

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zjišťování subjektivních změn v polykání

Bc. Lenka Karásková

Diplomová práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Karásková**
Osobní číslo: **Z10134**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství**
Název tématu: **Zjišťování subjektivních změn v polykání**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

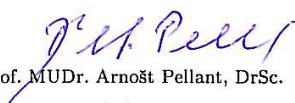
1. Sběr informací a studium literatury o poruchách polykání a jejich vlivu na kvalitu života seniorů.
2. Stanovení cílů práce.
3. Výběr metody výzkumu.
4. Konzultace vybrané metody a skupiny respondentů s vedoucím diplomové práce.
5. Provedení výzkumu, sběr dat.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení a diskuze výsledků.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. BELAFSKY, P. C. et al. Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*. 2008, vol. 117, no. 12, s. 919-924.
2. BORSON, S. et al. Improving identification of cognitive impairment in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006, vol. 21, no. 4, s. 349-355.
3. JURAŠKOVÁ, B. et al. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 4, č. 11 [cit. 2011-07-09], s. 443-446. Dostupný z WWW: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>.
4. ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39.
5. ŠKODOVÁ, E. et al. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
6. TEDLA, M. et al. *Poruchy polykání*. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2009. 312 s. ISBN 978-80-7311-105-2.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2011
Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Čestné prohlášení autora:

Prohlašuji, že tuto diplomovou práci jsem vypracovávala samostatně pod odborným vedením Mgr. Jany Škvrňákové, Ph.D. Prohlašuji, že všechny použité odborné prameny, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu literatury.

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

Souhlasím, aby moje diplomová práce byla zpřístupněna prezenční formou v Univerzitní knihovně a byla citována dle platných norem.

Podpis.....

Bc. Lenka Karásková

V Pardubicích dne 27. 4. 2012

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Janě Škvrňákové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a podnětné připomínky. Také MUDr. Michalu Černému za spolupráci a poskytnutí přeložených standardizovaných dotazníků kvality života u pacientů s dysfagií a v neposlední řadě Ing. Ondřeji Pruskovi, Ph.D. za pomoc se zpracováním hypotéz.

SOUHRN:

Diplomová práce je zaměřena na výskyt poruch polykání u seniorů (osob ve věku 65 let a více). Teoretická část práce se věnuje poruchám polykání z pohledu základní anatomie a fyziologie polykacích cest, etiologie, diagnostiky a komplikací poruch polykání. Dále zpřehledňuje metody zjišťující výskyt poruch polykání a dopad těchto změn na kvalitu života seniorů.

Výzkumná část se zabývá hodnocením výsledků dotazníkového šetření metody EAT-10 v domovech pro seniory, nemocničních zařízeních a seniorských spolkách Pardubického kraje. Výsledky jsou statisticky zpracovány a zpřehledněny v tabulkách a grafech.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Dysfagie, EAT-10, Mini-Cog, senioři, kvalita života

TITLE:

Determination of subjective changes in swallowing

SUMMARY:

The diploma thesis is focused on the incidence of swallowing disorders of seniors (persons over 65 years). The theoretical part deals with swallowing disorders from the perspective of basic anatomy and physiology of the swallowing tract, etiology, diagnosis and the complications of swallowing disorders. Also, it clarifies methods which detect the incidence of swallowing the impact of these changes on the quality of seniors' life.

The research part is aimed at the evaluating the results of the survey method EAT-10 in homes for the elderly, hospitals and senior associations in the region of Pardubice. The results are processed statistically and arranged in tables and graphs.

KEY WORDS:

Dysphagia, EAT-10, Mini-Cog, seniors, quality of life

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍL	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 POLYKÁNÍ.....	12
1.1 Anatomie a fyziologie polykacích cest	12
1.1.1 Inervace polykacích cest.....	13
1.1.2 Polykací fáze.....	14
1.2 Poruchy polykání	15
1.2.1 Etiologie poruch polykání	16
1.2.2 Diagnostika poruch polykání	17
1.2.3 Komplikace poruch polykání z fyziologického hlediska	18
1.3 Metody zabývající se zjištěním výskytu poruch polykání	20
1.3.1 Screeningové metody	20
1.3.2 Metoda subjektivního hodnocení polykání	21
1.3.3 Standardizované dotazníky kvality života v souvislosti s poruchou polykání ...	21
2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ.....	23
2.1 Metody měření kvality života u seniorů.....	23
2.1.1 Dotazníkové metody	23
2.1.2 Škály.....	25
2.1.3 Metoda strukturovaného rozhovoru	25
2.2 Kvalita života u pacientů s poruchou polykání.....	25
3 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	27
3.1 Zdravotně sociální instituce.....	27
3.1.1 Domovy pro seniory.....	27

3.1.2	Domovinky	27
3.2	Zdravotnická zařízení	28
3.2.1	Zdravotnická zařízení nemocničního typu	28
3.2.2	Zařízení ústavní paliativní péče	28
3.2.3	Zařízení zdravotní ústavní péče	28
3.3	Volnočasové organizace	28
II	ČÁST VÝZKUMNÁ	30
4	CÍLE VÝZKUMU	30
5	VÝZKUMNÉ OTÁZKY/HYPOTÉZY	31
6	METODIKA VÝZKUMU	32
6.1	Mini-Cog	32
6.2	EAT-10	33
6.3	Charakteristika zkoumaného vzorku	33
6.4	Zpracování dotazníku	34
7	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	35
7.1	Analýza výsledků šetření	35
7.1.1	Rozdělení respondentů podle pohlaví	35
7.1.2	Rozdělení respondentů dle průměrného věku	37
7.1.3	Úspěšnost vyplnění Mini-Cogu	38
7.1.4	Výskyt subjektivně vnímaných potíží s polykáním	43
7.1.5	Četnost potíží s polykáním	44
7.1.6	Míra potíží s polykáním	45
7.1.7	Zpracování jednotlivých otázek z hlediska četnosti a míry potíží s polykáním	46
7.2	Zpracování hypotéz	56
7.2.1	Výzkumná otázka č. 1	56
7.2.2	Výzkumná otázka č. 2	58
7.2.3	Výzkumná otázka č. 3	60

8 DISKUZE	63
ZÁVĚR.....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	71
SEZNAM TABULEK.....	72
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Průměrný věk obyvatelstva neustále vzrůstá, prodlužuje se délka života a zvyšuje se počet osob starších 65 let. Periodizace stáří se liší dle jednotlivých autorů. Dle konceptu Topinkové a Neuwirtha (1995) představuje hranice 65 let mladý seniorský věk. Senioři v České republice tvoří 14,6 % populace a jejich počet stále narůstá (Chudobová a Mazánková, 2008). Demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem předpokládají, že v České republice budou v roce 2050 žít téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3 %) (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008).

Během stárnutí dochází k degenerativním, morfologickým i funkčním změnám orgánů, klesají adaptační schopnosti a funkční rezervy organismu. Poruchy polykání jsou spojeny s celou řadou onemocnění, úrazy v oblasti hlavy a krku nebo komplikacemi ionizujícího záření. Značný výskyt poruch polykání je však prokázán v souvislosti s vysokým věkem. Právě u seniorů dochází s přibývajícím věkem k fyziologickým změnám zažívacího traktu mající za následek možné potíže s polykáním. Snížení příjmu potravy, či zúžení jeho spektra, vede téměř u 50 % seniorů k závažné malnutrici spojené se zhoršujícím se zdravotním stavem, nárůstem výskytu komplikací, nutností institucionalizace, a tím zvýšení nákladů na léčbu (Jurašková a kol., 2007). Těmto důsledkům se dá přitom předejít aktivním vyhledáváním počínajících poruch polykání v rizikové skupině. Zabráníme tím nejen vzniku komplikací zvolením vhodné konzistence stravy a stravovacích návyků, ale zachováme i úroveň kvality života, kterou mohou změny v polykání negativně ovlivnit.

CÍL

Cílem bylo teoreticky popsat anatomii a fyziologii polykacích cest. Vystihnout problematiku poruch polykání z pohledu etiologie, diagnostiky a komplikací tohoto onemocnění. Dále zahrnout do obsahu metody, zabývající se vyhledáváním poruch polykání a dalšími, zjišťujícími dopad těchto změn na kvalitu života seniorů.

Cílem výzkumu bylo zmapovat výskyt poruch polykání u seniorů, klientů nad 65 let a potvrdit, či vyvrátit dříve publikované poznatky, že se u seniorů potíže s polykáním vyskytují poměrně často (50-55,8 %) (Tedla a kol., 2009, Benešová a kol., 2011). Současně určit četnost uváděných potíží s polykáním, jejich míru a dopad na psychosociální oblasti života seniorů v rámci otázek dotazníku EAT-10 (Benešová a kol., 2011).

I TEORETICKÁ ČÁST

1 POLYKÁNÍ

1.1 Anatomie a fyziologie polykacích cest

Dutina ústní

Zaživací trakt začíná v dutině ústní, v níž dochází k tvorbě a transportu sousta neboli bolusu (Tedla a kol., 2009). Dutina ústní sahá od ústní štěrbiny po zúžení přechodu do hltanu. Přední část tvoří rty a tváře (Čihák, 2002). Rty slouží jako aktivní bariéra zpětného vytékání slin a potravy ven z dutiny ústní (Tedla a kol., 2009). Horní část tvoří patro a dolní je vyztužena svaly. Uprostřed se nachází jazyk, na který volně přechází sliznice ze spodiny ústní (Čihák, 2002). Hlavní úlohu ve zpracovávání tuhé stravy mají zuby, které ji za aktivního pohybu žvýkacích svalů mechanicky rozmělní. Slinné žlázy zahajují vstřebávání části živin již v dutině ústní a obalí sousto pro jeho snadnější transport do další části zaživacího traktu, přičemž hlavní mechanismus pohybu sousta v ústní části zajišťuje jazyk (Tedla a kol., 2009).

Hltan

Tvoří křižovatku dýchacích a polykacích cest a kvůli tomu je v této části vyvinuto několik obranných mechanismů, zabraňujících nechtěnému proniknutí potravy do dýchacích cest. Hltan tvoří svalová trubice, kterou dělíme na tři části podle anatomického rozvržení. Horní část, komunikující se zadní částí nosu, nazýváme nosohltnan (nasopharynx) oddělenou choanami (Tedla a kol., 2009). Střední část ústní (oropharynx), ohraničena měkkým patrem a kořenem jazyka, navazuje na dutinu ústní (Čihák, 2002). Pomyslné oddělení od nosohltnanu tvoří horizontální linie volného okraje měkkého patra a uvula (Tedla a kol., 2009). Třetí poslední část je hrtanová (laryngopharynx), která sahá kaudálně od kořene jazyka k přechodu do jícnu (Čihák, 2002). V přední stěně hltanu se nachází vchod do hrtanu. Dle polohy můžeme tyto části označit jako epipharynx, mezopharynx a hypopharynx (Tedla a kol., 2009).

Důležitou funkci při polykání má příklopka hrtanová, která při správné funkci svalů hltanu i hrtanu představuje účinnou anatomickou zábranu, oddělující dýchací od polykacích cest,

čímž zamezuje vniknutí sousta do dýchacích cest a následnému vzniku komplikací (Tedla a kol., 2009).

Jícen

Navazuje na kaudální konec hltanu a pokračuje v transportu bolusu směrem k žaludku. Jedná se o svalovou trubici vystlanou sliznicí, která je dlouhá přibližně 25-28 cm, prochází dutinou hrudní za průdušnicí a přes bránici vstupuje do dutiny břišní, kde ústí v žaludku. Má dvě fyziologická zúžení. Horní svěrač slouží v klidovém stavu k oddělení hltanovo-hrtanového komplexu. Při polykání dochází k jeho otevření, oddálení od zadní stěny, čímž umožní soustu projít. Dolní svěrač tvoří přechod z jícnu do žaludku, jeho úkolem je udržení žaludečního obsahu v žaludku a k tomu je zapotřebí svaloviny s přiměřeným tonem, který zároveň brání zpětnému návratu potravy a kyselých šťáv ze žaludku do jícnu (Tedla a kol., 2009). V klidové fázi na sebe stěny jícnu vzájemně naléhají a při průchodu sousta jsou schopny se až dvojnásobně roztáhnout (Čihák, 2002).

1.1.1 Inervace polykacích cest

Proces polykání kontroluje polykací centrum v mozkovém kmeni. Centrální kontrolu polykání můžeme rozdělit na korovou a podkorovou část, do níž jsou zapojeny aferentní senzorycké neurony, motoneurony a interneurony, které vzájemně ovlivňují jak reflexní, tak vůlí ovladatelné části polykání (Tedla a kol., 2009).

Hlavové nervy účastníci se procesu polykání:

V. nervus trigeminus

Vliv na polykání má především druhá a třetí větev. Senzorická část inervuje dutinu ústní, motorická žvýkací svaly.

VII. nervus facialis

Jedná se o smíšený nerv, inervující mimické svaly, při jeho poškození dochází k vytékání slin a při polykání i potravy z úst.

IX. nervus glossopharyngeus

Senzorická část glossopharyngeu inervuje oropharynx, chuťová vlákna kořene jazyka a motorická část musculus stylopharyngeus. Izolovaná porucha se vyskytuje vzácně, většinou je spojena s poškozením nervu vagu.

X. nervus vagus

Nervus vagus senzorycky i motoricky inervuje měkké patro, hltan, hrtan, jícen a žaludek a další orgány, neúčastní se na polykání. Při jeho poškození dochází k porušení inervace jícnového svalstva a žaludku. Spolu s glossofaryngeem dochází při jednostranné paréze k poruše hybnosti měkkého patra. Poškozená strana se nezvedá a uvula je přetahována ke zdravé straně.

XII. nervus hypoglossus

Řídí motorickou funkci svalů jazyka (Tedla a kol., 2009).

1.1.2 Polykací fáze

Dle Magendieho (Magendie, 1836) rozdělujeme proces polykání na tři fáze: orální, faryngeální a esofageální. Zatímco orální fáze je vůlí ovladatelná, druhé dvě jsou reflexní pod kontrolou autonomního nervového systému. Jedná se o složitý děj, polykací reflex je nadřazen dýchacímu, přičemž při započetí dochází k přerušování dýchání (Tedla a kol., 2009).

Důležitou roli při polykání mají chlopněvé uzávěry. Ty v určité fázi procesu tvoří anatomickou bariéru, sloužící k uzavření některých struktur a tím zabrání potravě dostat se do míst, kam nemá a dále k nasměrování bolusu správnou cestou (Reddy et al., 2000). Jsou to například rty, velofaryngeální uzávěr zodpovědný za uzavření nosohltanu, uzávěr hrtanu a horní a dolní jícnový svěrač (Tedla a kol., 2009).

Přípravná fáze ústní části polykání

Zde dochází k rozmělnění potravy a tvorbě bolusu. Podílí se na tom rty, které uzavřou dutinu ústní, zuby, žvýkácí svaly, měkké patro a sliny, které společně vytvoří sousto.

Transportní fáze ústní části polykání

Při zahájení polykání se kontrahují svaly rtů a tváře. Za pohyb sousta je v dutině ústní zodpovědný jazyk. Při úplném kontaktu s tvrdým a měkkým patrem se měkké patro zdvihá a přiléhá k zadní stěně hltanu. Tento pohyb posouvá sousto dál do krku (Tedla a kol., 2009).

Faryngální fáze polykání

Začíná vstupem sousta k předním patrovým obloukům. Zde se zapojuje kořen jazyka a svaly hltanu, které pevně přilnou k soustu, vytvoří propulsní tlak a posunou potravu směrem dolů k hornímu jícnovému svěrači.

Důležitou součástí je velofaryngeální uzávěr bránící zatékání potravy do nosohltanu. Dále uzávěr hrtanu, ke kterému dojde addukcí hlasivek, následně addukcí aryepiglotických řas a retroverzí příklopy. Následuje kontrakce hltanových svalů a současně elevace hrtanu, posunem jazylky a kořene jazyka směrem dopředu a zdvihem hrtanu, což posune sousto směrem k hornímu jícnovému svěrači a zabrání zatékání potravy do dýchacích cest neboli aspiraci. Při elevaci hrtanu dochází k relaxaci horního jícnového svěrače a jeho uzavření nastává opět po návratu hrtanu do původní polohy (Tedla a kol., 2009).

Esofageální fáze

Pohyb sousta zajišťuje propulsní peristaltika jícnu (Tedla a kol., 2009). Primární vlna je iniciována volným polknutím, zatímco sekundární se vyskytne pouze v případě, že primární nebyla schopna zcela očistit sliznici jícnu od zbytků potravy z předchozího sousta (Kittnar a kol., 2011). Dolní jícnový svěrač je trvale kontrahován, aby nedošlo k návratu potravy spolu s kyselým žaludečním obsahem zpět do jícnu. K jeho uvolnění dochází těsně před průchodem sousta do žaludku (Tedla a kol., 2009).

1.2 Poruchy polykání

Poruchy polykání označujeme jako dysfagie. Bolest při polykání jako odynofagii a nemožnost polykat je afagie. Dysfagií charakterizujeme poruchu polykání pevné nebo tekuté stravy, která je důsledkem organických či funkčních poruch v transportu potravy od úst po žaludek (Škodová a kol., 2007).

