problematikou dysfágie úzko súvisiacich ošetrovateľských štandardoch. Rovnako aj intervencie sestry pre zavedenie NGS a ošetrovateľskej starostlivosti o NGS a PEG sú definované v osobitných, s problematikou dysfágie úzko súvisiacich ošetrovateľských štandardoch.

V nasledujúcom texte sú definované niektoré z **klúčových požiadaviek ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s prítomnou dysfágiou a zároveň s prítomným rizikom aspirácie a riziku rozvoja pneumónie**:

A. Posúdenie príčin, prispievajúcich faktorov a stupeň poruchy (Doenges. Moorhouse. 2001.)

- **posúdenie stavu zmyslov a vnímanie** u pacienta, zmyslové vnemy, orientácia, koncentrácia, motorická koncentrácia, znížená úroveň vedomia je indikátorom rizika aspirácie [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+],
- **posúdenie aktuálneho stavu pacienta**, sebestačnosť, nutricia, hydratácia a hmotnosť,
- **navrhnutie vhodných kompenzačných pomôcok** pri prijímaní potravín, tekutín, napr. ľahký malý pohár s uškom, slamky na pitie, malá vankúšik pre správne polohovanie hlavy, estetický podbradník, ploché lyžičky atď.,
- **kontrola orálnej časti hltana**, či nie je prítomný opuch, zápal, porucha celistvosti sliznice, zlá hygiena dutiny ústnej,
- zistenie **prítomnosti kašľa, nauzea, zvracanie**,

- **zhodnotenie schopnosti prehltat'** subjektívne a objektívne,
- **auskultačné vyšetrenie dýchania**, či nie sú prítomné prídavné fenomény,
- posúdenie sily a exkurzie svalov zapojených do žuvania, prehltania,
- zistenie zubného kazu, prítomnosť kariogénnych baktérií a iných perorálnych patogénov zvyšujú riziko aspirácie [Sila odporúčaní Trieda C, sila dôkazov Level 2+],
- overenie správneho **nasadenia zubnej protézy**,
- **nutričný skrining, zaznamenanie váhy pacienta**, zmien v poslednej dobe, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 2+],

B. Prevencia aspirácie a zachovanie normálnej priechodnosti dýchacích ciest

Riziko aspirácie je stav charakterizovaný rizikom preniknutia žalúdočnej, alebo črevnej šťavy, orofaryngeálnych sekrétov, tekutej, alebo tuhej potravy do tracheobronchyálneho úseku dýchacích ciest v dôsledku oslabenia, alebo absencie normálnych ochranných mechanizmov (Doenges, Moorhouse, 2001)

◊ Pri posúdení rizika aspirácie sestra hodnotí a dokumentuje prítomnosť rizikových faktorov, predovšetkým však :

- **kvantitatívnu poruchu vedomia**, stupne somnolencie, sopor, kómu,
- **zmätenosť**, poruchy duševných funkcií,
- utlmenie kašľacieho a nauzeálneho reflexu,
- **chirurgické výkony, úrazy v oblasti tváre, v dutine ústnej, v krku, fixácia čeľuste**
- **nedokonalý uzáver dolného konca pažeráku, oneskorené vyprázdňovanie žalúdka, zníženie gastrointestinálnu motilitu, zvýšenie tlaku v žalúdku**,
- tracheostómie, endotracheálne kanyly, gastrointestinálne sondy, nasogastrické sondy,
- dehydratáciu, celkovú **slabosť**,
- **zníženie hmotnosti**, kachexiu,
- užívanie analgetík, sedatív, hypnotík, kombinácie liečiv a pod.),
- vek nad 70 rokov.

◊ **Riziko aspirácie a vhodnosť opatrení sestra prehodnocuje počas celého obdobia poskytovania KOS.**

◊ Sestra zodpovedá za odovzdanie informácie o riziku aspirácie (v zmysle dostatočnej identifikácie pacienta pre ošetrojúci personál) .

◊ Sestra plánuje všetky dostupné, **efektívne intervencie s cieľom vylúčiť, resp. redukovať riziko aspirácie, dusenia** pri uplatnení najnovších poznatkov moderného ošetrovateľstva a súvisiacich disciplín.

◊ U pacienta s rizikom aspirácie zavedie **špecifickú dokumentáciu**, s cieľom evidovať a eliminovať riziko aspirácie (napríklad pri použití individuálneho plánu prevencie aspirácie).

◊ Pri plánovaní intervencií je **bezpečnosť pacienta prioritou**, opatrenia však musia byť plánované a realizované pri **rešpektovaní etických princípov** starostlivosti.

Príklady vhodných intervencií:

- označenie, indikátor "**vysokého rizika aspirácie**" (napríklad nad posteľ pacienta),
- **zabezpečenie vhodných pomôcok**, ľahký malý pohár s uškom, jednorazové slamky na pitie, malý vankúšik pre správne polohovanie hlavy, vlhčené utierky, jednorazový estetický podbradník, ploché lyžičky,
- **umiestnenie** pacienta na izbu blízko vyšetrovne/centrály sestier,
- **umiestnenie** signalizácie v dosahu pacienta a vysvetlenie jeho používania v prípade potreby,
- zabezpečenie **intimity, súkromia** pri pravidelnom stravovaní,

- **prispôsobenie stravovacieho režimu individuálnym potrebám pacienta**, aktívne pomáhať pacientovi minimálne 5x/12 hod. pri stravovaní, podľa potreby pitie aj pred spánkom,
- **odstránenie rušivých prekážok a rušivých momentov** v okolí pacienta pri stravovaní,
- umiestnenie **stolíka v dosahu** pacienta.

◊ V prípade rizika aspirácie spojeného so **stavmi zmätenosti, poruchami kognitívnych funkcií/správania**, sestra konzultuje s ošetrovateľským lekárom **možnosti úpravy psychiatrickej liečby** (počas dňa a na noc) a následne plní ordinácie lekára.

◊ **Sestra priebežne pozoruje, hodnotí a zohľadňuje nové zmeny v zdravotnom stave** (teploty, zmätenosť, únava, spavosť, zápaly dolných dýchacích ciest, nestabilita, náhla zmätenosť, porucha rovnováhy, zhoršenie mobility a ďalšie riziká a pod.).

◊ Sestra konzultuje starostlivosť **s ošetrovateľským lekárom**, prípadne so psychiatrom, a následne zabezpečí plnenie ordinácií v prípade predpokladu potreby/indikácie

- zmeny terapie ,
- zmeny správania sa pacienta,
- zmeny zdravotného stavu pacienta,
- nárastu komplikácií z aspirácie,
- rizika aspirácie.

◊ Proces plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií sestra vhodne a cielene komunikuje, deleguje a zabezpečuje s **ďalšími členmi ošetrovateľského (zdravotno-sociálneho) tímu**, napr. so sociálnou sestrou, s praktickou sestrou, s fyzioterapeutom, opatrovateľkou, sanitárkou, príbuznými, komunitou.

◊ Do procesu plánovania, realizácie a hodnotenia intervencií **sestra zapája samotného pacienta a jeho blízkych** takým spôsobom, aby získala ich primeranú informovanosť a maximálnu súčinnosť pre dosiahnutie cieľov, napr. aktívnym pozorovaním porúch prehĺtania u pacienta, alebo edukáciou pacienta a jeho príbuzných.

◊ Sestra vedie ošetrojúci personál k tomu, aby bezodkladne nahlásil všetky zmeny zdravotného stavu, alebo zmeny správania sa u pacienta s dysfágiou a následne intervencie vhodne upraví.

◊ V prípade, že u pacienta došlo k zhoršeniu stavu prehĺtania, o situácii bezodkladne informuje a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom.