Dysfagie vzniklé na podkladě funkční poruchy mají průběh intermitentní, zatímco při mechanické obstrukci obvykle spíše progredující, při tom se objevuje nejprve porucha polykání tuhých soust, později i tekuté složky potravy (Nečas, 2007).

1.2.1 Etiologie poruch polykání

Poruchy polykání zahrnují široké spektrum příčin, jedná se zejména o nádorová a zánětlivá onemocnění, neurologické a kardiovaskulární onemocnění a onemocnění jícnu.

Dle lokalizace poruchy dělíme dysfagii na dysfagii orofaryngeální a esofaryngeální. Dalším typem je dysfagie paradoxní, při níž je prvořadá porucha polykání tekutin například u difúzního spazmu jícnu (Škodová a kol., 2007).

Orofaryngeální dysfagie

Je popisována jako neschopnost zahájit polykání, což vede k selhání transportu sousta z úst do jícnu (Gassiorowska a Fass, 2009). Dle mechanismu vzniku dělíme příčiny na:

- **neurologické a kardiovaskulární onemocnění** – ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, úrazy hlavy, nitrolební krvácení, léze kraniálních nervů, Parkinsonova nemoc a myastenia gravis;
- **zánětlivá onemocnění** – stomatitida, tonzilitida a další onemocnění, způsobující bolestivé léze v ústech a hltanu včetně následků ozařování;
- **poruchy svalů** – svalové dystrofie, zánětlivé myopatie a dermatomyozitida;
- **tumory** – maligní onemocnění v oblasti hlavy, dutiny ústní, nasofaryngu;
- **další** - Zenkelův divertikl, Sjögrenův syndrom, který způsobuje progresivní destrukci exokrinních žláz, charakteristickou suchostí sliznic (Nečas, 2007; Škodová a kol., 2007), poruchy žvýkání zapříčiněné například patologiemi dentice či změnami po ozařování (Gassiorowska a Fass, 2009).

Esofaryngeální dysfagie

Vyznačuje se potížemi při přepravě sousta jícnem. Patologickými procesy vzniku jsou zde onemocnění jícnu:

- **primárně funkční poruchy motility** – achalázie, difúzní spazmy a nespecifické poruchy motility;

- **slizniční léze** – refluxní ezofagitida, infekční ezofagitida a Barretův jícen;
- **tumory, jizvy, divertikly, cizí tělesa** – zodpovědné za mechanickou obstrukci;
- **systémová onemocnění** – sklerodermie, amyloidóza a diabetes mellitus (Nečas, 2007; Gasiorowska a Fass, 2009).

1.2.2 Diagnostika poruch polykání

Diagnostiku dysfagie můžeme rozdělit do několika částí. Nezastupitelnou roli dnes mají ambulance poruch polykání. Bývají součástí ambulancí otorinolaryngologie, audiologie a foniatrye nebo logopedických ambulancí specializujících se mimo jiné na diagnostiku a léčbu organických a funkčních poruch polykání. Personální složení ambulancí zahrnuje lékaře otorinolaryngologie, nutričního poradce, logopeda a sestru nejlépe se specializací v těchto oborech.

Diagnózu dysfagie můžeme stanovit anamnesticky, orientačním vyšetřením, nebo specializovanými diagnostickými metodami. Při anamnéze je důležité shrnout jak aktuální příznaky, čas trvání, charakter, tak i přímý, či potencionální vztah dysfagie k některým chorobám. Orientačně se zhodnotí výskyt poruch polykání, např. cílenými otázkami, zaměřenými na poruchy tvorby hlasu, fatických funkcí, dysartrii, abnormální kašel nebo případné změny hlasu po polknutí (Tedla a kol., 2009). Stav výživy zhodnotíme nutriční anamnézou, antropometrickými, laboratorními i funkčními vyšetřeními (Jurašková a kol., 2007).

Orientační neurologické vyšetření sestrou může být provedeno samostatně, nebo v rámci screeningu polykání, kde kontrolujeme úroveň vědomí, výdrž při sezení a kontrolu hlavy, polknutí a známky aspirace. V klinickém vyšetření následuje vyšetření orální motoriky, kde si postačíme s orientačním vyšetřením hlavových nervů. Asymetrie tváře v klidu či pohybu (úsměv, vycenění zubů), neschopnost nafouknutí tváří a plného dovření úst nás informuje o poruše lícního nervu. Změny smyslového vnímání chuti, či snížení skusu při palpaci, svědčí o poruše žvýkacích svalů tedy motorické i senzitivní větve nervu trigeminu. Poruchu funkce nervu glossopharyngeu a vagu zjistíme, požádáme li klienta, aby řekl „ááá“. Pohledem na patrové oblouky vidíme asymetrii ve zvedání a uchylující uvulu ke zdravé straně. Hodnotíme zde také kvalitu pacientova hlasu (chraptivý, nosový). Jako poslední hlavový nerv, ovlivňující polykání, zhodnotíme nervus hypoglossus. Vyplazení

jazyka ve střední čáře, pohybem do stran a jeho vrácení zpět. Dále hodnotíme také sílu jazyka tlakem proti zevní palpaci postupně na obě strany tváří. Poté by mělo navazovat vyšetření klinickým logopedem a otorinolaryngologem, které zahrnuje podrobné vyšetření dutiny ústní, krku, hltanu a hrtanu a doporučení specializovaných vyšetření videofluoroskopem či videoendoskopem, při podezření na aspiraci. Na základě odborného vyšetření jsou klientům nabídnuty různé mechanismy zvládnání poruch polykání, mezi které patří: úprava konzistence stravy; cviky, zahrnující techniky stimulace oblasti úst a nosohltanu; přizpůsobení stravovací techniky zahrnující správnou polohu, držení těla a nácvik polykacích manévru.

V případě poruchy vzniklé postižením hlavových nervů nabízejí ambulance rehabilitační techniky k vytvoření náhradní reflexní mechaniky polykání. V některých případech, např. při jednostranné obrně hlasivky, je možné i operační řešení (Tedla a kol., 2009).

1.2.3 Komplikace poruch polykání z fyziologického hlediska

Malnutrice

Malnutrice je stav nerovnováhy ve výživě organismu, kdy je příjem energetických složek stravy nižší než jejich výdej (Grofová, 2007). K tomuto stavu může dojít právě při poruše polykání.

V důsledku změn zažívacího traktu vlivem stáří, neurologických a svalových patologií či anatomických odchylek, ekonomicky špatné životní situace, nebo změnou kognitivních funkcí, dochází k narůstajícímu zužování spektra přijímané potravy, jehož důsledkem je rozvoj proteino-energetické malnutrice. Současně dochází i k poklesu příjmu tekutin, způsobujícímu dehydrataci a minerálovou dysbalanci, což vede k celé řadě komplikací a zhoršení prognózy nemocného. Pokročilé formy malnutrice se u obyvatel starších 65 let vyskytují téměř u 50 % (Kubešová a kol., 2006; Jurašková a kol. 2007).

Aspirační pneumonie

Nejzávažnější komplikací dysfagie je aspirace. Jedná se o vdechnutí orofaryngeálního nebo žaludečního obsahu pod úroveň hlasivek do dýchacích cest (Tedla a kol., 2009).

Aspirovaným materiálem mohou být:

- **pevné nebo tekuté složky** – organické i anorganické;
- **chemické a zánětlivé substance** – nejčastěji žaludeční obsah;
- **infekční materiál** – anaeroby, gramnegativní bakterie z orofaryngu (Klener a kol., 2011).

Častá aspirace nebo aspirace velkého množství potravy, tekutiny či tělních sekretů končí infekcí plicního parenchymu, tedy aspirační pneumonií (Johnson a Hirsch, 2003).

Příčinou aspirace u dospělých jsou poruchy jícnu, neurologické choroby (nejčastěji CMP), poruchy vědomí, nevhodná strava, či technika podání, a to především ve stáří. (Klener a kol., 2011; Tedla a kol. 2009). Klinický obraz aspirační pneumonie se vyvíjí po dobu 24-48 hodin, přičemž infekční komplikace se rozvinou v průběhu několika týdnů. Bez léčby dochází k tvorbě nekróz a vzniku plicních abscesů až smrti (Šafránková a Nejedlá, 2006; Tedla a kol., 2009).

V oblasti stravování hraje hlavní roli ošetrovatelská péče. Cílem je bezpečné podávání stravy, a tím předejít vzniku závažných, až život ohrožujících komplikací. Úkolem sestry je zajistit vhodný způsob podávání stravy s vytvořením podmínek pro bezpečné polykání (správná konzistence stravy i tekutin, dodržování polohy hlavy i těla a doporučených metod podávání). Zásady podávání stravy jsou různé a individualizované dle aktuálních potřeb nemocného, jak při podávání cestou enterální (ústy, nazogastrickou, nazoduodenální, nazojejunální sondou, či gastro a jejunostomií), tak parenterální.

Základní pravidla při krmení pacienta s poruchou polykání:

- nejlépe poloha vsedě se vzpřímenou hlavou/ležící pacient s podloženou hlavou i krkem v mírné flexi;
- osoba podávající stravu by měla sedět na úrovni nebo pod úroveň očí nemocného;
- podávání stravy v malých dávkách ($1/2$ až 1 čajová lžička pevné stravy, 10-15 ml tekutin);
- poskytnout dostatečně dlouhou dobu na jídlo;
- při jednostranné obrně lícního nervu podávat jídlo do nepostížené části úst;
- nepodávat stravu příliš daleko dovnitř úst;
- vyvarovat se konverzaci při jídle;

- po polknutí vyzvat pacienta, aby zakašlal;
- v případě, že je pacient rychle unaven, podávat raději menší porce 6x denně nebo hlavní jídlo dopoledne;
- zkontrolovat po jídle ústa;
- zajisti, aby pacient zůstal vsedě zpříma alespoň 30-60 minut po jídle (Tedla a kol., 2009).

1.3 Metody zabývající se zjištěním výskytu poruch polykání

Metody užívané k zjišťování poruch polykání můžeme dělit do několika skupin, dle způsobu provedení, rozsahu či náročnosti. Základní rozdělení může být na objektivní (kam řadíme především screeningové metody poruch polykání) a subjektivní způsob měření, jak vlastních potíží při polykání, tak hodnocení jejich dopadu na kvalitu života nemocného (k čemuž slouží především standardizované dotazníky kvality života).

1.3.1 Screeningové metody

Screening polykání dle metody Gugging Swallowing Screen (GUSS) – je rozdělen na dvě části. První z nich, předběžné vyšetření neboli nepřímý polykací test, zahrnuje pět položek (bdělost klienta, zakašlání, polknutí slin bez obtíží, s vytékáním slin nebo se změnou hlasu). Druhou část tvoří přímý polykací test, začínající podáním zahuštěné tekutiny. Hodnotíme polykání jako nemožné, obtížné a úspěšné. Pokud je úspěšné a nedojde k nedobrovolnému kašli, vytékání slin a změně hlasu následuje zkouška zahuštěnou tekutinou. Pacient bez poruchy polykání dosáhne skóre 20 bodů (Trapl et al., 2007).

Daviesova screeningová metoda poruch polykání – začíná posouzením vědomí a upravením polohy pacienta do vzpřímené. Test zahajujeme podáním jedné lžičky vody, pokud pacient má snahu polknout nebo tekutinu polkne, pokračujeme druhou lžičkou vody. Pokud nastanou příznaky neschopnosti polknutí, je doporučeno nepodávat nic ústy a kontaktovat logopeda. Bez obtíží pokračujeme jako v předchozím případě třetí lžičkou vody a postup je opět stejný. Následuje podání půl skleničky vody a zhodnocení polknutí. Pokud se u pacienta nevyskytly potíže s polykáním, pokračujeme postupnou implementací stravy a tekutin do jídelníčku. Stále pacienta monitorujeme a podle potřeby screening opakujeme (Lees et al., 2006).

Masseyova screeningová metoda poruch polykání – se skládá ze čtrnácti položek. V prvních dvanácti hodnotíme, zda je pacient schopen uposlechnout výzvy, špatně vyslovuje nebo komolí slova, má obtíže s řečí nebo porozuměním slovům, je schopen zatnout zuby, stisknout rty, má symetrické tváře při pohybu, jazyk ve střední linii, uvulu ve střední linii, dávicí reflex, schopnost volního zakašláni, polykání slin a polykací reflex. Hodnocením jsou odpovědi ANO a NE. Pokud je všech dvanáct otázek zodpovězeno ANO, přistupujeme k třinácté části, kterou je podání lžičky vody. Čtrnáctou poslední položkou je podání šedesáti mililitrů vody v hrnečku, pokud pacient toleroval předchozí podání lžičky vody (Massey a Jedlička, 2002).

1.3.2 Metoda subjektivního hodnocení polykání

Eating Assessment Tool (EAT-10) – tato metoda dotazníkového šetření je překladem anglického originálu, jehož podstatou je subjektivní zhodnocení vlastní schopnosti polykat (Belafsky et al., 2008). Jedná se o deset otázek zaměřených na počínající či vážné problémy související s polykáním. Každou otázku hodnotí klient na stupnici od nula do čtyř bodů, dle vnímání závažnosti dané položky (0b. bez obtíží; 4b. velký problém) (Benešová a kol., 2011).

1.3.3 Standardizované dotazníky kvality života v souvislosti s poruchou polykání

Swallowing-related Quality of Life – česká verze (SWAL-QOL-CZ) je standardizovaný dotazník přeložený z anglického originálu doktorem Michalem Černým, s jehož souhlasem ho ve své práci zveřejňuji. Dotazník je zaměřen na posouzení kvality života u pacientů s poruchami polykání. Je členěn do třinácti oblastí, skládajících se ze subjektivního posouzení jednotlivých podotázek na bodové škále od jednoho do pěti bodů. Jedná se o zhodnocení (vlastní situace, každodenního stravování, výskytu obtíží, stravovacích návyků, potíží s komunikací, svých obav, pocitů, charakteristiky společenského života a častosti výskytu jednotlivých příznaků v období posledního měsíce). Dále zahrnuje užívání sondy, konzistenci stravy a tekutin za poslední týden a celkové zhodnocení zdravotního stavu. Dotazník nabízí i prostor na uvedení vlastních připomínek či dotazů ohledně vyplnění.

Swallowing-related Quality of Care – česká verze (SWAL-CARE-CZ) - opět se jedná o standardizovaný dotazník, přeložený z anglického originálu doktorem Michalem Černým, zaměřený tentokrát na spokojenost pacientů s dysfagií se zdravotní péčí. Zahrnuje zhodnocení

míry informovanosti o dysfagii a zkušenosti s odborníky za poslední tři měsíce. Jednotlivé podotázky jsou hodnoceny na šesti bodové stupnici od jednoho do šesti bodů.

University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL) - tento dotazník hodnotí zdraví a kvalitu života u seniorů s nádorovým onemocněním za posledních sedm dní. Je členěn do dvou částí. První z nich tvoří dvanáct oblastí s jednou možnou odpovědí z výběru tří až pěti možností. Jsou to (bolest, vzhled, činnosti, rekreace, polykání, žvýkání, řeč, rameno, chuť, sliny, nálada a úzkost). Závěrečná otázka této části obsahuje shrnutí nejzávažnějších problémů s výběrem třech z těchto dvanácti oblastí. Druhou část tvoří obecné otázky, týkající se zhodnocení zdraví a kvality života měsíc před rozvojem příznaků rakoviny, v uplynulém týdnu a posouzení komplexního náhledu na kvalitu života (radosti ze života) s výběrem z pěti až šesti možností. Dotazník poskytuje i prostor pro vypsání dalších oblastí důležitých pro kvalitu života daného jedince (Weymuller et al., 2001).

The M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) je zaměřen cíleně pro hodnocení dopadu poruch polykání na kvalitu života u pacientů s nádory hlavy a krku. Jedná se o subjektivní hodnocení dvaceti otázek na stupnici složené z pěti úrovní (od absolutního souhlasu po absolutní nesouhlas). Jsou to rozmanité otázky z bio-psycho-sociální problematiky poruch polykání (Chen et al., 2001).

The Mayo Dysphagia Questionnaire (MDQ-30) - jedná se o dokumentaci spolehlivosti a platnosti nástroje pro intervenční studie u dospělých pacientů s onemocněním jícnu, jejímž cílem bylo vyvinutí 30 denního dotazníku jako nástroje pro měření jícnové dysfagie (McElhiney et al., 2010).

2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Ve stáří čelí jedinec celému spektru změn, které by se daly rozdělit do třech základních rovin. Jsou to změny tělesné, psychické a sociální. Reakce na tyto změny jsou ryze individuální, ovlivněny osobností seniora, odezvou jeho okolí a také možnostmi získání pomoci v oblastech, které již nezvládne sám (Venglářová, 2007). Ve stáří se mění priority a mohou i klesat nebo naopak vzrůstat nároky. Paradoxem bývá, že vážně nemocní senioři považují kvalitu svého života za vcelku dobrou a jiní senioři v podstatě méně nemocní, vnímají kvalitu života spíše negativně. K měření kvality života u seniorů používáme subjektivní metody hodnocení z důvodu rozdílnosti chápání tohoto pojmu, který se může starším lidem zdát neurčitý, nevypovídající. Subjektivní hodnocení je vhodné také především proto, že se může u různých jedinců posouzení zdánlivě stejné situace zásadně lišit (Ort, 2004).

Kvalita života není zaměřena jen na dlouhověkost, k níž nám dopomáhá moderní medicína, ale především na pestrost, vyplnění času a naplnění samotného života. Cílem by měla být snaha o zachování dosavadních aktivit v oblasti fyzické, psychické i sociální (Venglářová, 2007). Definice kvality života není jednoznačná, existuje několik verzí, které tento složitý a velmi široký pojem vystihují.

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Světová zdravotnická organizace, 1994).

2.1 Metody měření kvality života u seniorů

Kvalitu života posuzujeme z různých hledisek. Výběr nástroje pro měření je ovlivněn několika faktory, jejichž společnými znaky mohou být například kvalita života, senioři a poruchy polykání. Existují různé metody, jejichž společným cílem je zmapovat jednotlivé oblasti kvality života, které mohou být touto problematikou ovlivněné. Je možné použít dotazníkové metody, které jsou ve světě nejrozšířenější pro svoji obsáhlou škálu, nebo metodu strukturovaného rozhovoru.

2.1.1 Dotazníkové metody

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-100) - jedná se o dotazník subjektivního hodnocení kvality života, zdraví a ostatních životních situací

klienta za posledních čtrnáct dní. Obsahuje sto otázek, rozdělených do šesti kategorií zahrnujících fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualitu, a tyto dělí do dalších dvaceti čtyř podoblastí.

WHOQOL-BREF – jedná se o zkrácenou verzi WHOQOL-100 pro potřeby klinické praxe ze sta na dvacet šest zkoumaných položek se čtyřmi hlavními doménami (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). V současnosti existuje v padesáti jazycích.

WHOQOL-OLD – dotazník zaměřen na úzké spektrum oblastí důležitých pro seniory: fungování smyslů, nezávislost, naplnění cílů z minulosti, přínosu v přítomnosti a budoucnosti, sociální zapojení v kontaktu s lidmi a dostatku smysluplných činností. Jsou zde zahrnuty i otázky, vtahující se k intimitě a postoji k umírání a smrti.

Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) – tento dotazník, vytvořen Světovou zdravotnickou organizací, se zajímá o postoje seniorů ke stárnutí a stáří. Tvoří jej tři základní domény (fyzické změny, psychosociální ztráty a psychický růst), které jsou rozděleny do dvaceti čtyř položek.

Short Form Health Survey (SF-36) – dotazník je určen nemocným osobám s určitou diagnózou a zjišťuje kvalitu života v nemoci, vnímání vlastního zdravotního stavu za poslední čtyři týdny a změny za poslední rok.

Euro Qol (EQ-5D) – v dotazníku se hodnotí tři úrovně pěti okruhů (pohyblivost, sebeobsluha, běžné aktivity, bolest / dyskomfort, úzkost / deprese). Byl vyvinut v Evropě a výsledky zároveň zaznamenává do vizuální analogové škály.

Quality of Life – Alzheimer's Disease (QOL-AD) – krátký dotazník je využíván u osob s demencí a zaměřuje se na hodnocení stavu (samotným klientem v prvotních fázích onemocnění nebo pečovateli). Obsahuje třináct položek (fyzické zdraví, energie, nálady, životní situace, paměť, rodina, partnerství, přátelé, práce v domácnosti, zábava, peníze, posouzení vlastní osoby a života jako celku).

2.1.2 Škály

Mini-Mental State Examination (MMSE) – škála určená pro měření kognitivních funkcí (Ondrušová, 2009).

Visual analogue scale (VAS) – celým názvem vizuální analogová škála slouží pro záznam subjektivního posouzení celkového stavu. Na deseticentimetrové přímce je na jedné straně vyznačen celkový stav pacienta jako mimořádně dobrý a na straně druhé celkový stav pacienta jako mimořádně špatný. Zde označí lékař, sestra, rodinný příslušník a pacient ležatým křížkem místo mezi tyto extrémy, který odpovídá pacientovu aktuálnímu stavu.

Activities of Daily Living Scale (ADL) – škála každodenních činností zahrnuje aktivity běžného života (koupání, odívání, toaletu, přesun, kontinenci a příjem potravy). Zjišťujeme pomocí ní míru soběstačnosti či závislosti pacienta.

2.1.3 Metoda strukturovaného rozhovoru

The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) – klient vyjmenuje pět nejdůležitějších životních cílů. Metodou analýzy názoru a přesvědčení zjišťujeme důležitost jednotlivých smyslů života, hlubší význam a interpretaci. Zaznamenávána je i míra uspokojení a dosahování vytyčených cílů (Křivohlavý, 2003).

2.2 Kvalita života u pacientů s poruchou polykání

Poruchy polykání bezpochyby ovlivňují život nemocných ve společnosti i rodině. Porucha příjmu potravy a tekutin vede k úbytku na váze a snížení fyzické výkonnosti. Nemocný již není schopen zastávat své obvyklé funkce v rodině, z čehož vyplývá ztráta jeho sociální role a pozice. Snaha zakrývat problém může vyústit až v sociální izolaci jedince z důvodu neochoty stravování ve společnosti, s rodinou a přáteli. Reakcí na tuto změnu bývá často deprese z důvodu narušení běžného životního rytmu a případné izolace (Tedla a kol., 2009).

Deprese

Jedná se o závažné, ale léčitelné onemocnění, jemuž je nutno přikládat velký význam a to především ve stáří. Deprese způsobí narušení běžných životních funkcí a zhoršení zdravotního stavu. Podstatou kvalitní léčby je včasné odhalení příznaků v chování a prožívání

klienta. Staří lidé mají tendenci příznaky bagatelizovat, deprese se projeví méně viditelně a hrozí její zaměnění za běžné známky stáří.

Mezi obvyklé příznaky deprese patří: zhoršení soustředění a pozornosti, snížení sebedůvěry, pocit viny, smutek, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, ztráta plánování do budoucna, myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškození.

Mezi specifika deprese u seniorů patří povšechnější klinický obraz, symptomy jsou nepatrné, zhoršují se somatické projevy a zvyšuje se citlivost k bolesti, vzniká rezistence na léčbu a obtíže přecházejí do chronicity. U seniorů se mohou vyskytnout i projevy podrážděnosti až agresivity, jak slovní tak fyzické, vůči svému okolí, pečujícím osobám i blízkým, jako pouhá forma obrany jedince v pro něj bezvýchodné, nezvladatelné situaci (Kalvach a kol., 2008).

Nejjednodušším nástrojem, jak vyhledat tyto projevy, je schopnost aktivního naslouchání a to nejen blízkých, ale také pečujícího personálu. Kromě pozorování těchto změn můžeme zjistit výskyt depresivních poruch orientačně pomocí Škály geriatrické deprese dle Yassavage (příloha 1, str. 76) (Venglářová, 2007).

Léčba se skládá z několika úrovní. Psychoterapie pomáhá v hledání a odstraňování spouštěcích faktorů především u lehčích forem. U závažnějších depresí přistupujeme i k farmakoterapii, jejímž cílem je zmírnění až úplné odstranění příznaků pomocí moderních antidepresiv. Při jejich užití u seniorů je důležité posoudit celkový stav, a to především vliv sedativního účinku některých antidepresiv na vznik rizika pádu. Nedílnou součástí terapie je i léčebný režim, který nenásilnou metodou včleňuje klienta zpět do běžného stylu trávení dne, z něhož se vlivem deprese separoval (Venglářová, 2007).

Sociální izolace

Představuje jeden z možných důsledků poruch polykání u seniorů. Může začít prostou snahou o oddělené stravování a vyústit až ve společenskou odloučenost. Jedinci je nepříjemné stravovat se v rodinném kruhu či komunitě. Časem se může stranit i společných aktivit ve snaze skrýt svůj problém s polykáním, který senioři často nevidí jako nemoc, s níž by měli navštívit lékaře. Vnímají ji spíše jako součást stáří. Mají snahu se s ní sami vyrovnat a jako nedostatek ji skrýt před svým okolím. Úsilí zatajit svůj problém vede k oddělení seniora od jeho blízkého okolí, což ho výrazně omezuje a snižuje kvalitu jeho života (Chen et al., 2009).

3 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

V dnešní době existuje hned několik stupňů péče o seniory. Od zájmových spolkových činností až po komplexní péči nabízenou zdravotnickými zařízeními následné péče či zdravotně sociálními institucemi. V této kapitole bych chtěla zmínit základní rozdíly mezi nimi.

3.1 Zdravotně sociální instituce

Tyto instituce poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu vysokého věku či špatného zdravotního stavu, který vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby.

3.1.1 Domovy pro seniory

Zajišťují komplexní péči v podmínkách napodobujících co nejvíce domácí prostředí. Jsou určeny seniorům, jejichž nepříznivá zdravotní či sociální situace jim již neumožňuje žít ve vlastní domácnosti.

Poskytované služby zahrnují několik základních činností a úkonů. Ubytování včetně úklidu, praní, péči o ložní prádlo a ošacení. Strava dle potřeb a zásad racionální výživy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel. Pomoc s běžnými denními úkony (vstávání, přesun, oblékání, stravování, hygiena, vyprazdňování). Kontakt se společenským prostředím, podpora aktivit, styku s rodinou, informace ze světa dle dostupných možností (noviny, televize, internet). Pomoc v právních záležitostech (Česko, 2006).

3.1.2 Domovinky

Jedná se o denní nebo týdenní stacionáře, kam senioři dochází nejčastěji ze svého domácího prostředí. V případě denního stacionáře dochází senior z domu do Domovinky každý den na určitý počet hodin. Nejčastěji od pondělí do pátku s výjimkou státních svátků. Týdenní stacionář je již formou ubytovacího zařízení. Poskytuje své služby od pondělí do pátku s víkendovým pobytem v domácím prostředí. Kapacitně bývají zařízení mnohem menšího rozsahu než domovy pro seniory s desítkami až stovkami míst. Jedná se řádově o 7-10 klientů. Přehled základních činností denního a týdenního stacionáře je uveden v příloze 2 (str. 77) (Česko, 2006).

3.2 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení můžeme rozdělit do tří skupin. Na zdravotnická zařízení nemocničního typu (geriatrická oddělení), zařízení ústavní paliativní péče (hospic) a zařízení zdravotní ústavní péče (léčebny dlouhodobě nemocných) (Česko, 2006).

3.2.1 Zdravotnická zařízení nemocničního typu

Představují lůžková oddělení v nemocnici pro geriatrické pacienty, osoby starší 65 let. Diagnostika a léčba je zaměřena na specifika nemocí vyššího věku s rozsáhlou mezioborovou spoluprací. Prolíná se zde zdravotní péče se sociální problematikou, které spolu ve stáří úzce souvisí (Bruthansová, 2000).

3.2.2 Zařízení ústavní paliativní péče

Jsou zaměřena na kvalitu života u nevléčitelně nemocných v pokročilém nebo terminálním stadiu. Hlavním cílem je zmírnění bolesti, zachování důstojnosti klienta a podpora blízkých s úmyslem udržet nejvyšší možnou úroveň kvality života.

Tyto služby mohou být poskytnuty v rámci samostatných lůžkových zařízení (hospic) nebo na odděleních paliativní péče v nemocnicích (Česko, 2006).

3.2.3 Zařízení zdravotní ústavní péče

Jsou zde poskytovány pobytové sociální služby osobám, které již nepotřebují ústavní zdravotní péči, ale zároveň jim jejich zdravotní stav neumožňuje obejít se bez pomoci druhé osoby. Jsou zde umístěny do doby, než jim bude zajištěna pomoc od druhé osoby (rodina, pečovatel) nebo ambulantní a terénní sociální služby či zajištění ubytování v zařízení sociálních služeb. Jedná se o léčebny dlouhodobě nemocných. Přehled základních činností zařízení je uveden v příloze 3 (str. 77) (Česko, 2006).

3.3 Volnočasové organizace

Jedná se podle § 66 zákona 108/2006 Sb. o sociálně aktivizační služby pro seniory. Tyto organizace zahrnují do svého programu základní činnosti podle odstavce 1 tohoto zákona (příloha 4, str. 77). Náplň se liší dle jednotlivých organizací. V Pardubickém kraji se jedná

o kroužky jako jóga, zdravotnická cvičení, paličkování, trénink paměti, jazykové kurzy (angličtina, němčina) a mnohé další. Součástí jsou i výlety nebo návštěvy kulturních zařízení (divadla, muzea, hrady a zámky) (Česko, 2006).

II ČÁST VÝZKUMNÁ

4 CÍLE VÝZKUMU

1. Zjistit změny při polykání u osob starších 65 let pomocí subjektivního hodnocení vlastní schopnosti polykat za použití nástroje EAT-10.
2. Stanovit četnost potíží s polykáním a jejich míru u zkoumaného vzorku respondentů.
3. Zjistit dopad potíží s polykáním na oblast psychickou a sociální u seniorů v rámci otázek dotazníku EAT-10.
4. Porovnat výsledky sběru dat s výzkumnou studií, která proběhla v roce 2010 (za použití metody subjektivního hodnocení schopnosti polykat EAT-10).

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY/HYPOTÉZY

Výzkumná otázka č. 1:

Mají potíže s polykáním tuhé stravy souvislost s neochotou respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních?

H_0 : Neochota respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních může souviset s potížemi s polykáním tuhé stravy.

H_A : Neochota respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních nesouvisí s potížemi s polykáním tuhé stravy.

Výzkumná otázka č. 2:

Bude míra potíží s polykáním tuhé stravy subjektivně vnímána respondenty stejně jako míra stresu z polykání?

H_0 : Míra potíží s polykáním tuhé stravy je u respondentů subjektivně stejná jako míra stresu z polykání

H_A : Míra potíží s polykáním tuhé stravy není u respondentů subjektivně stejná jako míra stresu z polykání

Výzkumná otázka č. 3:

Souvisí potíže s polykáním tuhé stravy a potěšení z jídla u respondentů?

H_0 : Potíže s polykáním tuhé stravy mohou souviset se sníženým potěšením z jídla.

H_A : Potíže s polykáním tuhé stravy nesouvisí se sníženým potěšením z jídla.

6 METODIKA VÝZKUMU

Ke sběru dat byl použit rozhovor založený na dotazníkovém šetření pomocí nástroje EAT-10. Vzhledem k tomu, že se jednalo o subjektivní hodnocení klientovy schopnosti polykat, byl jako součást dotazníku použit předtest orientačního vyšetření kognitivních funkcí respondentů Mini-Cog. Tento test umožnil zhodnotit kognitivní úroveň respondentů a současně vyřadil ze sběru dat ty klienty, jejichž kognitivní schopnosti byly natolik sníženy, že by nedokázali smysluplně odpovědět na otázky v dotazníku EAT-10.

6.1 Mini-Cog

Tento test sloužil jako screening kognitivních schopností respondentů (test zapamatování a zopakování tří slov, test hodin) (Borson et al., 2006). Byl rozdělen do tří částí. V první z nich respondent zopakoval tři slova dle vzoru (příloha 5, str. 78), která mu byla řečena. Tím je uložil do své krátkodobé paměti. Ve druhé části respondent zapsal čísla do kruhu na papíře představující ciferník ručičkových hodin tak, aby odpovídaly číslům na hodinách. Následně zakreslil ručičky, ukazující předem stanovený časový údaj (příloha 6, str. 79). Úkolem respondenta bylo splnit všech šest kritérií testu hodin pro obdržení 2 bodů (jsou přítomna všechna čísla 1-12; je každé číslo (1-12) zobrazeno jen 1x; jsou všechna čísla zobrazena ve správném pořadí; jsou všechna čísla zobrazena ve správném směru (směru hodinových ručiček); jsou přítomny dvě ručičky jakékoliv délky; ukazuje jedna ručička na 8 a druhá na 4, znázorňuje čas 8:20) (příloha 7, str. 80). Třetí, poslední částí, bylo zopakovat tři slova zadaná na začátku testování. Za ně mohl klient obdržet 0-3 body podle počtu správně zopakovaných slov (0b. žádné, 3b. všechna správně zopakovaná slova). Výstupem předtestu byl součet bodů za obě části a stanovení časového údaje v minutách, který respondent k řešení Mini-Cogu potřeboval. Aby klient prošel předtestem a mohl pokračovat ve vyplnění dotazníku EAT-10, musel dosáhnout bodového skóre ve výši minimálně 3 bodů z 5 možných. K tomu potřeboval splnit všech šest kritérií testu hodin a vzpomenout si minimálně na jedno slovo ze vzoru nebo v případě, že nesplnil test hodin, musel si vzpomenout na všechna tři slova ze vzoru, jinak na otázky obsažené v dotazníku EAT-10 již neodpovídal.

6.2 EAT-10

Je metodou subjektivního hodnocení vlastní schopnosti polykat přeloženou z anglického originálu (Belafsky et al., 2008). Jedná se o desetipoložkový dotazník, zabývající se změnami v souvislosti s polykáním. Otázky jsou zaměřeny na počínající až vážné potíže ve vztahu se ztrátou hmotnosti, neschopností zajít si někam na jídlo, polykáním tekutin, tuhé stravy, pilulek, bolestí při polykání, potěšením z jídla, zadržáváním jídla v krku, kašlem či stresem z polykání (příloha 8, str. 81). Každá položka dotazníku byla hodnocena na bodové škále od 0 do 4 bodů. Nula znamenala, že je klient v dotazované oblasti bez obtíží a čtyřka naopak, že je pro něj tato položka velkým problémem. Na závěr byly body sečteny a zaznamenán celkový počet bodů (maximálně 40 bodů). Současně byl sledován čas nutný k vyplnění dotazníku.