◊ Sestra manažuje všetky intervencie u pacienta s dysfágiou, do procesu plánovania, realizácie zahrnie tie najvhodnejšie s prihliadnutím na individuálne potreby pacienta s rizikom destabilizácie:

- zabezpečenie **pokojného prostredia a dostatok času** pre príjem potravy a tekutín pacienta s rizikom; pokiaľ to podmienky umožňujú;
- uloženie, napolohovanie pacienta do vhodnej polohy na stolovanie, estetická príprava stolíka s výklopnou doskou na servírovanie stravy, zabezpečenie, aby pacient mal pomôcky pri stravovaní na dosah ruky;
- hygiena rúk, umytie rúk pacienta pred a po jedle;
- podávanie jedla vkusne naservírované a teplé, nakrájané na vhodné kúsky, alebo pomleté, alebo mixované;
- **asistencia pri prijímaní stravy, tekutín a liekov per os** u pacienta s rizikom, dodržiavanie všetkých zásad;
- podávanie stravy v sede, vo vysokej **Fowlerovej polohe**;
- **kontrola dutiny ústnej**, pred podaním tekutín, potravy, po prehĺtnutí, po ukončení pitia a jedenia, hygienická starostlivosť;
- **stimulácia senzorických vnemov** kontrolou dutiny ústnej, hygienou tesne pre príjmom stravy, tekutín;

- **bazálna** stimulácia - po prijatí bolusu do úst, ak pacient neprehĺta, stimulujeme prehltací reflex, opakom dlane prejdeme časťou krku, laterálne, z bočnej strany krku;
 - nastavenie **rovnakej výšky očného kontaktu**, oči sestry v úrovni očí pacienta;
 - **polohovanie hlavy** - neutrálne postavenie, hlava nesmie byť v záklone, vtedy sú uvoľnené dýchacie cesty, vyzývanie pacienta k miernemu predklonu hlavy, sklonenie brady smerom k hrudi, kontinuálne polohovanie hlavy a krku;
 - **oboznámenie pacienta** (pri zohľadnení jeho stavu) s postupným príjmom potravy a pomalou záťažou pažeráka;
 - podávanie pacientovi najskôr **tekutiny po lyžičkách**, postupný prechod na kašovitú, mixovanú stravu s mierne zachovanou štruktúrou stravy;
 - vyzývanie pacienta, **aby sa krmil sám**, pokiaľ je to možné;
 - podávanie tekutiny, stravy a liekov do úst na nepostihnutej strane;
 - používanie pomôcok pri pití tekutín, zahusťovadlo tekutín, používanie slamky pri pití, slamka u pacientov so zníženou pohyblivosťou jazyka pomáha dostať tekutinu do zadnej časti DÚ;
 - sledovanie a **monitoring ťažkosti pacienta pri prehĺtaní**, nechutenstvo, kašeľ, sledovanie koncentrácie pacienta a toleranciu každého sústa, každé nasledujúce sústo podávať až po prehltnutí predchádzajúceho;
 - tréning pitia z hrnčeku "naraz" a pitie z hrnčeku po "dúškoch";
 - podávať zahustené tekutiny (v troch formách) : nektár, med a puding;
 - **pri zvýšenej únave pacienta nepokračovať v kŕmení**;
 - priebežná **kontrola dutiny ústnej**;
 - počas kŕmenia **nerozvíjať konverzáciu s pacientom**;
 - v prevencii regurgitácie **ponechať pacienta vo vysokej Fowlerovej polohe** minimálne 30 min. po prijímaní stravy;
 - informovanie/**edukácia príbuzných** o vhodnej konzistencii stravy a postupoch pri kŕmení.
 - **evidencia o príjme a výdaji stravy a tekutín**;
 - rešpektovanie individuálnych možností pacienta.
- ◇ Sestra pripraví manažment dysfágie pacienta podľa všeobecných platných zásad ošetrovateľstva s prihliadnutím na rozvoj poznatkov v oblasti dysfágie pacienta.
- ◇ Sestra uplatňuje všeobecné zásady pre stravovanie pacientov v riziku:
- podáva stravu častejšie a menšie porcie;
 - vyberie najvýživnejšie z pacientových obľúbených jedál;
 - podľa potreby rozmixuje resp. zabezpečí rozmixovanú stravu;
 - podáva špeciálne doplnky stravy vo forme nutričných prípravkov;
 - sleduje príjem potravy, v súlade s diétnym a liečebným režimom;
 - zabezpečuje **optimálny (dostatočný) príjem tekutín** v súlade s ordináciou lekára;
 - zabezpečí/overí **zabezpečenie primeranej socializácie a aktivizácie**;
 - poučí pacienta o **používaní signalizácie**, umiestni signalizačný prvok tak, aby ho mal pacient po ruke;
 - kontroluje **dýchanie**, auskultuje pľúca, sleduje charakter spúta, realizuje nácvik kašľania a hlbokého dýchania, nácvik meniť polohu, odsávava sekréty podľa ordinácie lekára;
 - poučí (pri zohľadnení schopnosti pacienta porozumieť a komunikovať) o cvičení prehltacích reflexov;
 - zabezpečuje zmenu polohy, vysádza, poučí o riziku aspirácie postupne vertikalizuje pacienta,
 - sleduje krvný tlak pred a po záťaži, prítomnosť cyanózy, zmenu teploty, farby, citlivosti, pohyblivosti;

- realizuje **manažment bolesti** pacienta, eliminuje bolesť v spolupráci s lekárom a podľa potreby pacienta;
- **povzbudzuje pacienta k aktívnej účasti** v starostlivosti o seba.

◊ **Pri podávaní liekov** sestra podá pacientovi pripravenú dávku liekov, alebo vloží lyžičkou lieky pacientovi **do úst na strednú časť jazyka**. Sestra poskytne pacientovi dostatok vhodnej tekutiny, aby mohol lieky bezpečne prehltnúť a zapíť. Podávanie liekov u pacientov so sťaženým prehĺtaním je možné po konzultácii s lekárom vo forme **podrvených tabletiiek pomiešaných s trochou tekutiny** prostredníctvom injekčnej striekačky tak, aby pacient neaspiroval. Dôležité je následne podať pacientovi vhodnú tekutinu na zapitie tak, aby lieky neostali v hornej tráviacej časti tela pacienta.

C. Prevencia dusenia a zachovanie normálnej priechodnosti dýchacích ciest

▪ **Obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom (dusenie)**

Pri kŕmení pacienta aj keď boli dodržiavané preventívne opatrenia proti aspirácii môže dochádzať k oslabeniu svalstva zodpovedného za prehĺtanie, ktoré zapríčiňuje kašeľ až dusenie. **Dusenie nastane, ak jedlo, alebo tekutina upchá dýchacie cesty.** U pacientov s dysfágiou môže vyvolať núdzovú situáciu vyžadujúcu okamžité poskytnutie prvej pomoci. Ak pacient ešte dokáže kašľať, dýchať alebo vydávať zvuky ide o čiastočné dusenie. Sestra povzbudzuje pacienta, aby kašľal ďalej, kým sa dýchacie cesty neuvoľnia a dráždenie neustúpi. Ak pacient nedokáže kašľať, dýchať, hovoriť ide o silné dusenie, ktoré vyžaduje okamžitý zásah (Doenges, Moorhouse. 2001).

Podľa Európskej resuscitačnej rady (2012) je obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom (ODCCT) je zriedkavá, ale potenciálne liečiteľná príčina náhlej smrti. Príznaky, ktoré umožnia rozlíšenie medzi ľahkou a ťažkou obštrukciou, sú zhrnuté v tabuľke č. 5. Postup pri dusení u dospelého je na obrázku č. 5.