6.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo od 1. března do 30. listopadu roku 2011. Oslovení respondentů se konalo v celkem šesti zdravotně sociálních institucích (domovy seniorů), volnočasových organizacích (seniorské spolky) a zdravotnických zařízeních (geriatrická oddělení) Pardubického kraje.

Výběr respondentů byl záměrný a omezen věkovou hranicí 65 let a více. V oslovených zařízeních došlo nejprve k primárnímu výběru klientů převážně ošetřujícími personálem. Hlavním kritériem byl již zmíněný seniorský věk respondentů, dále schopnost dorozumět se s výzkumným pracovníkem a nepřítomnost závažného kognitivního deficitu. Tímto výběrem prošlo ze všech oslovených zařízení 188 klientů. Další podmínkou k zahájení sběru dat byl souhlas klienta s podmínkami výzkumu prostřednictvím informovaného souhlasu, s nimiž byl seznámen výzkumným pracovníkem a svůj souhlas stvrdil podpisem (příloha 9, str. 82).

S vyplněním dotazníku souhlasilo 154 ze 188 oslovených seniorů. Předtestem Mini-Cog prošlo 118 respondentů, kteří následně zodpověděli otázky v desetipoložkovém dotazníku EAT-10. Průměrný věk respondentů byl 80,7 let, přičemž nejmladšímu respondentovi bylo 65 let a nejstaršímu 91 let.

6.4 Zpracování dotazníku

Veškerý sběr dat byl veden osobně formou rozhovoru, čímž se zamezilo jejich neúplnému či špatnému vyplnění. Zápis do bodové škály dotazníku EAT-10 prováděl pokaždé proškolený pracovník. Došlo tak k zajištění správného přiřazování bodů k jednotlivým otázkám a zároveň tím bylo umožněno zahrnout do sběru dat i ty respondenty, jejichž zrakový deficit nebo nemožnost psaní z jakéhokoliv důvodu, by jim znemožňovala dotazník vyplnit.

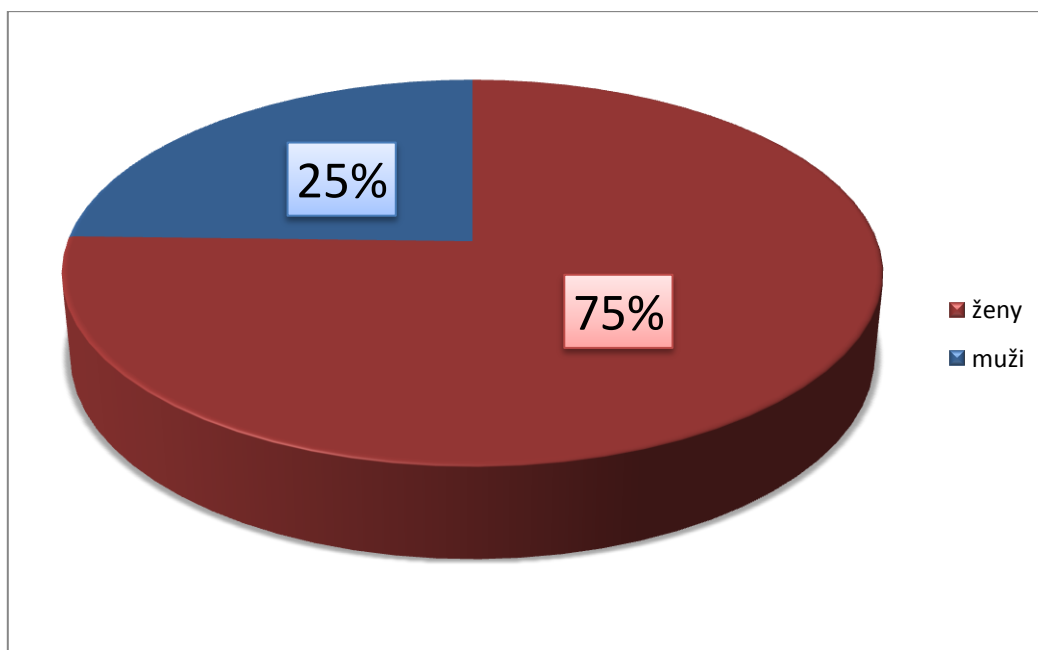
Dotazníky byly zpracovávány průběžně po každém sběru dat v programu Microsoft Office Excel a jako celek vyhodnoceny na konci výzkumu v listopadu 2011. Do podrobného zpracování výsledků byli zahrnuti pouze respondenti, kteří prošli předtestem Mini-Cog a vyplnili desetipoložkový dotazník EAT-10. Tito respondenti byli následně rozděleni na seniory udávající potíže s polykáním (minimálně jedna z položek dotazníku hodnocena body 1-4) a seniory bez potíží (všechny položky označeny 0 body). Do vyhodnocení četnosti potíží byly zahrnuty otázky označeny 1-4 body. Míra potíží byla stanovena u otázek hodnocených 1-4 body jako aritmetický průměr. Testování hypotéz proběhlo pomocí Wilcoxonova párového testu, zjišťujícího vztah mezi dvěma otázkami. Porovnání proběhlo pouze u respondentů, kteří označili alespoň jednu z otázek 1-4 body. Tuto metodu jsme zvolili, protože v našem případě číselné hodnoty zastupují subjektivní posouzení potíží. Nejedná se tedy o numerické hodnoty, nýbrž o nominální, pro které jsou vhodné neparametrické testovací metody. Naším cílem bylo zjištění vztahu mezi dvěma otázkami, proto jsme zvolili neparametrický párový test.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

7.1 Analýza výsledků šetření

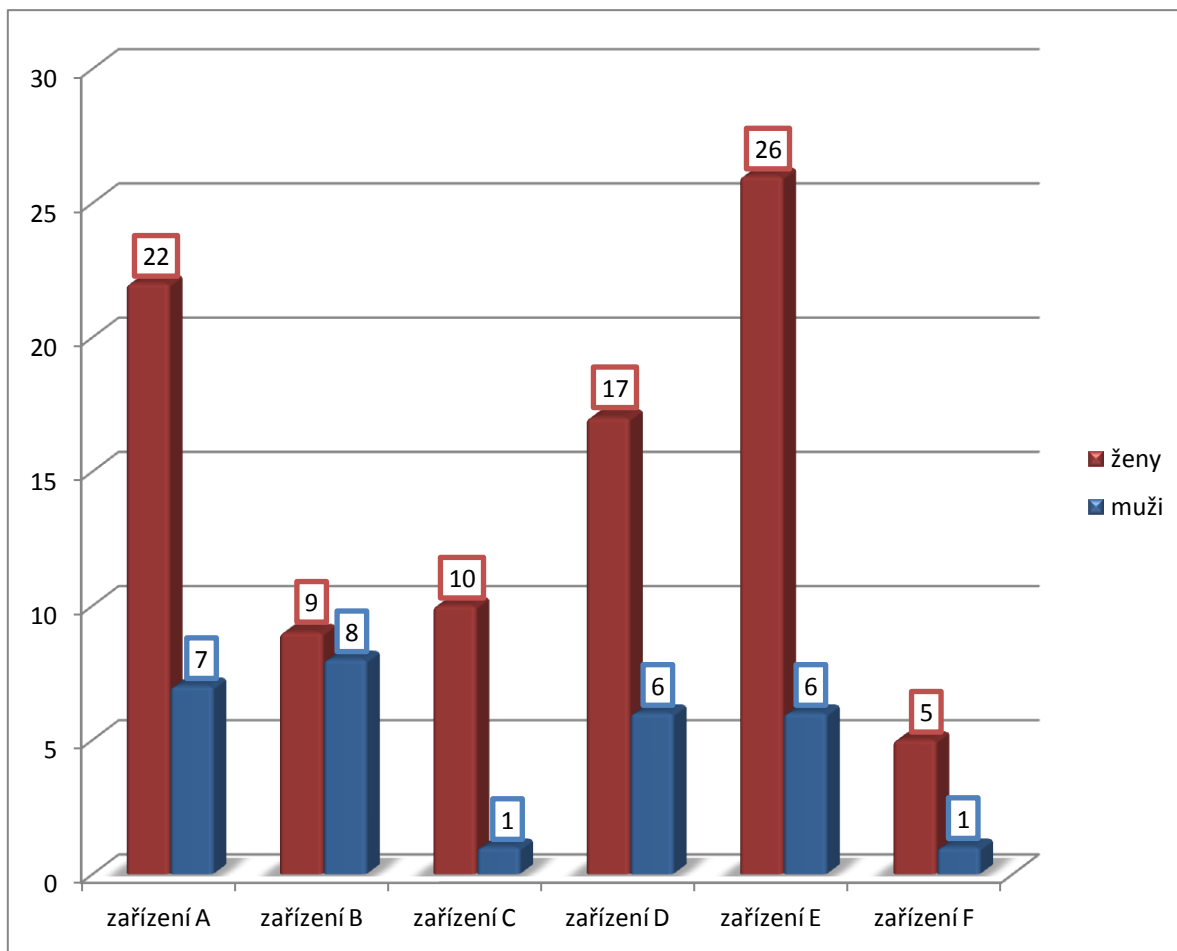
Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel. Výsledky byly vyjádřeny v tabulce nebo grafu. Obsahují údaje absolutních (počet odpovědí) nebo relativních četností (procentuální zastoupení). Procentuální vyjádření jsem provedla podle statistického vzorce $f_i = (n_i / n) \times 100$ (f_i – relativní četnost v procentech, n_i – absolutní četnost, n – celkový počet respondentů).

7.1.1 Rozdělení respondentů podle pohlaví



Obr. 1 Graf počtu mužů a žen vyplňujících EAT-10 (relativní četnost)

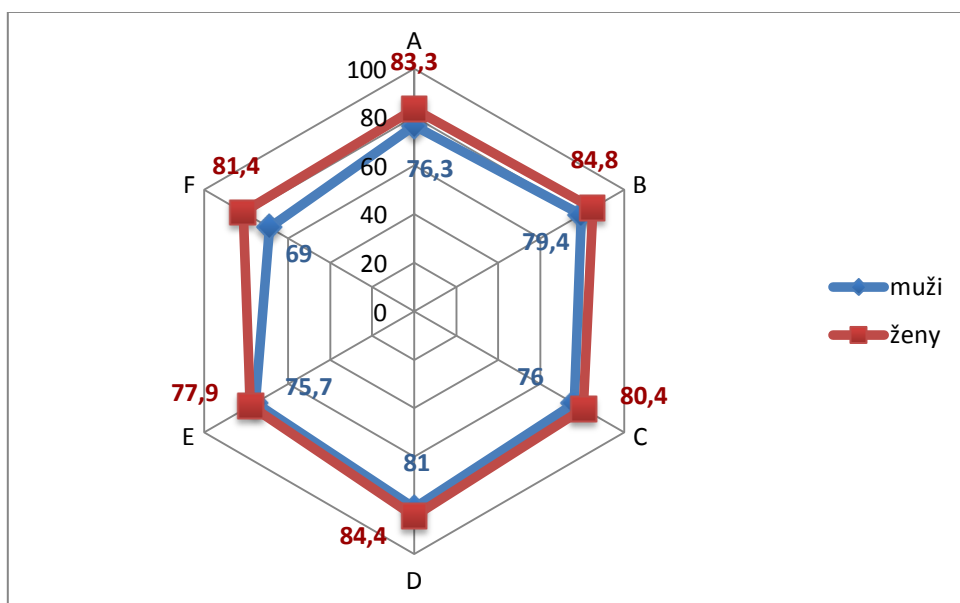
Ze 188 respondentů, kteří prošli předtestem Mini-Cog a následně odpovídali na otázky v EAT-10 jich 89 (75 %) bylo pohlaví ženského a 29 (25 %) pohlaví mužského. Ženy v našem vzorku respondentů tvořily tříčtvrtinovou většinu.



Obr. 2 Graf rozvrstvení pohlaví respondentů v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)

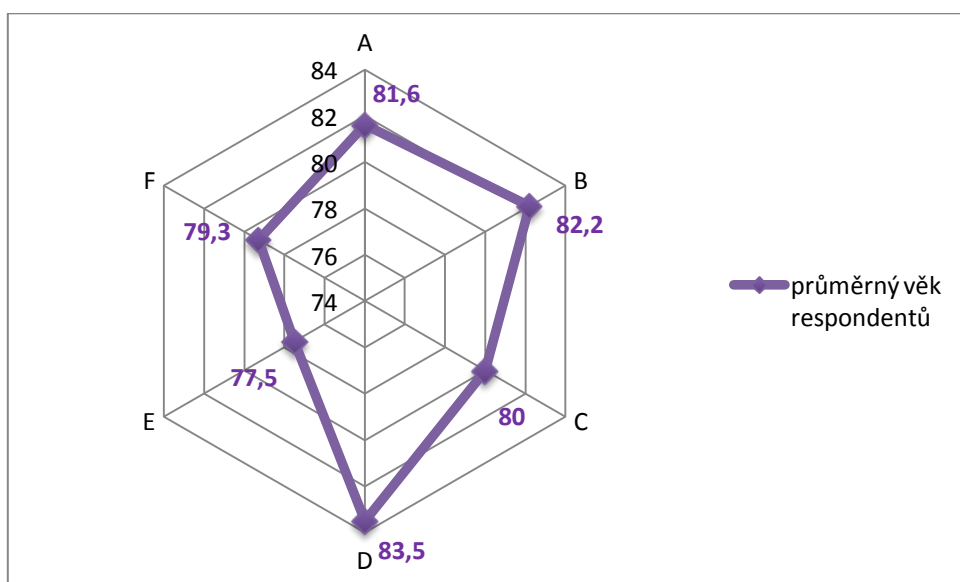
V grafu můžeme vidět, že ve všech pěti zařízeních převažovaly ženy, a to o více jak 50 %. V zařízení A prošlo předtestem Mini-Cog a následně odpovídalo na otázky v EAT-10 22 (76 %) žen a 7 (24 %) mužů. V zařízení B to bylo 9 (53 %) žen a 8 (47 %) mužů. V zařízení C uspělo v předtestu 10 (91 %) žen a 1 (9 %) muž. V zařízení D to bylo 17 (74 %) žen a 6 (26 %) mužů. V zařízení E 26 (81 %) žen a 6 (19 %) mužů a v zařízení F 5 (83 %) žen a 1 (17 %) muž.

7.1.2 Rozdělení respondentů dle průměrného věku



Obr. 3 Graf rozdělení respondentů dle průměrného věku a pohlaví v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)

Z grafu je patrné, že ženy měly v našem výzkumném vzorku vyšší věkový průměr než muži. Největší věkový rozdíl mezi pohlavími byl v zařízení F a to 12,4 let.

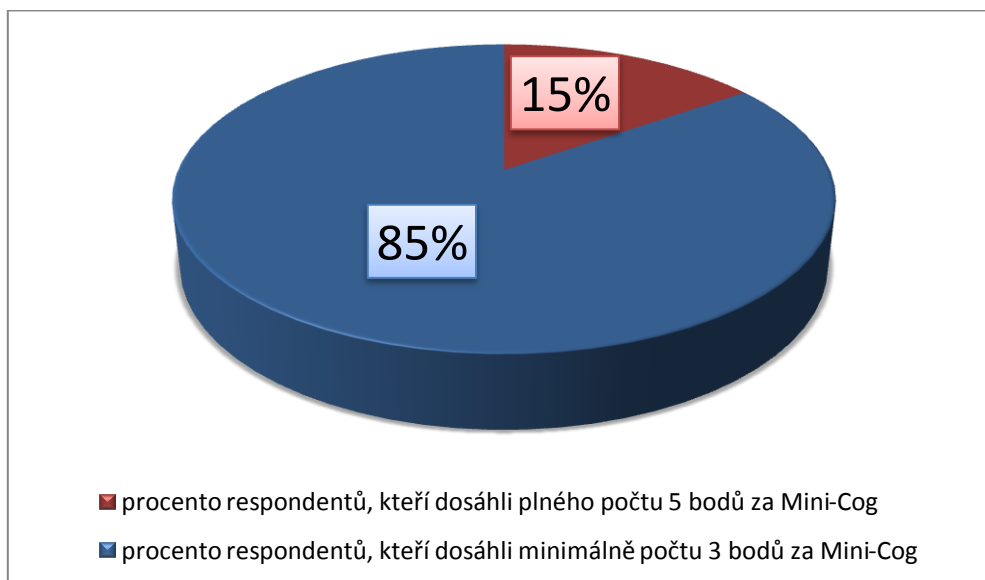


Obr. 4 Graf průměrného věku respondentů v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)

Nejvyšší průměrný věk respondentů byl v zařízení D a to 83,5 let, zatímco vzorek respondentů s nejnižším průměrným věkem byl v zařízení E a to 77,5 let.

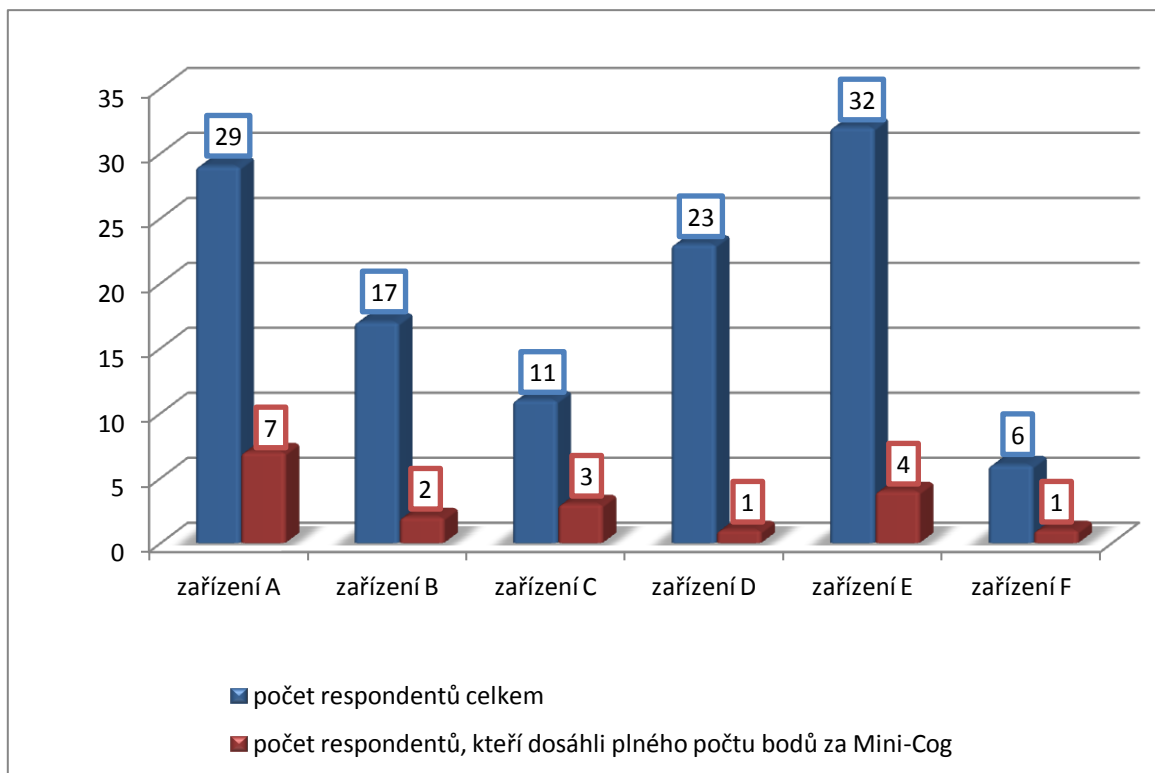
7.1.3 Úspěšnost vyplnění Mini-Cogu

Tímto předtestem prošlo 118 respondentů, kteří následně vyplnili dotazník EAT-10. V následujících grafech popisujeme nejvyšší úspěšnost splnění Mini-Cogu a dílčí úspěchy v jednotlivých jeho částech.



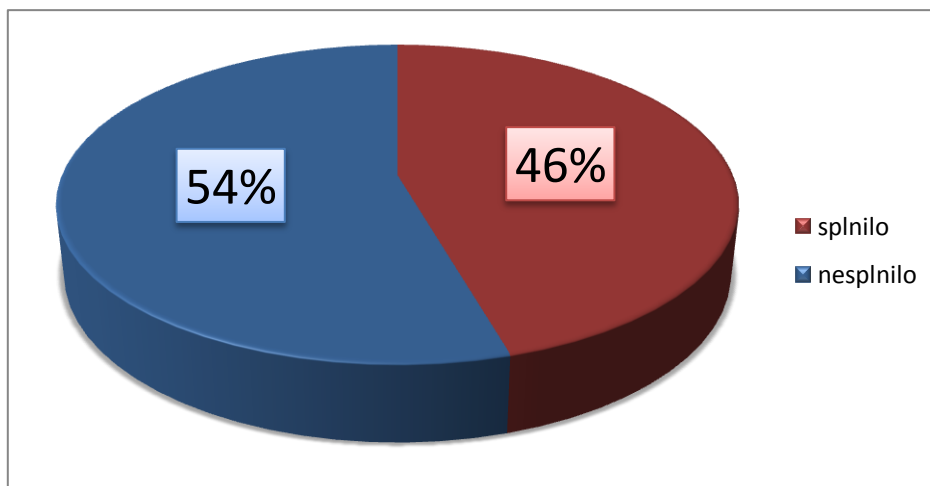
Obr. 5 Graf nejvyšší dosažené úspěšnosti v Mini-Cogu (relativní četnost)

Předtestem Mini-Cog prošlo celkem 118 respondentů. Maximálního počtu 5 bodů (zopakování 3 slov - 3 body a správného vyplnění testu hodin - 2 body) dosáhlo 18 ze 118 (15 %) respondentů. Zbytek 100 (85 %) respondentů dosáhlo menšího počtu bodů a to minimálně 3 bodů za obě části testu.



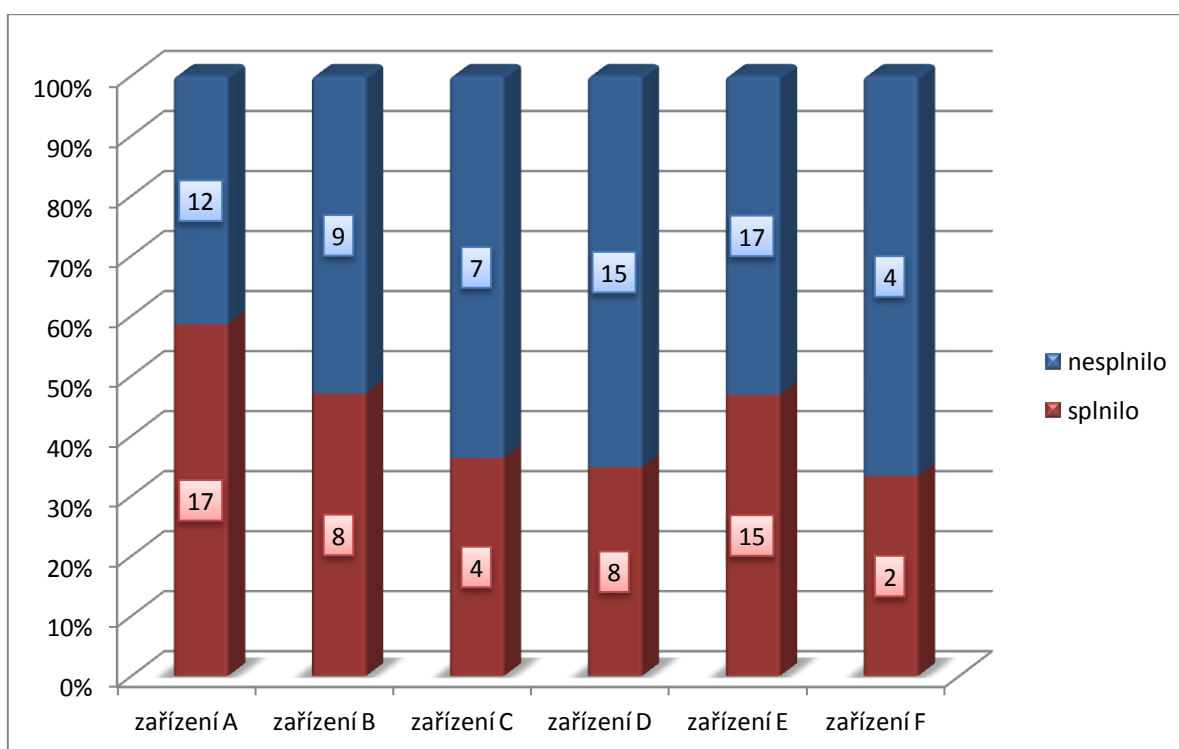
Obr. 6 Graf nejvyšší dosažené úspěšnosti v Mini-Cogu v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)

Nejvyšší úspěšnost v dosažení maximálního počtu bodů za Mini-Cog byla v zařízení C, kde počet 5 bodů získali 3 z 11 (27,27 %) respondentů. Na druhém místě se umístilo zařízení A s neúspěšnějšími 7 z 29 (24,14 %) respondentů. Třetí místo obsadilo zařízení F s 1 ze 6 (16,67 %) respondentů. V ostatních zařízeních byla úspěšnost menší, ale v žádném nebyla nulová.



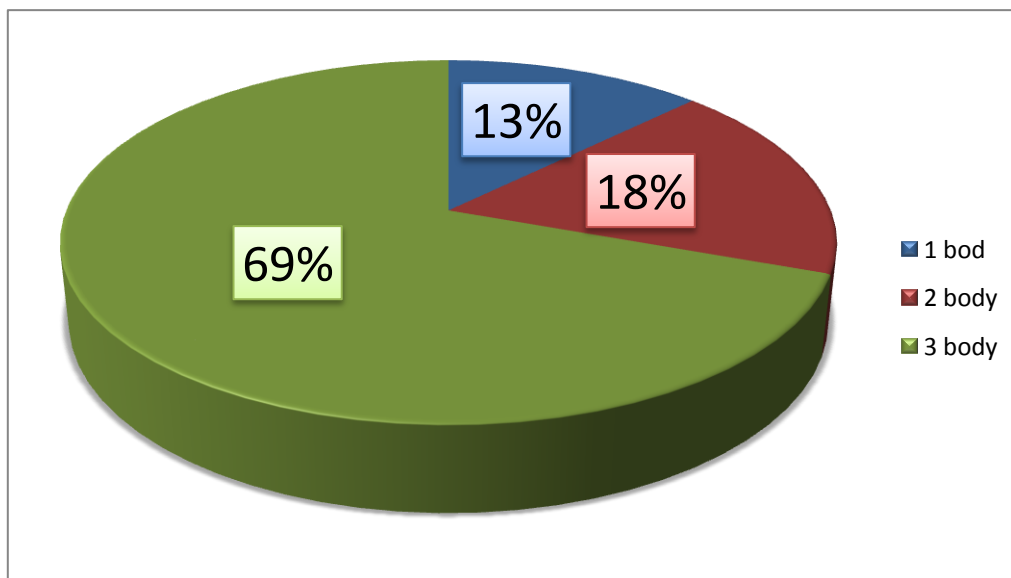
Obr. 7 Graf úspěšnosti vyplnění testu hodin (relativní četnost)

Všech šet kritérií (příloha 7, str. 80) pro splnění testu hodin splnilo 54 ze 118 (46 %) respondentů, kteří prošli předtestem Mini-Cog a nesplnilo 64 (54 %) respondentů.



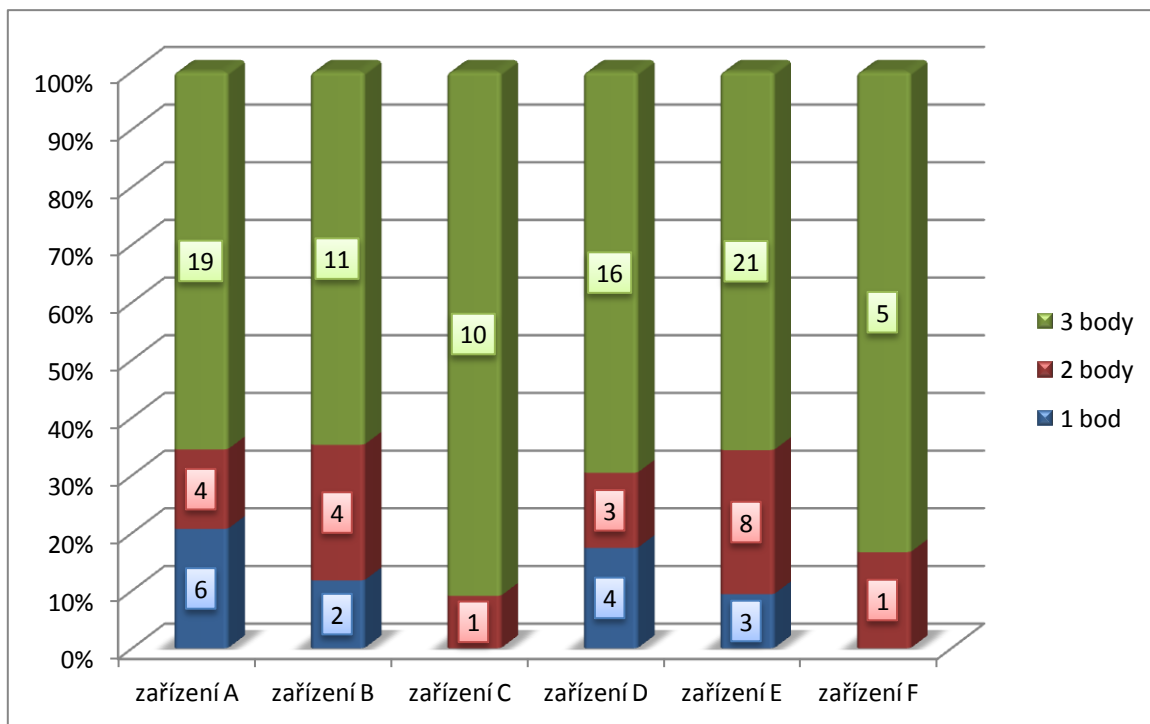
Obr. 8 Graf úspěšnosti vyplnění testu hodin v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)

V testu hodin byla úspěšnost vyšší než v testu zopakování tří slov pouze v zařízení A a to v 58,62 % u 17 respondentů. V ostatních zařízeních převažoval úspěch v testu zopakování tří slov a to nejvýrazněji v zařízení F, kde byla úspěšnost vyplnění testu hodin 33,33 % u 2 ze 6 respondentů.



Obr. 9 Graf dosaženého bodové skóre u zopakování tří slov dle vzoru (relativní četnost)

Z celkového počtu 118 respondentů si jich 82 (69 %) vzpomnělo po testu hodin na všechny tři slova zadanná na začátku testování, tedy dosáhli plného bodového skóre (3 body) za zopakování slov. Dvě slova si vybavilo 21 (18 %) respondentů a pouze na jedno si vzpomnělo 15 (13 %) respondentů.



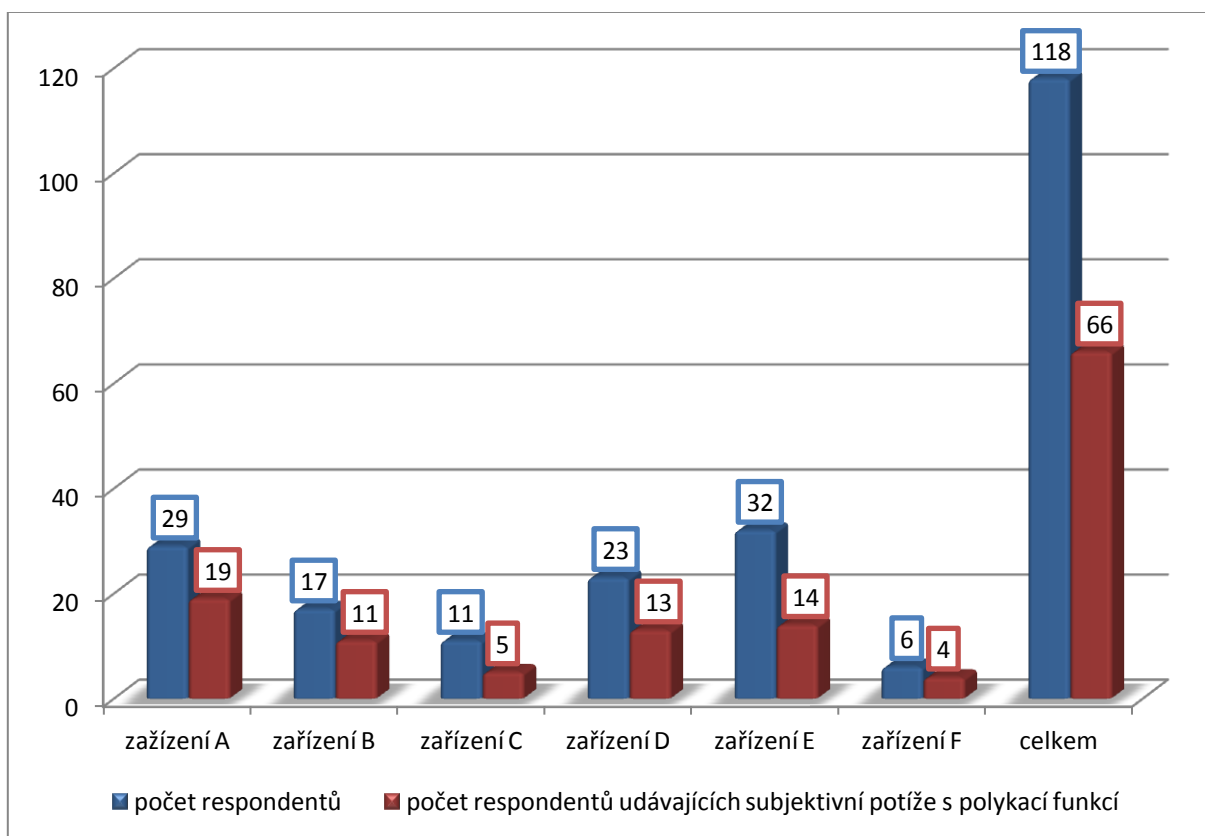
Obr. 10 Graf dosaženého bodového skóre u zopakování tří slov dle vzoru v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)

Nejvyšší úspěšnost při dosažení 3 bodů za zopakování tří slov byla v zařízení C, kde toto skóre získalo 10 z 11 (90,91 %) respondentů. Na druhém místě se umístilo zařízení F, ve kterém dosáhlo 3 bodů 5 ze 6 (83,33 %) respondentů. Třetí místo obsadilo zařízení D, na tři slova si zde vzpomnělo 16 z 23 (69,57 %) respondentů.