Tabuľka č. 5

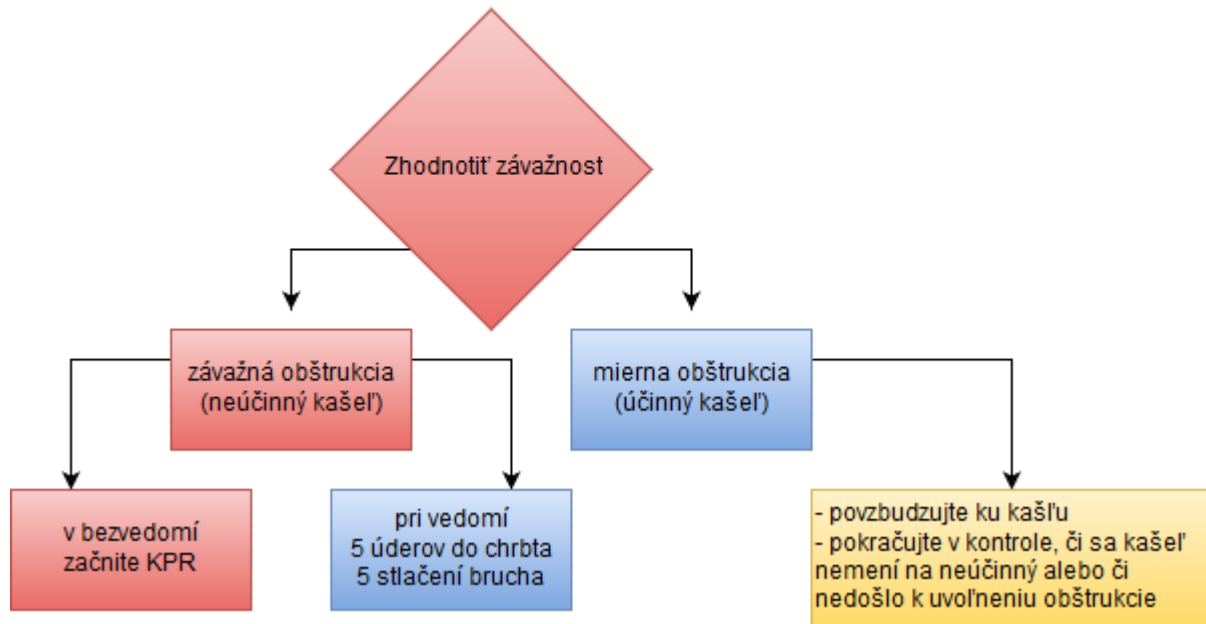
Rozlíšenie ľahkej a ťažkej obštrukcie dýchacích ciest		
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHĽTANIA		
Príznak	Ľahká obštrukcia	Ťažká obštrukcia
„Dusíte sa?“	„Áno“	Neschopnosť rozprávať, môže súhlasne kývať hlavou
Iné príznaky	Môže rozprávať, kašľať, dýchať	Nemôže dýchať, pískavé dýchanie, tiché pokusy o kašeľ, bezvedomie

Všeobecné príznaky ODCCT: vznik počas jedenia, postihnutý si chytá krk.

Algoritmus č. 1: Akútna pomoc v prípade dusenia u dospelých

Diagram liečebného postupu

Akútna pomoc v prípade dusenia (dospelých)



Zdroj: autori štandardu.

◇ Sestra aktívne **predchádza duseniu u pacienta pri individuálnej starostlivosti**, sestra, ktorá kŕmi pacienta má **potrebné znalosti a zručnosti**, vie poskytnúť prvú pomoc pri dusení a bezodkladne zasiahne :

okamžite privolá pomoc ostatného personálu a podľa stavu pacienta použije

a) Gordonov úder

b) Heimlichov manéver

Ak sa nepodari odstrániť cudzie teleso, resp. pacient sa dusí, sestra zavolá, alebo požiada niekoho, aby zavolali v nemocnici na OAIM oddelenie, v iných zariadeniach, alebo v zariadeniach sociálnych služieb privolá RLP, a do príchodu RLP pokračuje KPR.

D. Špecifiká ústnej hygieny pri dysfágii

Dobrá ústna hygiena je základným prvkom v prevencii negatívnych následkov aspirácii. Zdravá ústna dutina závisí na adekvátnom príjme tekutín a potravy, produkcie slín, orálnej hygieny a schopnosti žuvania. Zvýšená starostlivosť o dutinu ústnu vedie k zníženiu množstva respiračných patogénov a tým aj k zníženiu rizika aspiračnej pneumónie, zlepšením prehltacieho reflexu a prahu kašľacieho reflexu. (Van der Maarel-Wierink et.al., 2013)

◇ Sestra aktívne **predchádza poškodeniu, k zanedbaniu hygieny ústnej dutiny**, sestra, ktorá kŕmi pacienta má **potrebné znalosti a zručnosti**, zabezpečí aby pacient s dysfágiou mal zdravú ústnu dutinu, aj keď má zavedenú sondu (NGS, PEG, chirurgická gastrotómia), alebo dostáva výživu a hydratáciu iným spôsobom (parenterálne). Sestra pozná objektívne kritéria pri zhodnotení zdravej ústnej dutiny, ktorými sú:

- čisté zuby a zubná protéza bez zvyškov potravy, kontrola sestrou 1x/12 hod.;
- vhodná zubná snímateľná náhrada (totálna, čiastočná);

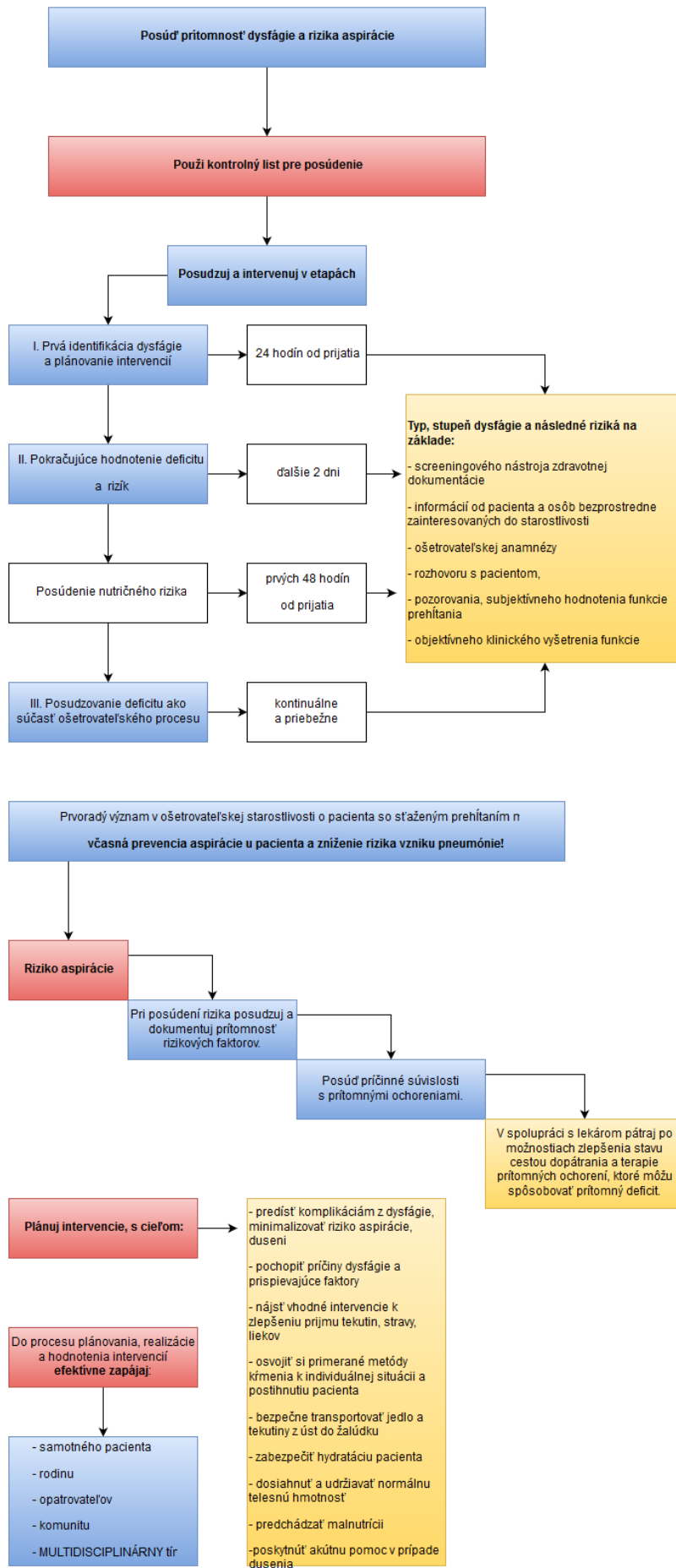
- vlhká, bledoružová alebo bledočervená sliznica ústnej dutiny (bez zápalu), povrch jazyka (hladký) a ďasná (pevné, nekrvácajúce), kontrola sestrou 2x/týždeň;
- vlhké pery;
- zdravá ružová sliznica ústnej dutiny, jazyka a ďasna, kontrola sestrou 2x/týždeň (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2⁺⁺]);

Rizikom sú lepkavé potraviny, napr. tavený syr, zrelý banán, suchý tvaroh.