Dvou bodového skóre dosáhlo nejvíce respondentů v zařízení E a to 8 ze 32 (25 %) respondentů. Druhé místo obsadilo zařízení B, kde si na dvě slova vzpomněli 4 ze 17 (23,53 %) respondentů. Na třetí příčce se umístilo zařízení F s 1 ze 6 (16,67 %) respondentů.

Skóre 1 bodu získalo nejvíce respondentů v zařízení A a to 6 z 29 (20,69 %) respondentů. Druhé místo obsadilo zařízení D se 4 ze 23 (17,39 %) respondentů. Na třetím místě se umístilo zařízení B s počtem 2 ze 17 (11,76 %) respondentů.

7.1.4 Výskyt subjektivně vnímaných potíží s polykáním



Obr. 11 Graf počtu respondentů vyplňujících EAT-10 (absolutní četnost)

Celkem bylo testováno 118 respondentů. Subjektivní potíže s polykáním byly zjištěny u 66 (55,93 %) respondentů (alespoň jedna položka EAT-10 hodnocena 1-4 body).

Z grafu je názorně vidět, že ve čtyřech ze šesti zařízení se vyskytly potíže s polykáním u více jak poloviny respondentů. Konkrétně v zařízení A u 19 z 29 (65,52 %) respondentů, v zařízení B u 11 ze 17 (64,71 %) respondentů, v zařízení D u 13 z 23 (56,52 %) respondentů a v zařízení F u 4 ze 6 (66,67 %) respondentů.

7.1.5 Četnost potíží s polykáním

Tab. 1 Četnost označení jednotlivých otázek EAT-10 (1-4 body) (absolutní četnost)

POŘADÍ	OTÁZKA	respondenti udávající potíže
1. místo	otázka č. 9 „při jídle kašlu“	49
2. místo	otázka č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“	25
3. místo	otázka č. 4 „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“	19
3. místo	otázka č. 10 „polykání je pro mě stresující“	19
4. místo	otázka č. 5 „polykání pilulek je pro mě obtížné“	17
5. místo	otázka č. 7 „polykání mi kazí potěšení z jídla“	12
6. místo	otázka č. 3 „polykání tekutin je pro mě obtížné“	11
7. místo	otázka č. 6 „polykání je pro mě bolestivé“	9
8. místo	otázka č. 1 „kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze“	6
9. místo	otázka č. 2 „zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“	3

První dvě položky s největší četností byly z oblasti fyzické. Třetí místo z hlediska četnosti obsadily otázky z oblasti fyzické a psychosociální (vyznačeny tučně). Největšího počtu hodnocení (1-4 body) dosáhla otázka č. 9 „při jídle kašlu“, kterou označilo 49 z 66 (74,24 %) respondentů. Druhé místo obsadila otázka č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“ vybrána 25 z 66 (37,88 %) respondentů. O třetí místo se dělí otázka č. 4 „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“ a otázka č. 10 „polykání je pro mě stresující“, které označil stejný počet respondentů 19 z 66 (28,79 %).

7.1.6 Míra potíží s polykáním

Tab. 2 Průměrná hodnota bodů (1-4) jednotlivých otázek EAT-10 (absolutní četnost)

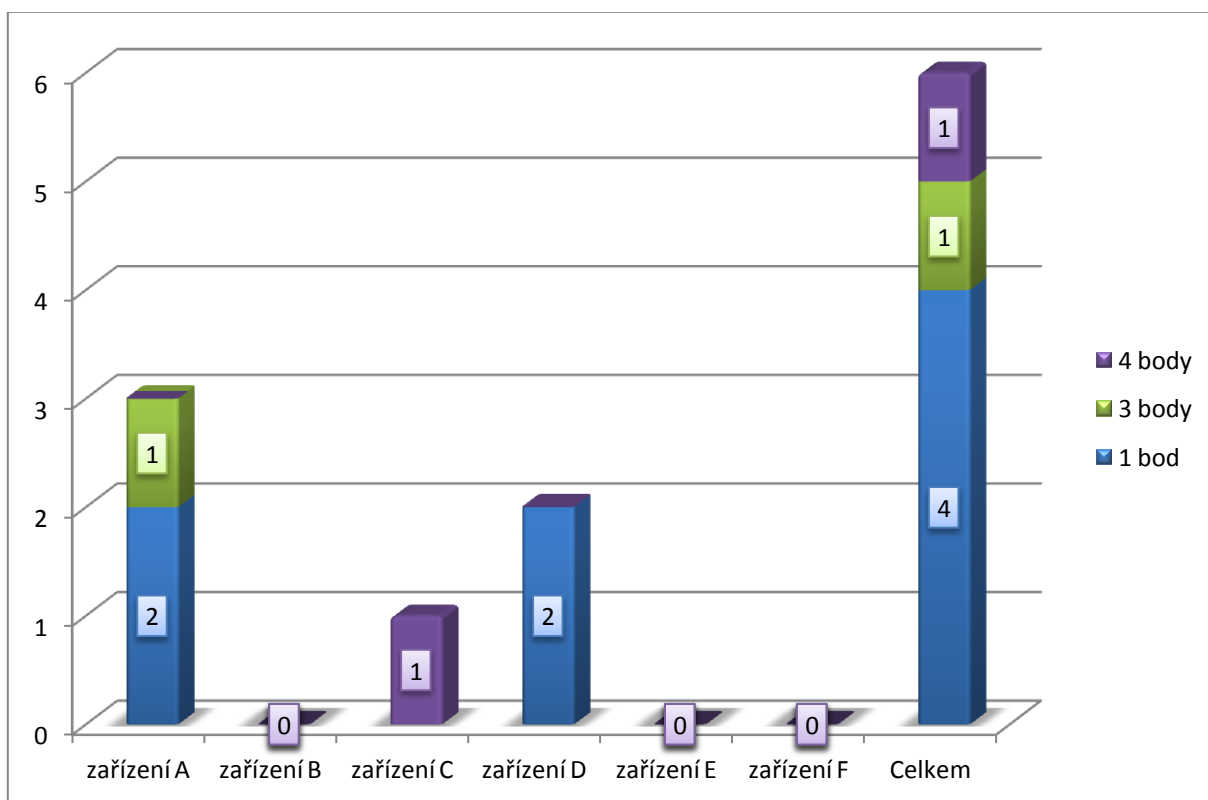
POŘADÍ	OTÁZKA	průměrná bodová hodnota
1. místo	otázka č. 2 „zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“	2
2. místo	otázka č. 10 „polykání je pro mě stresující“	1,84
3. místo	otázka č. 1 „kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze“	1,83
4. místo	otázka č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“	1,6
5. místo	otázka č. 4 „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“	1,47
5. místo	otázka č. 5 „polykání pilulek je pro mě obtížné“	1,47
6. místo	otázka č. 9 „při jídle kašlu“	1,45
7. místo	otázka č. 7 „polykání mi kazí potěšení z jídla“	1,42
8. místo	otázka č. 3 „polykání tekutin je pro mě obtížné“	1,27
9. místo	otázka č. 6 „polykání je pro mě bolestivé“	1,11

Tučně vyznačené otázky se opět týkají psychosociální oblasti změn v polykání. V této tabulce, při hodnocení míry potíží, obsadila psychosociální oblast první dvě příčky. S průměrnou bodovou hodnotou, kterou jí respondenti přidělili, se na první místo dostala otázka č. 2 „zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“ hodnocena v průměru 2 body. Druhé místo s průměrnou hodnotou 1,84 bodu obsadila otázka č. 10 „polykání je pro mě stresující“ a na třetím místě se umístila otázka fyzické problematiky č. 1 „kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze“ s mírou potíží 1,83 bodu.

7.1.7 Zpracování jednotlivých otázek z hlediska četnosti a míry potíží s polykáním

Otázka č. 1 „kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze“

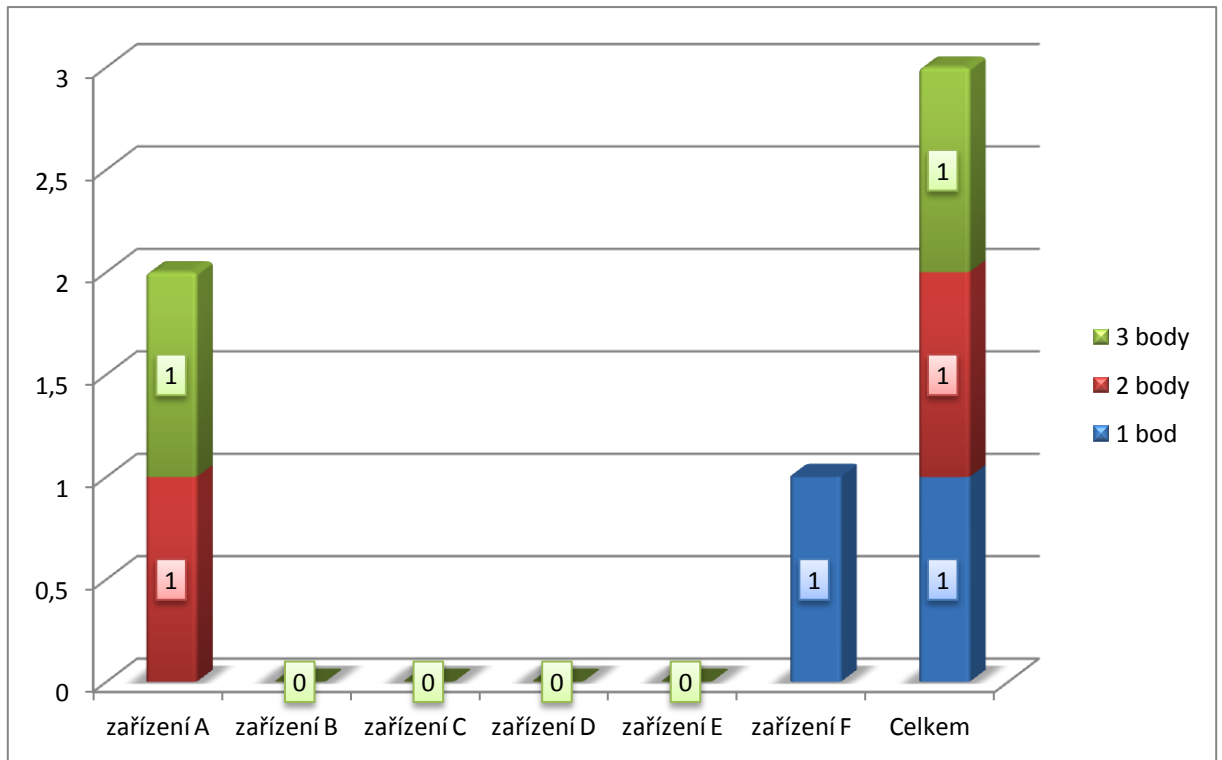
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 6 (9,09 %) respondentů (A-3; B-0; C-1; D-2; E-0; F-0). V zařízení A ji 2 respondenti ohodnotili 1 bodem a 1 respondent 3 body. V zařízení B, E a F nepovažoval tuto otázku za problém žádný respondent. V zařízení C stanovil 1 respondent míru potíží v této oblasti 4 body a v zařízení D zvolili 2 respondenti hodnocení 1 bodem.



Obr. 12 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 1 „kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze“ (absolutní četnost)

Otázka č. 2 „zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“

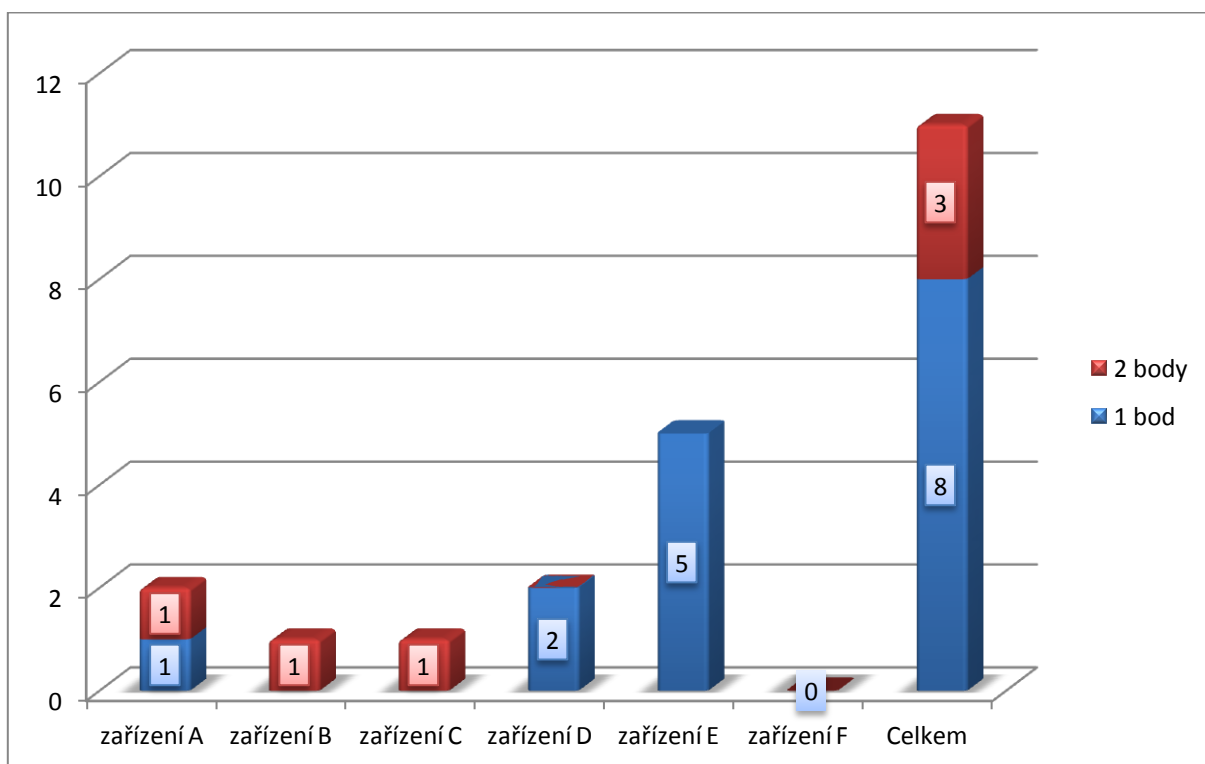
Tuto otázku označili (1-4 body) celkem 3 (4,55 %) respondenti (A-2; B-0; C-0; D-0; E-0; F-1). V zařízení A ji 1 respondent ohodnotil 2 body a 1 respondent 3 body. V zařízení B, C, D a E neměl žádný respondent v této oblasti problém. V zařízení F tuto otázku označil 1 respondent 1 bodem.



Obr. 13 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 2 „zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“ (absolutní četnost)

Otázka č. 3 „polykání tekutin je pro mě obtížné“

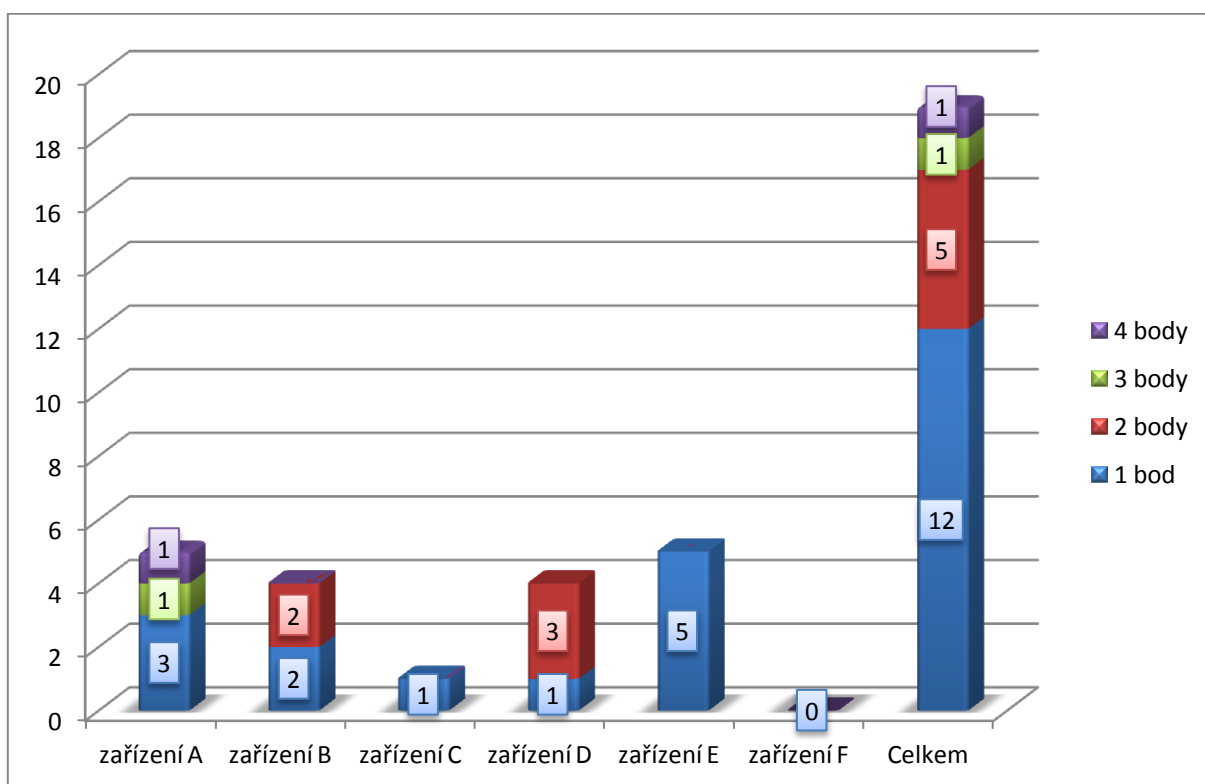
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 11 (16,67 %) respondentů (A-2; B-1; C-1; D-2; E-5; F-0). V zařízení A byla míra potíží s polykáním tekutin u 1 respondenta hodnocena 1 bodem a u 1 respondenta 2 body. V zařízení B hodnotil tuto otázku 1 respondent 2 body. V zařízení C označil položku 1 respondent 2 body. V zařízení D to byli 2 respondenti po 1 bodu a v zařízení E 5 respondentů též po 1 bodu. V zařízení F neměl v oblasti polykání tekutin problém žádný respondent.



Obr. 14 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 3 „polykání tekutin je pro mě obtížné“ (absolutní četnost)

Otázka č. 4 „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“

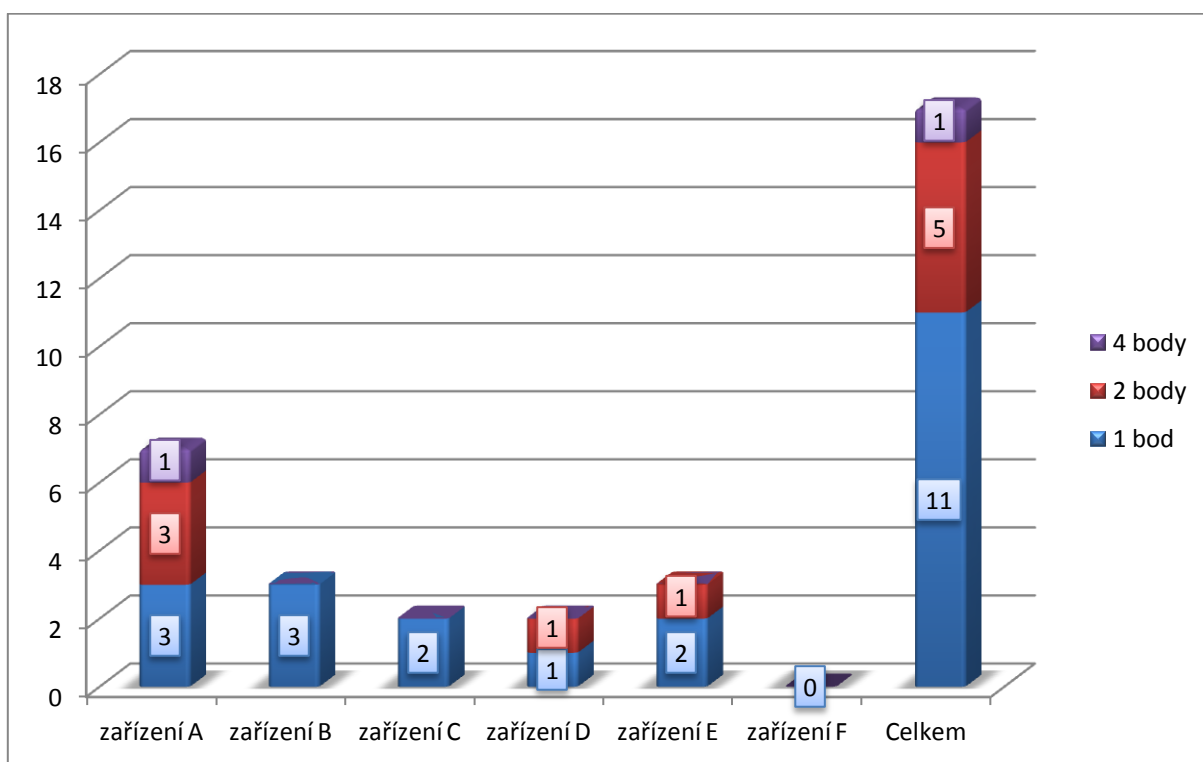
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 19 (28,79 %) respondentů (A-5; B-4; C-1; D-4; E-5; F-0). V zařízení A ohodnotili 3 respondenti otázku č. 4 1 bodem, 1 respondent 3 body a 1 respondent 4 body. V zařízení B byla míra potíží v této oblasti označena 2 respondenty po 1 bodu a 2 respondenty po 2 bodech. V zařízení C hodnotil tuto položku 1 respondent 1 bodem. V zařízení D zvolil 1 respondent míru potíží 1 bodem a 3 respondenti 2 body. V zařízení E vybralo 5 respondentů 1 bod. V zařízení F neměl s polykáním tuhé stravy problémy žádný respondent.



Obr. 15 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 4 „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“ (absolutní četnost)

Otázka č. 5 „polykání pilulek je pro mě obtížné“

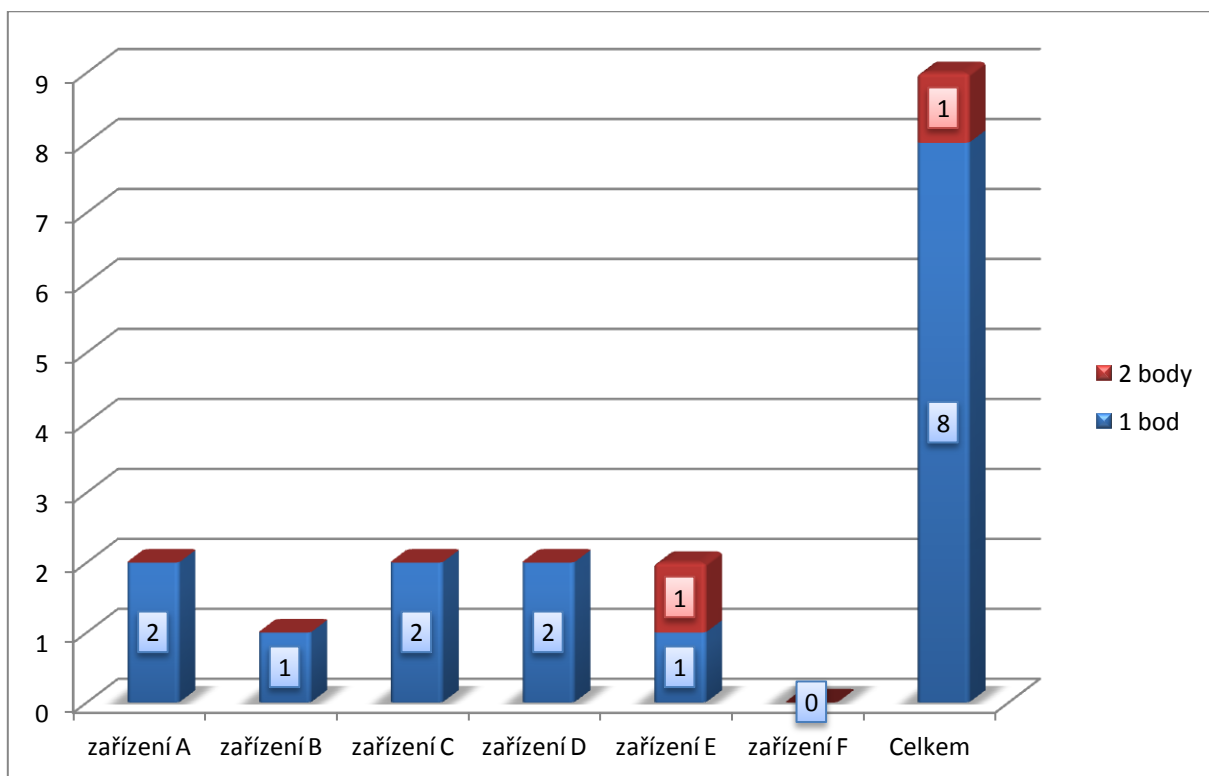
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 17 (25,76 %) respondentů (A-7; B-3; C-2; D-2; E-3; F-0). V zařízení A byla míra potíží hodnocena 3 respondenty 1 bodem, 3 respondenty po 2 bodech a 1 respondentem 4 body. V zařízení B ohodnotili tuto položku 3 respondenti po 1 bodu. V zařízení C 2 respondenti také po 1 bodu. V zařízení D vyhodnotil míru potíží s polykáním pilulek 1 respondent 1 bodem a 1 respondent 2 body. V zařízení E ji 2 respondenti ohodnotili 1 bodem a 1 respondent 2 body. V zařízení F neměl s touto položkou problém žádný respondent.



Obr. 16 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 5 „polykání pilulek je pro mě obtížné“ (absolutní četnost)

Otázka č. 6 „polykání je pro mě bolestivé“

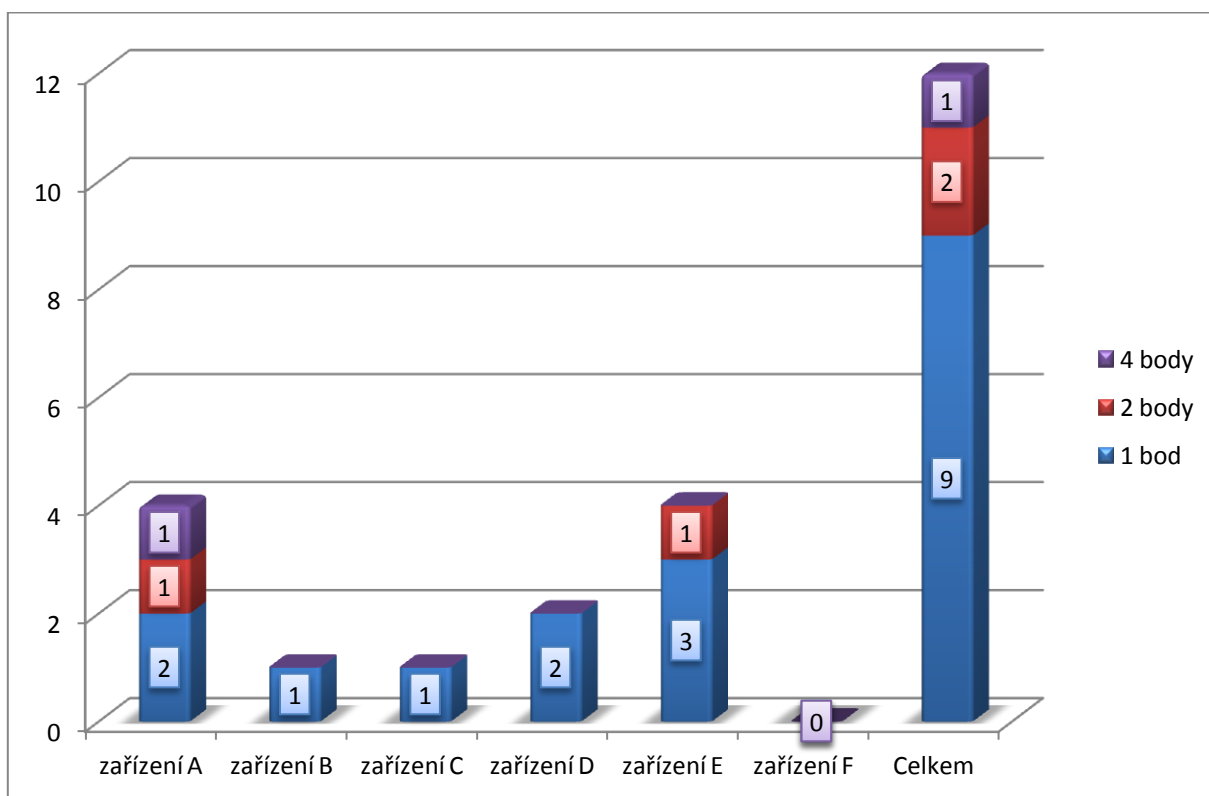
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 9 (13,64 %) respondentů (A-2; B-1; C-2; D-2; E-2; F-0). V zařízení A to byli 2 respondenti po 1 bodu. V zařízení B 1 respondent 1 bodem. V zařízení C hodnotili míru potíží v této oblasti 2 respondenti po 1 bodu. V zařízení D ji označili 2 respondenti 1 bodem a v zařízení E 1 respondent 1 bodem a 1 respondent 2 body. V zařízení F nepocíťoval bolest při polykání žádný respondent.



Obr. 17 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 6 „polykání je pro mě bolestivé“ (absolutní četnost)

Otázka č. 7 „polykání mi kazí potěšení z jídla“

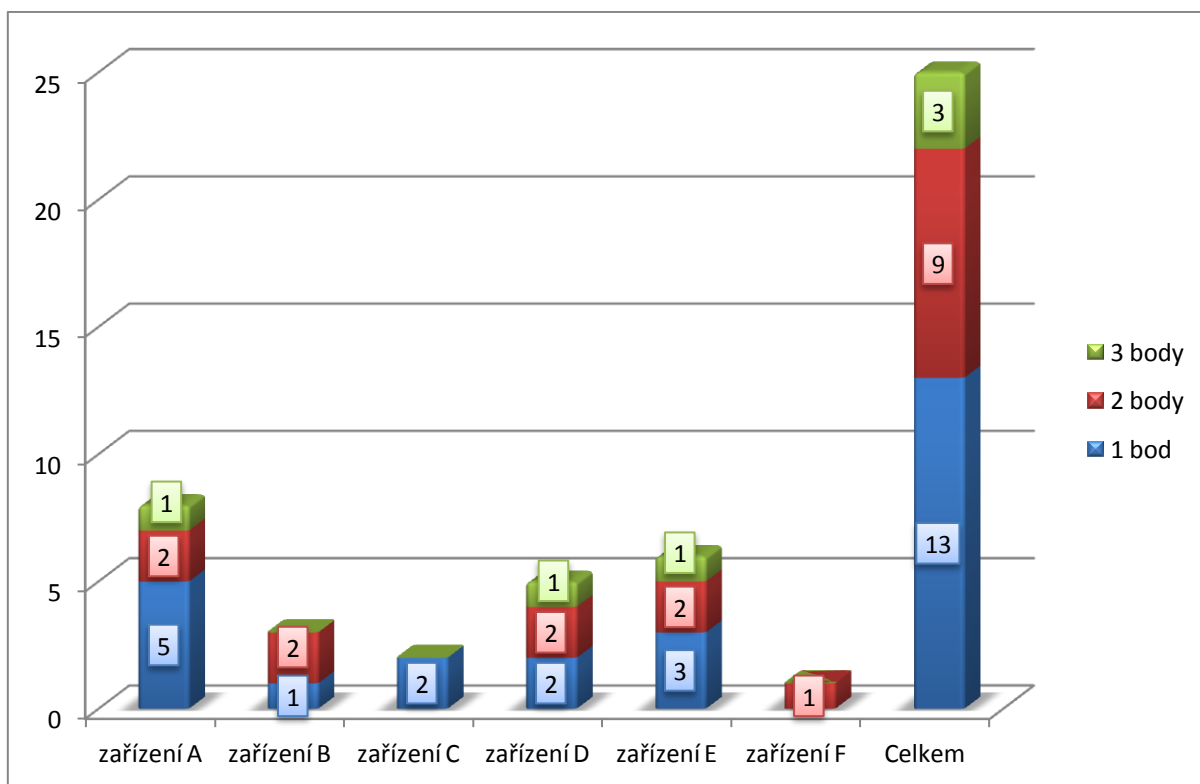
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 12 (18,18 %) respondentů (A-4; B-1; C-1; D-2; E-4; F-0). V zařízení A hodnotili míru potíží 2 respondenti 1 bodem, 1 respondent 2 body a 1 respondent 4 body. V zařízení B označil tuto položku 1 respondent 1 bodem. V zařízení C také 1 respondent 1 bodem. V zařízení D 2 respondenti po 1 bodu a v zařízení E hodnotili 3 respondenti 1 bodem a jeden 2 body. V zařízení F neměl s touto oblastí problém žádný respondent.