◊ Manažment dysfágie je dlhodobým procesom, preto je dôležité uviesť v prepúšťacej/prekladovej ošetrovateľskej správe stratégie starostlivosti u pacienta s dysfágiou (úprava stravy, režimové opatrenia, nutričná kontrola, následná logopedická starostlivosť).

Algoritmus č. 2: Pacient s poruchami prehĺtania

**Algoritmus pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta
s poruchami prehĺtania**



Zdroj: autori štandardu.

Prognóza a vyhodnotenie

Prognóza u pacientov s príznakom sťaženého prehĺtania sa veľmi líši. Veľmi dobrú prognózu má dysfágia pri refluxnej chorobe, ale infaustnú pri pokročilom karcinóme pažeráka. Dysfagické ťažkosti prítomné pri viacerých neurologických ochoreniach nemusia byť zo začiatku vážne, ale v konečnom dôsledku môžu mať fatálne následky (Jurgoš, 2006).

▪ Meranie a hodnotenie výsledkov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s dysfágiou

Úspešnosť manažmentu pacientov s dysfágiou individuálnym posúdením plnenia cieľov (pozri tiež Ciele v časti Plánovanie a realizácia). Pracovníkovi odporúčame **hodnotiť celkovú úspešnosť prístupov meraním efektu prístupov u všetkých pacientov s dysfágiou pri použití vybraných ukazovateľov** (uvádzame príklady):

- nárast sebestačnosti v prijímaní potravy, tekutín, liekov, bez rizika aspirácie
- zlepšenie psychického/mentálneho stavu u pacientov s dysfágiou,
- znižujúci sa počet aspirácií, dusenia sa
- klesajúci počet pacientov s aspiračnou pneumóniou
- rastúci/stabilný pozitívny trend spokojnosti orientovaných pacientov/ich blízkych apod.

Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou v kontexte ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má priniesť maximálne možné saturovanie jeho bio – psycho – sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrojúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základný princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický, či fyzický dyskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◊ Ošetrovanie pacienta s poruchou prehĺtania v rámci následnej (dlhodobej starostlivosti), je indikáciou pre ošetrovanie v

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- ADOS/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Dôvodom je riziko aspirácie (destabilizácie), predpokladaná potreba poskytnutia prvej pomoci i kontext ochorenia (progresívne ochorenie, polymorbidita, krehkosť).

◊ Poskytovateľ zdravotnej, alebo zdravotno-sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi implementovaný postup na eliminovanie **rizika aspirácie, rizika vzniku pneumónie, rizika dusenia sa**. Cieľom postupu je **predchádzať aspirácii, aspiračnej pneumónii a znižovať riziko dusenia sa** pacientov v súvislosti s dysfágiou.

◊ **Poskytovateľ realizuje činnosti znižujúce počet predvídateľných rizík vzniku aspiračnej pneumónie u pacientov v zariadení.**

◇ Poskytovateľ efektívnym spôsobom **analyzuje príčiny a vyhodnocuje následky rizík z aspirácie u pacientov s dysfágiou**. Výsledky hodnotení zohľadňuje pri udržaní a budovaní kultúry bezpečnosti pacienta.

◇ Poskytovateľ zabezpečuje **vhodnú nedráždivú stravu** a tekutiny pre pacienta s dysfágiou, strava je vkusne upravená, vhodnej konzistencie a primeranej teploty, mixovaná, alebo pomletá, s dôrazom na výber preferovanej stravy pacientom, alebo vhodné tekutiny upravené zahusťovadlom.

◇ Poskytovateľ zabezpečuje **pravidelné, preventívne vzdelávanie** zdravotníckeho a iného personálu pre zlepšovanie techník a výmenu zručností v oblasti podávania stravy a tekutín pacientom s rizikom v súvislosti dysfágiou.

◇ Personál organizácie je povinný vykonať opatrenia na zabránenie aspirácie, dusenia sa u pacienta, a tým predísť vážnym komplikáciám v dôsledku aspirácie – zápalu pľúc, uduseniu sa a iné. Ošetrojúci personál pritom dbá na udržanie rovnováhy medzi ochranou ľudských práv, zachovaním dôstojnosti a ochranou zdravia a života pacienta pred poškodením v dôsledku jeho slabosti, nerovnováhy, dezorientácie, či straty posúdenia vlastných schopností.

◇ V organizácii nemožno dopustiť zanedbanie, resp. vedomé pripustenie situácie, ktorá je riziková z hľadiska zachovania zdravia pacienta a života, zvlášť ak u pacienta v minulosti došlo k aspirácii, alebo pneumónii z vyššie uvedených dôvodov.

◇ Poskytovateľ zabezpečí aby sestra pri prijíme a v priebehu pobytu pacienta realizovala dokumentované posúdenie rizika aspirácie, rizika aspiračnej pneumónie, rizika dusenia a poškodenia pacienta, určenie opatrení na zníženie toho to rizika, spadá to do kompetencie službukonajúcej sestry (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).

◇ Súčasťou dokumentácie je písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle platnej legislatívy.

◇ Informáciu o výsledkoch posúdenia, v prípade preukázateľného rizika aspirácie a poškodenia, poskytuje ošetrojúca, resp. príjmová sestra tiež rodine, blízkym pacienta, pacienta.

◇ Nesúhlas blízkych s opatreniami na zabezpečenie pacienta je okamžite oznámený vedúcej sestre, ktorá citlivo posúdi riešenie tejto situácie (rozhovor s blízkymi, edukácia o rizikách....).

◇ Opatrenia na úpravu stravy, prevenciu aspirácie musia byť vykonávané len s predchádzajúcou podporou a poučením pacienta, jeho príbuzných, rodiny, komunity na základe:

- **posúdenia rizika** a so súhlasom blízkych,
- **písomného informovaného súhlasu pacienta**, jeho zástupcu, ktorému predchádzala zreteľná a jasná edukácia zdravotníckym personálom poskytovateľa,
- **individuálna úprava režimu** tak, aby sa pacient mal dostatok času na bezpečný príjem potravy, tekutín, tak, ako je to možné,
- **individuálna úprava priestoru** s eliminovaním narušenia súkromia a intimity u pacienta počas stravovania len na nevyhnutný čas,
- **individuálne stravovanie**, s ohľadom na preferencie pacienta, vždy pod dozorom ošetrojúceho personálu.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob bezpečného odovzdávania informácií súvisiacich s primeraným zabezpečením KOS u pacienta v súvislosti s dysfágiou, vrátane eliminovania aspirácie, dusenia.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **na podporu stravovania, hydratácie**, resp. prevenciu zníženia hmotnosti a prevenciu nežiaducej dehydratácie pacientov.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **posúdenia potreby a zabezpečenia kompenzačných pomôcok pre vkusnú úpravu jedla, zahusťovadlá tekutín, ploché lyžičky, špeciálne pohárik, termosky pre udržiavanie teplého jedla, nápojov**.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **včasnej edukácie pacienta a jeho blízkych o vhodných kompenzačných pomôckach**.

◇ Poskytovateľ podporuje všetkých pracovníkov, ktorí sa podieľajú na indikácii a prevencii pacienta s dysfágiou pravidelne vo vzdelávaní v tejto problematike a stanovuje štandardné kritériá na interpretáciu výsledkov (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).

◇ Poskytovateľ pacientom s deficitom seba opatery zabezpečuje a pomáha pri realizácii **primeranej hygienickej starostlivosti** v súlade s poznatkami moderného ošetrovateľstva:

- ranná, obedňajšia a večerná toaleta,
- hygiena dutiny ústnej/ starostlivosť o protézu, po každom jedle,
- celkový kúpeľ /sprchu minimálne raz za 7 dní,
- hygiena, bezprostredne po znečistení stravou.

◇ Pacienti sú primerane **hydratovaní**.

◇ Pacientom sa pri **podávaní stravy pomáha** a strava je im podávaná **bezpečným spôsobom**.

◇ Pacientov, ktorí nedokážu samostatne zmeniť polohu na posteli je počas **podávania a po podaní stravy/tekutín nutné uložiť do bezpečnej, vysokej Fowlerovej polohy**.

◇ Pacienti s dysfágiou **nie sú umiestnení na izbe s nepokojným, mobilným pacientom** (riziko ublíženia).

◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k priebežnej kontrole a **udržiavaniu bezpečnosti pacienta z hľadiska rizika aspirácie**:

- bezpečný režim stravovania pacientov,
- primerané osvetlenie,
- včasné reagovanie na dožadovanie sa pomoci zo strany imobilného pacienta,
- kolektívny dozor, kolektívna zodpovednosť za aktívny prístup v prípade identifikácie rizika (napríklad dusiaci sa pacient, porucha signalizácie apod.).

◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **bezpečnému stravovaniu pacienta s dysfágiou** pri dodržiavaní nasledujúcich pravidiel:

1. Za bezpečné stravovanie, hydratovanie pacienta s dysfágiou zodpovedá zamestnanec, ktorý pacienta kŕmi, hydratuje.
2. Pred stravovaním, pitím skontrolovať teplotu, viskozitu, konzistenciu stravy tekutín, ak je to potrebné pacienta zabezpečiť polohu hlavy pacienta.

◇ V prostredí mimo izbu, oddelenie, pracovisko (napr. nemocnica, ambulancia..) neponechávať zmäteného pacienta samotného, bez dohľadu (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).

◇ Poskytovateľ zabezpečuje **denný program pohybovej a mentálnej aktivizácie pacientov s dysfágiou**. Hlavným cieľom činností je aktivizovať/stimulovať osobnosť udržať, stabilizovať jeho mentálne, fyzické, senzorické, spirituálne danosti.

◇ Poskytovateľ zabezpečuje pri zohľadnení zdravotného stavu, možností a schopností **individuálne**, alebo **skupinovo** tieto druhy aktivít:

- činnosti podporujúce mentálne schopnosti (napríklad kvízy, spoločenské hry, krížovky),
- činnosti podporujúce fyzickú zdatnosť (kinezioterapia – telesná aktivizácia, napríklad dýchacie cvičenia, rozvíčka, cviky s loptou),
- činnosti podporujúce senzorické schopnosti (napríklad muzikoterapia, techniky výtvarného umenia, spev),
- spirituálne aktivity (napríklad modlitby, sväte omše, evanjelické služby),
- podpora sociálnych kontaktov,
- ergoterapia, animoterapia, liečba smiechom a iné činnosti, ktoré pozitívne stimulujú pacienta.

- ◊ Pracovisko je primerane **vybavené funkčnými pomôckami** uľahčujúcimi úpravu stravy, tekutín, manipuláciu, polohovanie imobilných pacientov.
- ◊ Pacienti s **najťažším stupňom imobility, ktorí nedokážu zmeniť polohu, súčasne majú aj sťažené prehĺtanie**, vzhľadom na **riziko udusenía zvratkami, alebo zaborením tváre do vankúša** sú vždy ukladaní do bezpečnej polohy na boku so zabezpečením proti posunu do polohy na bruchu alebo zvýšenej polohy. Rovná poloha na chrbte je kontraindikovaná. Zvláštnu pozornosť si vyžadujú pacienti po vysokej amputácii dolných končatín.
- ◊ Pacienti majú zabezpečený **primeraný manažment bolesti** s cieľom eliminovať utrpenie.
- ◊ Manažment pacientov s dysfágiou sa zabezpečuje multidisciplinárne v tíme.

Ďalšie odporúčania

◊ Sestra realizujúca príjem pacienta do KOS, posudzuje prítomnosť dysfágie u pacienta v kontexte **celkového zhodnotenia rizík/destabilizácie** pacienta. **Stupeň dysfágie, úroveň rizika aspirácie, riziko aspiračnej pneumónie, riziko sociálnej izolácie, osobitne riziko dusenía a udusenía** je vhodné zaradiť do dokumentácie ako, súčasť vstupného posúdenia typických potenciálnych rizík dlhodobej starostlivosti s individuálnym prístupom ku každému pacientovi, v rámci štandardizovaného formulára pracoviska.

- **Multidisciplinárna spolupráca** je pri procese prevencie rizík destabilizácie pacienta z dysfágie veľmi dôležitá v zariadeniach vznikajú **dysfagiologické tímy**, ktorých členovia sú ošetrojúci lekár, klinický logopéd, sestra, lekár ORL, röntgenológ, nutričný odborník, fyzioterapeut, ergoterapeut a ďalší zdravotnícki pracovníci.
- Používanie **informatívnych etikiet pre rýchlu identifikáciu pacienta s dysfágiou**, určenie stupňa dysfágie spolu s úrovňou rizika aspirácie, transparentná a etická identifikácia pacienta vedie k eliminácii rizík destabilizácie pacienta so sťaženým prehĺtaním.
- **Používanie textúr úpravy stravy, vhodných pre pacienta s dysfágiou**

Prehĺtanie tekutín u pacientov s dyságiou je najproblémovejšie. Rozdielna obtiažnosť prehĺtania je u pacientov s demenciou, alebo bez demencie. **Prehĺtanie tekutín ovplyvňuje najmä viskozita, ale aj teplota tekutín.** Pre väčšinu tekutín platí nepriamo úmerný vzťah, čím vyššia teplota, tým nižšia viskozita. Chladný bolus potravy pacientom pomáha rozpoznať prítomnosť potravy v ústach. Pri prehĺtaní tekutín, ktoré sú sytené oxidom uhličitým dochádza k stimulácii nociceptorov v ústnej dutine a zrejme i faryngu a tým i k zlepšeniu prehĺtania. (Cichero, Murdoch, 2006). **Zahustené tekutiny majú primárny cieľ znížiť riziko aspirácie, modifikácia pevnej stravy je zasa dôležitá pre zníženie rizika dusenía** (Cichero et. al., 2013).

Poradenstvo o modifikácii stravy a kompenzačných technikách sa zvyčajne uvádza po analýze fyziológie prehĺtania (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 3,4]).

Solná a kol. (bez dátumu) opísali **tri úrovne zahustených tekutín: nektár, med a puding.**

V snahe znížiť riziko dusenía je používaná strava, ktorá sa ľahko požuje, alebo ju vôbec netreba požiť, je kompaktná a vlhká. Solná a kol. definovali dve textúry úpravy stravy vhodné pre pacienta s dysfágiou:

- 1 **pevné látky vo forme pyrú, alebo pudingú**, ktoré sú homogénne a súdržné, nevyžadujú hryzenie, požutie
- 2 **pomleté, posekané polotuhé látky**, ktoré vyžadujú mierne požutie, môžu obsahovať malé kúsky stravy, ktorá je dostatočne vlhká a ľahko sa žuje.

V zahraničí sú uvádzané ďalšie varianty textúr vhodných pre pacientov s dysfágiou. Cicherová et. al. (2013) uvádza 4 typy diét, podľa textúry:

- **tekutá** - riedke pyrė homogénne pri podávaní si neudrží svoj tvar,
- **husté pyrė** - mäkká, hladká, homogénna, súdržná strava, po podaní si udrží svoj tvar,
- **jemne mletá** - mäkká diėta súdržnej textúry s kúskami potravy s veľkosťou 0,5cm x 0,5cm, vyžaduje požitie,
- **modifikovaná normálna strava** rôznych textúr, vyžadujúca požitie, ale konkrétne jedlá, ktoré predstavujú riziko dusenia nie sú podávané.

Textúra modifikovaného jedla by mala byť prítiaľivo prezentovaná a chutná, pacienti by mali mať možnosť výberu jedál, modifikované textúry môžu byť obohatené, aby mohli vyhovieť výživovým hodnotám pre pacienta. **Príjem potravy a tekutín by sa mal monitorovať**, ak je to potrebné, malo by sa zväžiť odporúčanie dietológa (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda D, sila dôkazov Level 2+]).

Rizikové sú potraviny, ktoré sa vyznačujú lepivosťou napr. **tavený syr, nezrelý banán, suchý tvaroh, vajce natvrdo** a pod, pri prehĺtaní sa obtiaľne spracovávajú. V mnohých prípadoch dysfágie sa neodporúčajú podávať (Solná a kol.).

- **Príklady screeningových nástrojov subjektívneho posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie**

Obr. č.5. *Subjektívne a objektívne metódy uplatňované pri diagnostike dysfágie* (Mandysová, Škvrňáková 2016)



Príklad screeningových nástrojov subjektívneho posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie u pacientov - dotazník EAT - 10 (Belafský et.al) :

Dotazník je používaný pre posúdenie funkcie prehĺtania v mnohých krajinách, aj v Česku (Mandysová 2016). Český preklad publikovala Vejrostová a kol. (2012). Autori tento dotazník použili k zisťovaniu prevalence subjektívnych problémov u pacientov so sťažným prehĺtaním u seniorov. Validita dotazníka síce nie je potvrdená, ale odborní autori - Cheney et. al. (2015) prešetrili, že dotazník predikuje riziko aspirácie u pacientov s dysfágiou s rôznymi primárnymi diagnózami.

Sestra pacientovi číta jednotlivé položky nástroja EAT-10 a pritom realizuje záznam odpovedí. Tento postup umožňuje indikovanie i takých pacientov, ktorí majú problémy so zrakom, alebo z rôznych

príčin nemôžu dotazník sami vyplňovať. Prítomnosť čo i len 1 bodu, na jednej položke v dotazníku EAT-10 znamená, že sú prítomné symptómy sťaženého prehltania u pacienta. Sestra výsledok zaznamená do dokumentácie a upresní v akej oblasti dysfágie má pacient problém.

Tabuľka č. 1

Dotazník o prijímaní potravy (EAT - 10) (Vejrostová a kol., 2012)					
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLTANIA			
Dotazník o prijímaní potravy (EAT - 10)					
Meno:		Dátum a čas:			
Určite, do akej miery sú pre vás problematické tieto situácie:		0 = tento problém vôbec nemám 4 = toto je pre mňa veľký problém			
1. Kvôli sťaženému prehltaniu strácam na váhe.	0	1	2	3	4
2. Kvôli sťaženému prehltaniu ísť sa inam stravovať, je ťažké.	0	1	2	3	4
3. Prehltanie tekutín je pre mňa obtiažne.	0	1	2	3	4
4. Prehltanie liekov, tabletiiek je pre mňa obtiažne.	0	1	2	3	4
6. Prehltanie je pre mňa bolestivé.	0	1	2	3	4
7. Prehltanie mi kazí radosť z jedla.	0	1	2	3	4
8. Pri prehltaní sa mi jedlo zadrháva, ostáva v krku.	0	1	2	3	4
9. Pri jedle kašlem.	0	1	2	3	4
10. Prehltanie je pre mňa stresujúce.	0	1	2	3	4
Celkom EAT - 10					

Príklad screeningových nástrojov objektívneho klinického posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie u pacientov s CMO a neurologickým ochorením GUSS:

V klinickej praxi sa najčastejšie používajú Massey Bedside Swallowing Screen test a Gugging Swallowing Screen test (GUSS), alebo Daniels (test vodou), ktorých reliabilita, špecifická senzitivita a prediktívna validita boli potvrdené viacerými výskumnými štúdiami. Test vodou na prehltanie sa má používať ako súčasť skríningu aspiračného rizika (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010, [Sila odporúčaní Trieda B, sila dôkazov Level 2+]). Skrínigové vyšetrenie, až po indikácie lekára vykonáva sestra. Výsledky skríningu sestra vždy oznámi ošetrovateľskému lekárovi, urobí záznam s menom pacienta, dátumom a časom, podpisom sestry a založí do dokumentácie pacienta.

Negatívny výsledok skrínigového vyšetrenia – sestra zabezpečí stravu normálnej konzistencii, tekutiny a medikácie bez obmedzenia, pri prvom príjme potravy sestra je vždy prítomná, v prípade potreby asistuje.

Pozitívny výsledok skrínigového vyšetrenia – sestra zabezpečí stravu, tekutiny a medikácie a v prípade potreby aj logopedickú starostlivosť, dľa výsledkov a dľa ordinácie lekára. Ak je prítomné riziko aspirácie vzhľadom na pretrvávajúcu poruchu prehltania je potrebné pokračovať v režime NPO. Výživu pacienta sestra zabezpečí vo forme parenterálnej alebo enterálnej výživy (kŕmenie cez nasogastrickú sondu, cez PEG) podľa ordinácie lekára v rámci závislých ošetrovateľských intervencií.

Skrínigové vyšetrenie je potrebné opakovať, prehodnocovať a aktualizovať terapeutický plán 1x týždenne od prijatia pacienta do nemocnice, pri prepustení, alebo podľa potreby napr. pri zhoršení zdravotného stavu.

- **Screeningový nástroj objektívneho klinického posudzovania stupňa dysfágie a rizika aspirácie u pacientov s CMO a neurologickým ochorením GUSS :**

Pre screening pacientov s cievnou mozgovou príhodou sestrou je vhodný štandardný objektívny screening vyšetřovania GUSS, založený na dôkazoch "evidence-based". Nástroj obsahuje aj odporúčenia vychádzajúce z výsledkov vyšetřenia. Sestra pritom spolupracuje s logopédom, s lekárom. Validita diagnostických parametrov je známa pre anglickú verziu. Senzitivita screeningu je 100%, negatívna prediktívna hodnota 100%, špecifická 50-69%, pozitívna prediktívna hodnota 74-81%, na základe výsledkov u 50-tich pacientov s diagnózou NCMP (Mandysová, P., Škvřňáková J., 2016) .

Guss skríningový test dysfágie je realizovaný pri lôžku pacienta, (step by step) s akútnou cievnou mozgovou príhodou. Na základe výsledkov určuje stupeň dysfágie (4 stupne – ťažká dysfágia, stredne ťažká, ľahká a bez dysfágie) a riziko aspirácie.

Test má dve časti: **Nepriamy test prehĺtania** (sestra sleduje bdelosť, kašeľ a prehĺtnutie slín – bez ťažkostí, slintanie, zmena hlasu). **Priamy test prehĺtania** – obsahuje 3 subtesty, prehĺtanie zahusťenej tekutiny, tekutiny a tuhej stravy (sestra sleduje 1. prehĺtanie -nie je možné, oneskorene, bez ťažkostí, 2. kašeľ, 3.slintanie, 4. zmena hlasu.

Sestra pred skríningovým vyšetřením pacienta testom GUSS:

- **nachystá pomôcky** - hrnček alebo pohár, čajovú lyžičku, čistú vodu, zahusťovadlo (Nutilis Powder), piškóty alebo kus chleba, GUSS skríningový test, informuje pacienta o plánovanom výkone;
- **pacienta uloží do vhodnej polohy**, sed, alebo polosed, skontroluje stav hygieny ústnej dutiny, hodnotí stav vedomia;
- **vykonáva vyšetřenie** dľa pokynov testu GUSS:
 - pacient je najmenej 15 min. v bdelom stave;
 - pacient je schopný cielene zakašať, alebo odkašať si;
 - pacient je schopný na výzvu prehĺtnúť sliny bez slintania, bez zmeny hlasu, ak má pacient výrazne sucho v ústach sestra navlhčí pacientovi ústnu dutinu;
 - sestra zahusťuje tekutinu do konzistencie typu pyrė, alebo pudingu, podáva ½ lyžičky do úst pacienta, pri úspešnom prehĺtaní opakuje 5 x, pričom stále sleduje pacienta
 - sestra tekutinu, čistú vodu podáva z pohára po dúšku, pri úspešnom prehĺtaní vyzve pacienta aby vypil naraz cca 50 ml vody;
 - sestra podáva kúsok chleba, alebo ½ piškóty a opakuje 5x. Sestra sleduje pacienta, čas a ťažkosti pri prehĺtaní;
- **vypracuje záznam.**

GUSS vyšetrenie - Gugging Swallowing Screen (Trapl, M. et al., 2007)			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA	
GUSS - vyšetrenie			
Meno:		Dátum:	Čas:
1. Predtestové vyšetrenie - Nepriamy test prehĺtania			
		Áno	Nie
Bdelosť	Pacient musí byť bdelý najmenej 15 min.	1 ☐	0 ☐
Kašeľ, odkašľávanie	Voľný kašeľ Pacient by mal zakašľať, odkašľať 2x	1 ☐	0 ☐
Prehĺtanie slín úspešné		1 ☐	0 ☐
Droling		0 ☐	1 ☐
Zmena hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastretý hlas, slabý hlas	0 ☐	1 ☐
		Celkom (5)	
		B=1-4 → zastavte vyšetrenie a pokračujte neskôr B=5 → pokračujte časťou 2	
2. Priamy test prehĺtania - pomôcky : čistá voda, plochá čajová lyžička, zahusťovadlo, chlieb			
V nasledujúcom poradí	1→	2→	3→
	Zahustená tekutina *	Tekutina**	Pevná strava***
Prehĺtanie			
• Prehĺtanie nie je možné	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Prehĺtanie oneskorené, tekutiny > 2 sec. tuhé sústo > 10 sec.	1 ☐	1 ☐	1 ☐
• Prehĺtanie úspešné	2 ☐	2 ☐	2 ☐
Kašeľ mimovoľný, pred, počas, alebo po prehĺtnutí s oneskorením do 3 minút			
• Áno	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Nie	1 ☐	1 ☐	1 ☐

GUSS vyšetrenie - Gugging Swallowing Screen (Trapl, M. et al., 2007)			
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATELSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA			
GUSS - vyšetrenie			
Drooling			
• Áno	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Nie	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Zmena hlasu: počúvajte hlas pred a po prehltnutí - pacient by mal hovoriť "O"			
• Áno	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Nie	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Celkom	(5)	(5)	(5)
	B= 1-4 → zastavte vyšetrenie a pokračujte neskôr ¹ B= 5 → pokračujte tekutinami	B= 1-4 → zastavte vyšetrenie a pokračujte neskôr ¹ B= 5 → pokračujte pevnou konzistenciou stravy	B= 1-4 → zastavte vyšetrenie a pokračujte neskôr ¹ B= 5 → norma
Celkom: Súčet výsledkov priameho a nepriameho testu prehltnutia.....(20)			
*	Prvé zaznamenanie po 1/3-1/2 čajovej lyžičky vody so zahusťovadlom (konzistencia pudingu) Pokiaľ nie sú žiadne symptómy, aplikujete 3-5 lyžičiek. Hodnoťte po 5.-tej lyžičke.		
**	3, 5, 10, 20 ml vody - pokiaľ symptómy nie sú prítomné, pokračujte s 50 ml vody (Daniels et al., 2012, Gottlieb et al., 1996). Hodnoťte a ukončíte vyšetrenie akonáhle spozorujete jedno z kritérií		
***	Klinicky: suchý chlieb, FEES: suchý chlieb namočený do zafarbenej tekutiny		
1	Použite funkčné vyšetrovacie metódy ako VFS, FEES		

GUSS vyhodnotenie testu - Gugging Swallowing Screen (Trapl, M. et al., 2007)			
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATELSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA			
Výsledky GUSS testu v bodoch		Stupeň dysfágie	Odporúčanie
20	Zahustená a tekutá konzistencia úspešná, Pevná strava úspešná	Ľahká dysfágia Minimálne riziko aspirácie	Normálna diéta Bežné tekutiny, prvýkrát pod dohľadom logopéda, asistenta výživy
15-19	Zahustená a tekutá konzistencia úspešná, Pevná strava neúspešná	Ľahký stupeň dysfágie Nízke riziko aspirácie	Dysfagická diéta* Tekutiny pomaly po dúšku Funk.vyšetr. metódy FEES,VFS Kontaktovať klinického logopéda
10-14	Zahustená konzistencia úspešná, Tekutiny neúspešné	Stredný stupeň dysfágie Vysoké riziko aspirácie	Dysfagická diéta** Tekutiny zahusťované Funk.vyšetr. metódy FEES,VFS Kontaktovať klinického logopéda dopl. NGS, Parenterálna výživa
0-9	Predtestové vyšetrenie neúspešné, Zahustená konzistencia neúspešná	Ťažká dysfágia Vysoké riziko aspirácie	Nič per os Funk.vyšetr. metódy FEES,VFS Upozorniť klinického logopéda NGS, parenterálna výživa

* Pyré a mäkká konzistencia jedla

** Strava konzistencie ako detská výživa, doplnená parenterálnou výživou.

Všetky tekutiny musia byť zahusťované. Lieky musia byť drvené a zmiešané so zahustenou tekutinou, žiadne lieky v tekutej forme, t.j. kvapky, sirupy.

Sestra po ukončení skríningového vyšetrenia pacientovi vyčistí ústnu dutinu, test vyhodnotí, o výsledkoch informuje ošetrojúceho lekára, zabezpečuje vhodný typ výživy. GUSS skríningové vyšetrenie sestra opakuje po 24 hod., po prvom teste u pacienta s NCMP, potom 1x týždenne v prvých 4 týždňoch, pri zmene celkového stavu a pred prepustením.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Alternatívne odporúčania

Tabuľka č. 4a

Možnosti dotazníkov pre subjektívne hodnotenia dysfágie k roku 2017 (Keage et al., 2005)				
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP KOMPLEXNÝ OŠETROVATELSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA				
Dotazník	Zdroj	Počet položiek	Čas administ.	Poznámka
Dysphagia in multiple Sclerosis Questionnaire (DYMUS)	Bergamaschi et al. (2008)	10	-	Pre pacientov s rozstrúsenou sklerózou, posudzuje sa prehĺtanie stravy a tekutín, odpovede "áno", alebo "nie"
Dysphapark Questionnaire	Bayes - Rusinhol et al. (2011)	18	-	Pre pacientov s Parkinsonovou chorobou, k dispozícii v španielčine, posudzuje efektivitu a bezpečnosť prehĺtania na škále od 0 = "nikdy" až 3 = "vždy"
EAT - 10	Belafský et al. (2008)	10	< 2 min.	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie zameranej na fyzické ťažkosti pri prehĺtaní, netýka sa psychosociálnej oblasti a funkčnej schopnosti pacienta
Radboud Oral Motor Inventory for Parkinson's Disease (ROMP)	Kalf et al. (2011)	23	-	Pre pacientov s Parkinsonovou chorobou, posudzuje fyzické potiaže s prehĺtaním, jedna otázka je zameraná na psychosociálnu oblasť, hodnotí sa na škále 1 = "normálne", až do 5 = "najzávažnejšie"
Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ)	Cohen, Manor (2011)	15	10 min.	Pôvodne pre pacientov s Parkinsonovou chorobou, ale používaný pre dysfágiu spojenú s inými diagnózami, zameriava sa na fyzické potiaže s prehĺtaním, hodnotí sa na škále 0 = "nikdy" až 3 = "veľmi často", 7x týždenne, jedna otázka sa hodnotí "áno" alebo "nie"

Možnosti dotazníkov pre subjektívne hodnotenia dysfágie k roku 2017 (Keage et al., 2005)



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
KOMPLEXNÝ OŠETROVATEĽSKÝ MANAŽMENT PACIENTA S PORUCHAMI PREHLŤANIA

Dotazník	Zdroj	Počet položiek	Čas administ.	Poznámka
SWAL-QOL	McHorney et al. (2000)	44	15 min.	Hodnotí 10 oblastí kvality života zahŕňa fyzické, sociálne, psychické a kultúrne aspekty, hodnotí sa na 5 bodovej Likertovej škále, bol preložený do viacerých jazykov, praktické uplatnenie je sťažené jeho dĺžkou a náročnou formuláciou niektorých otázok
Sydney Swallow Questionnaire (SSQ)	Wallace, Middleton, Cook (2000)	17	5-10 min	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie, zameriava sa na fyzické potiaže s prehĺtaním, berie do úvahy konzistenciu prehĺtaného jedla alebo tekutiny, hodnotí sa pomocou vizuálnej analógovej škály okrem dvoch otázok, ktoré sa hodnotia pomocou číselného skóre
Deglutition Handicap Index (DEGHI)	Woisard, Andrieux, Puech (2006)	30	-	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie, hodnotí tri oblasti fyzickú, emočnú a funkčnú, hodnotí sa na 5 bodovej škále od 0 = "nikdy", až 4 = "vždy"
Dysphagia Handicap Index (DHI)	Silbergleit et al. (2012)	25	-	Pre pacientov s dysfágiou rôznej etiológie, hodnotí tri oblasti fyzickú, emočnú a funkčnú, hodnotí sa frekvencia ťažkostí ("nikdy", "niekedy" a "často") a ich závažnosť na škále od 1 = "normálne" až do 7 = "závažný problém"

Špeciálny doplnok štandardu

		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP	
KONTROLNÝ LIST			
POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI DYSFÁGIE A RIZIKA ASPIRÁCIE			
Pracovisko :			
Meno :			
Dátum prijatia :			
P. č.	Stupeň dysfágie (hodiace sa zaškrtnúť ☑)	Charakteristika stupňa dysfágie (hodiace sa zaškrtnúť ☑)	
1.	☐ Lahká dysfágia Minimálne riziko aspirácie	☐ Tekutiny, zahustené tekutiny prehĺta pacient úspešne ☐ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient úspešne Nespadá do indikačného rámca štandardu	
2.	☐ Lahký stupeň dysfágie Nízke riziko aspirácie	☐ Tekutiny, zahustené tekutiny prehĺta pacient úspešne ☐ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient neúspešne Spadá do indikačného rámca štandardu	
3.	☐ Stredný stupeň dysfágie Vysoké riziko aspirácie	☐ Zahustené tekutiny prehĺta pacient úspešne ☐ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient úspešne ☐ Tekutiny prehĺta neúspešne Spadá do indikačného rámca štandardu	
4.	☐ Ťažký stupeň dysfágie Vysoké riziko aspirácie	☐ Zahustené tekutiny prehĺta pacient neúspešne ☐ Stravu pevnej konzistencie prehĺta pacient úspešne ☐ Tekutiny prehĺta neúspešne Spadá do indikačného rámca štandardu	
Dňa :		Posudzoval (-a) :	
Opatrenia zapracované v :			
Schválil (-a) :			

GUSS vyšetrenie - Gugging Swallowing Screen (Trapl, M. et al., 2007) spracované na podklade ENCAD "Evidence - Based Nursing Care Algorytm of Dysphagia" (Mandysová, Škvŕňáková, 2016.)

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz ročne z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach,
- aktualizácie legislatívy,
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi,
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR,
- posúdeniu efektivity,
- zberu podnetov zo strany pracovísk s implementovanými postupmi (v súlade s námetom OPS Akčného plánu pre efektívnu implementáciu zo 7.12.2017),
- podnetom zo strany ZP a ďalších zainteresovaných strán.

Literatúra

- BELAFSKÝ, P.C., MOUADEB, D.A., RES, C.J., et.al. 2008. *Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)*. Annals of otology, Rhinology and laryngology, 2008. 117(12):919-924. ISSN 003-4894
- CICHERO, J.A.Y., MURDOCH, B., 2006. *Dysphagia: Fundation, Theory and Practice*. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & sONS LTD., 2006. 582 S. ISBN 9781-86156-505-1.
- CICHERO, J.A.Y., STEELE, C., DUIVESTEIN, J et. al., 2013. *The need for international terminology and definitions for texture - modifeid foods and thickened liquids used in dysphagia management: Foundations of a global initiative*. Current Physical Medicine and Rehabilitation reports, 2013, 1(4): 208-291. ISSN 2167-4833.
- DANIELS, S.K., ANDERSON, J.A., WILSON, P.C., 2012. *Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke*. A systematic rewiew. Stroke, 2012. 43(3): 892-897. ISSN 1524-4628.
- DANIELS, S.K., 2000. *Swallowing apraxia: A disorder of the praxis systém?* Dysphagia, 2000. 15(3):159-166. ISSN 1432-0460.
- DOENGES, M., MOORHOUSE, M.F., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
- DZIEWAS, R., WARNECKE, T., OLENBERG, S. et. al. 2008. *Towards a basic endoscopic assesment of swallowing in acute stroke - deveüopment and evaluation of a simple dysphagia score*. Cerebrovascular Diseases, 2008, 26(1): 41-47. ISSN 1421-9786.
- Európska resuscitačná rada. 2012. *Kardiopulmonálna resuscitácia*. Podľa odporúčaní ERC 2010. Autorizovaný slovenský preklad. Košice: SSAIM, SSUMaMK a I. KAIM UPJŠ LF v Košiciach, 2012. 391 s.
- HEP, A., DOLINA, J. 2005. *Funkční poruchy horní části trávicího traktu z pohledu specialisty*. Interní medicína pro praxi, 2005, 1: 17-19, ISSN 1212-7299.
- CHENEY, D.M., SIDDIQUI, M.T., LITTS, J.K. et. al. 2015. *The ability of the item Eating Assessment Tool (EAT-10) to predict aspiration risk in person with dysfagia*. Annals of Otology, Rhinology, Laryngology, 2015, 124(5):351-354. ISSN 0003-4894.
- JERABKOVÁ, P. 2006. *Poruchy polykání - diferenciálna diagnóza*. Lékařské listy (online), 2006. 3 (cit.2015-11-27). Dostupné z <http://zdravi.e15cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-polykani-diferencialni-diagnoza-170867>.
- JURGOŠ, Ľ. et al., 2006. *Gastroenterologia*, Veda 2006, ISBN 80-224-0893-X.
- KEAGE, M., DELATYCKI, M., CORBEN, L., VOGEL, A. *A systematic review of self reported swallowing assesments in progressive neurological disorders*. Dysphagia, 2015. 30(1):27-46, ISSN 1432-0460.
- KONTOVÁ, Ľ. et. al. 2005. *Štandardy v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-198-0
- LUKÁŠ, K. - ŽÁK, A. a kol. 2014. *Chorobné znaky a príznaky. Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MACLEAN, J., COTTON, S., PERRY, A., 2009. *Post - laryngectomy: its hard to swallow: australian study of prevalence and self-reports of swaloving function after a total laryngectomy*. Dysphagia, 2009, 24(2): 172-179. ISSN 1432-0460.
- MANDYSOVÁ, P. ŠKVRŇÁKOVÁ, J., 2016. *Diagnostika porúch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2016. 127 s. ISBN 978-80-271-0158.
- MIERTOVÁ, M., KURČA, E., TOMAGOVÁ, M. a kol. 2014. *Ošetrovatel'stvo v neurológii*. [online]. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2014. Dostupné na: <http://osevneu.jfmed.uniba.sk/>. ISBN 978-80-89544-71-4.

ROFES, L., ARREOLA, V., ROMEA, M. et al. 2010. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterology and Motility*, 2010, 22(8): 851-858, e230. ISSN 1365-2982. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN, 2010. 49 s., ISBN 978 1 905813 65 0.

Dostupné na <http://www.sign.ac.uk/assets/sign119.pdf>

SHEEHAN, N.J., 2008. *Dysphagia and other manifestations of oesophageal involvement in the musculoskeletal diseases*. *Rheumatology*, 2008. 47(6): 746-752. ISSN 1462-0332.

SOLNÁ, G., LASOTOVÁ, N., LEBEDOVÁ, Z. a kol. Návrh jednotného postupu v starostlivosti o pacientov s dysphagiou na iktových jednotkách v ČR (online). Bez dátumu (cit. 2015-10-21). Dostupné z <http://nemocnicevitkovice.agel.cz/pracoviste/oddeleni/neurologicke-oddeleni/pdf/pece-o-pac-dysfagie.pdf>

TEDLA, M. a kol., *Poruchy polykání*. Havlíčkův Brod: Tobiaš 2009. 312 s. ISBN: 978-80-7311-105-2.

TEDLA, M. a kol., 2007. *Diagnostika a liečba pacienta s poruchou prehltania*. In: *Via practica*, roč. 4.

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

VEJROSTOVÁ, H., PÁNKOVÁ, J., MANDYSOVÁ, P., ŠKVRŇÁKOVÁ, J., *Subjektívne pociťované potíže při polykání: výzkumné šetření pomoci nástroje EAT-10*. *Profese online*. 2012. V(1):31-34. ISSN 1803-4330.

VAN DER MAAREL-WIERINK, C.D., 2013. *Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review*. *Gerodontology*, 2013, 30(1): 3-9. ISSN 1741-2358.

Vyhláška č. 306/2005 Z.z. MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

Vyhláška č. 95/2018 Z.z. MZ SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom

WILKINS, T.M., GILLIES, R.A., THOMAS, A.M., WAGNER, P.J., 2007. *The prevalence of dysphagia in primary care patients. A HamesNe research network study*. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2007, 20(2):144-150. ISSN 1558-7118.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**