Obr. 18 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 7 „polykání mi kazí potěšení z jídla“ (absolutní četnost)

Otázka č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“

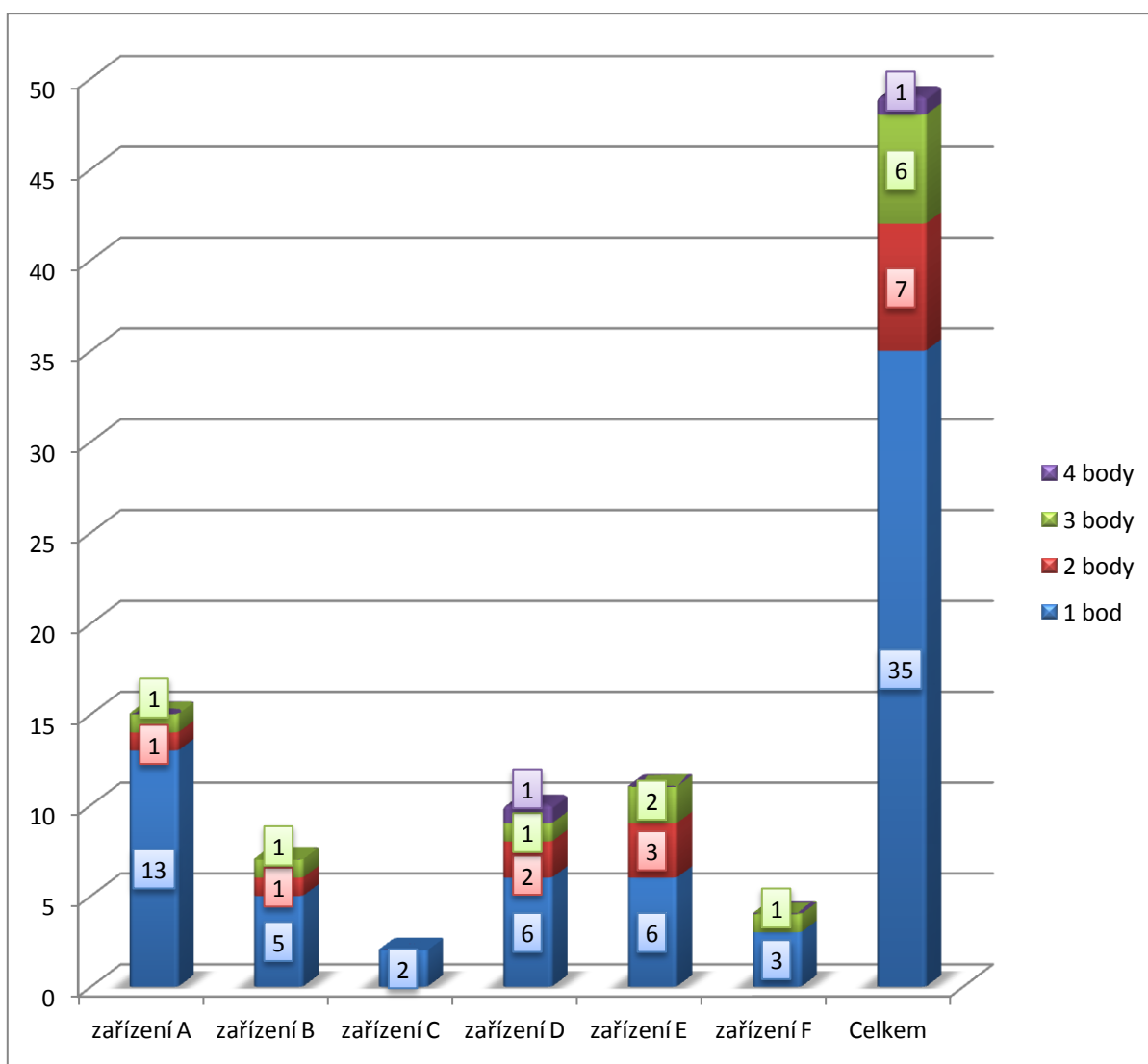
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 25 (37,78 %) respondentů (A-8; B-3; C-2; D-5; E-6; F-1). V zařízení A zvolilo 5 respondentů míru potíží jedním bodem, 2 respondenti 2 body a jeden respondent 3 body. V zařízení B označil tuto otázku 1 respondent 1 bodem a 2 respondenti 2 body. V zařízení C zvolili míru potíží se zadržáváním jídla v krku 2 respondenti 1 bodem. V zařízení D hodnotili tuto položku 2 respondenti po 1 bodu, 2 respondenti po 2 bodech a 1 respondent 3 body. V zařízení E zvolili 3 respondenti po 1 bodu, 2 respondenti po 2 bodech a 1 respondent označil 3 body. V zařízení F měl potíže v této oblasti 1 respondent v míře 2 bodů.



Obr. 19 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“ (absolutní četnost)

Otázka č. 9 „při jídle kašlu“

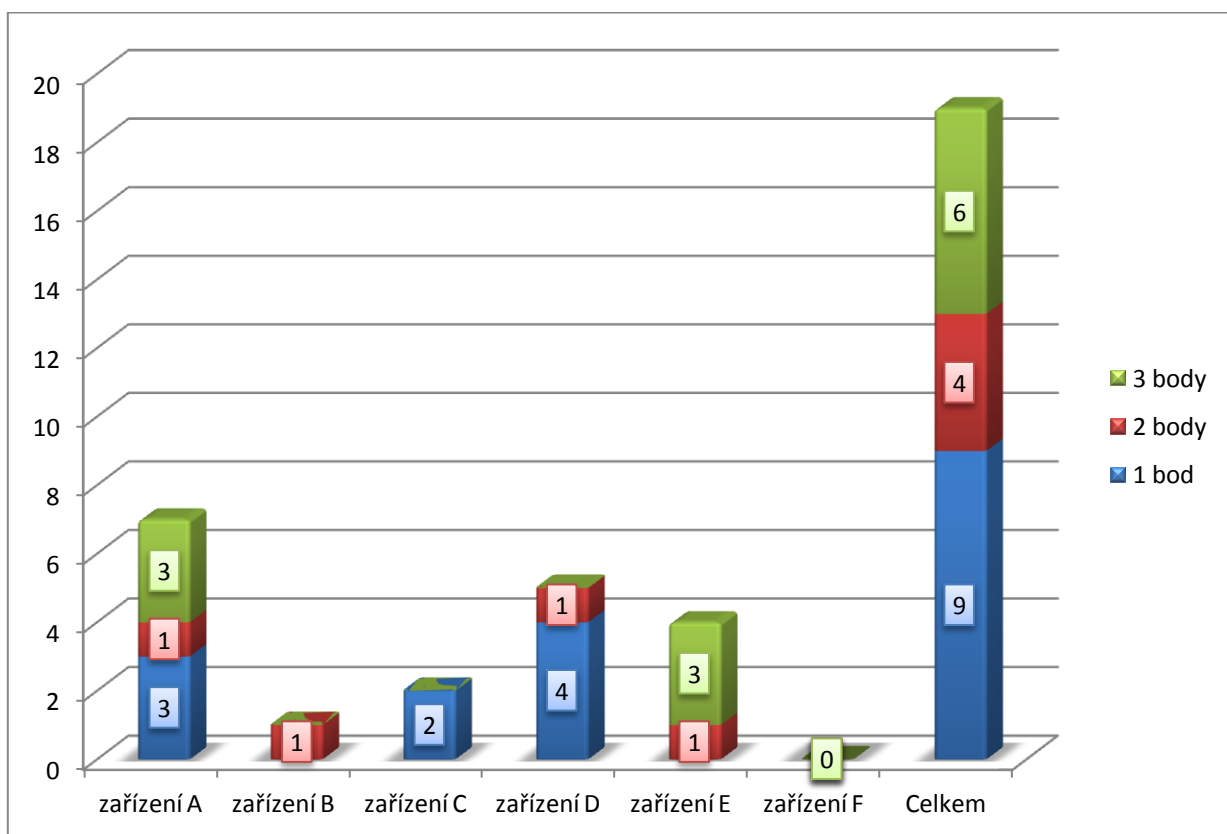
Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 49 (74,24 %) respondentů (A-15; B-7; C-2; D-10; E-11; F-4). V zařízení A hodnotilo 13 respondentů míru potíží v této oblasti 1 bodem, 1 respondent 2 body a 1 respondent 3 body. V zařízení B označilo míru potíží s kašlem při jídle v souvislosti s polykáním 5 respondentů 1 bodem, 1 respondent 2 body a 1 respondent 3 body. V zařízení C zvolili 2 respondenti po 1 bodu. V zařízení D mělo problémy 6 respondentů po 1 bodu, 2 respondenti po 2 bodech, 1 respondent po 3 bodech a 1 respondent označil míru potíží 4 body. V zařízení E označilo tuto otázku 6 respondentů 1 bodem, 3 respondenti 2 body a 2 respondenti 3 body. V zařízení F hodnotili obtíže 3 respondenti po 1 bodu a 1 respondent 3 body.



Obr. 20 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 9 „při jídle kašlu“ (absolutní četnost)

Otázka č. 10 „polykání je pro mě stresující“

Tuto otázku označilo (1-4 body) celkem 19 (28,79 %) respondentů (A-7; B-1; C-2; D-5; E-4; F-0). V zařízení A hodnotili míru potíží se stresem z polykání 3 respondenti 1 bodem, 1 respondent 2 body a 3 respondenti 3 body. V zařízení B označil tuto otázku 1 respondent 2 body. V zařízení C to byli 2 respondenti po 1 bodu. V zařízení D 4 respondenti 1 bodem a 1 respondent 2 body. V zařízení E uvedl 1 respondent potíže v míře 2 bodů a 3 respondenti v míře 3 bodů. V zařízení F neměl v této oblasti problém žádný respondent.



Obr. 21 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 10 „polykání je pro mě stresující“ (absolutní četnost)

7.2 Zpracování hypotéz

Ke zpracování hypotéz jsme zvolili Wilcoxonův párový test. Tato metoda se řadí mezi neparametrické testy. Na rozdíl od parametrického párového t-testu, v němž se nulová a alternativní hypotéza vztahuje k průměru rozdílů, u Wilcoxonova párového testu se týká mediánu rozdílů. Metodu Wilcoxonova párového testu pracující s mediálním rozdílů lze využít pro výpočet hypotéz pracující s nominálními údaji. Je tedy vhodný i pro zpracování subjektivně získaných dat (Pytela, 2003).

H_0 :	medián rozdílů je nulový
H_A :	medián rozdílů je různý od nuly

7.2.1 Výzkumná otázka č. 1

Mají potíže s polykáním tuhé stravy souvislost s neochotou respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních?

H_0 : Neochota respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních může souviset s potížemi s polykáním tuhé stravy.

H_A : Neochota respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních nesouvisí s potížemi s polykáním tuhé stravy.

Pro ověření platnosti hypotézy byla použita statistická metoda Wilcoxonova párového testu, porovnávající hodnoty odpovědí respondentů u daných dvou otázek.

Tab. 3 Výpočet Wilcoxonova párového testu u otázek 2 a 4

respondent	otázka č. 2	otázka č. 4	rozdíl	abs rozdíl	pořadí	S	S-krit(20)
1	0	2	-2	2	18		
2	0	2	-2	2	18		
3	0	2	-2	2	18		
4	0	2	-2	2	18		
5	0	2	-2	2	18		
6	3	4	-1	1	8		
7	0	1	-1	1	8		
8	2	3	-1	1	8		
9	0	1	-1	1	8		
10	0	1	-1	1	8		
11	0	1	-1	1	8		
12	0	1	-1	1	8		
13	0	1	-1	1	8		
14	0	1	-1	1	8		
15	0	1	-1	1	8		
16	0	1	-1	1	8		
17	0	1	-1	1	8		
18	0	1	-1	1	8		
19	0	1	-1	1	8	202	
20	1	0	1	1	8	8	52

Z výpočtu byli vyřazeni respondenti, kteří na obě tyto otázky odpověděli 0 body, tedy neměli v těchto oblastech žádné potíže. Proto je v tabulce 3 zastoupeno 20 ze 66 (30,30 %) respondentů, kteří udávali potíže s polykáním. Z těchto respondentů označil každý alespoň jednu otázku 1 nebo více bodů.

Abychom mohli provést statistický test, nejprve jsme vypočítali rozdíly u každého respondenta a pořadí absolutních hodnot rozdílů.

Aby byla nulová hypotéza pravdivá, musely by se mediány shodovat. Součet kladných pořadí by se měl teoreticky rovnat součtu záporných pořadí. Pokud je pravdivá alternativní hypotéza, tak toto neplatí.

V našem vzorku se součet kladných pořadí $(5 \times 18) + (14 \times 8) = 202$ a součet záporných $8 \times 1 = 8$. Součty kladných a záporných hodnot (S) jsou vzájemně svázány, proto nám stačí ke srovnání pouze jedna z nich (ta nižší). V tomto případě je to 8.

K určení hladiny významnosti $\alpha = 0,05$ jsme použili kritickou hodnotu z tabulky (příloha 10, str. 83). Pro $n = 20$ ($n =$ počet respondentů) je kritická hodnota (S-krit) 52. Pokud by bylo S větší než S-krit, svědčí to o tom, že v obou otázkách naší skupiny respondentů nebyl stanoven statisticky významný rozdíl, tedy přijímáme hypotézu H_0 . V našem případě je $S = 8 < 52$, což je dostatečný důkaz pro zamítnutí hypotézy H_0 a přijetí alternativní. Na základě zkoumaných dat lze učinit závěr, že u našeho vzorku respondentů je medián bodů u otázky č. 2 odlišný od mediánu bodů u otázky č. 4. Přijímáme tedy hypotézu H_A : Neochota respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních nesouvisí s potíží s polykáním tuhé stravy. Z toho vyplývá odpověď na výzkumnou otázku č. 1: Mají potíže s polykáním tuhé stravy souvislost s neochotou respondentů stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních? U našeho vzorku respondentů se prokázalo, že potíže s polykáním tuhé stravy neovlivňují respondenty v ochotě stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních.

7.2.2 Výzkumná otázka č. 2

Bude míra potíží s polykáním tuhé stravy subjektivně vnímána respondenty stejně jako míra stresu z polykání?

H_0 : Míra potíží s polykáním tuhé stravy je u respondentů subjektivně stejná jako míra stresu z polykání.

H_A : Míra potíží s polykáním tuhé stravy není u respondentů subjektivně stejná jako míra stresu z polykání.

Pro ověření platnosti hypotézy byla opět použita statistická metoda Wilcoxonova párového testu, porovnávající hodnoty odpovědí respondentů u daných dvou otázek.

Tab. 4 Výpočet Wilcoxonova párového testu u otázek 10 a 4

respondent	otázka č. 10	otázka č. 4	rozdíl	abs rozdíl	pořadí	S	S-krit(27)
1	4	2	-2	2	21,5		
2	2	0	-2	2	21,5		
3	2	0	-2	2	21,5		
4	1	0	-1	1	11		
5	1	0	-1	1	11		
6	1	0	-1	1	11		
7	1	0	-1	1	11		
8	2	1	-1	1	11		
9	2	1	-1	1	11		
10	1	0	-1	1	11		
11	1	0	-1	1	11		
12	1	0	-1	1	11	166,5	107
13	3	3	0	0	2		
14	1	1	0	0	2		
15	1	1	0	0	2		
16	0	1	1	1	11		
17	0	1	1	1	11		
18	0	1	1	1	11		
19	0	1	1	1	11		
20	0	1	1	1	11		
21	1	2	1	1	11		
22	1	3	2	2	21,5		
23	0	2	2	2	21,5		
24	1	3	2	2	21,5		
25	0	3	3	3	26		
26	0	3	3	3	26		
27	0	3	3	3	26	211,5	

Z výpočtu byli opět vyřazeni respondenti, kteří na obě tyto otázky odpověděli 0 body, tedy neměli v těchto oblastech žádné potíže. Proto je v tabulce 4 uvedeno 27 z 66 (40,91 %)

respondentů, kteří udávali potíže s polykáním. Z těchto respondentů označil každý alespoň jednu otázku minimálně 1 bodem.

Abychom mohli provést statistický test, nejprve jsme opět vypočítali rozdíly u každého respondenta a pořadí absolutních hodnot rozdílů.

V našem vzorku se součet záporných pořadí $(3 \times 21,5) + (9 \times 11) = 163,5$ a součet kladných $(6 \times 11) + (3 \times 21,5) + (3 \times 26) = 208,5$. Jelikož se v pořadí objevily i hodnoty nula (u 13, 14 a 15 respondenta, zvýrazněny šedě), které nepředstavují ani kladné ani záporné hodnoty, byly rovnoměrně rozděleny na obě strany osy. U záporného součtu pořadí je to tedy $(163,5 + 3) = 166,5$ a u kladného $(208,5 + 3) = 211,5$. Součty kladných a záporných hodnot (S) jsou vzájemně svázány, proto nám opět stačí ke srovnání pouze jedna z nich (ta nižší). V tomto případě je to 166,5.

K určení hladiny významnosti $\alpha = 0,05$ jsme použili kritickou hodnotu z tabulky (příloha 10, str. 83). Pro $n = 27$ ($n =$ počet respondentů) je kritická hodnota (S-krit) 107. Pokud by bylo S menší než S-krit, svědčí to o tom, že v obou vzorcích je statisticky významný rozdíl, tedy nepřijímáme hypotézu H_0 . V našem případě je $S = 166,5 > 107$, a proto nemáme dostatečný důkaz pro zamítnutí hypotézy H_0 . Přijímáme tedy hypotézu H_0 : Míra potíží s polykáním tuhé stravy je u respondentů subjektivně stejná jako míra stresu z polykání. Z toho vyplývá odpověď na výzkumnou otázku č. 2: Bude míra potíží s polykáním tuhé stravy subjektivně vnímána respondenty stejně jako míra stresu z polykání? U našeho vzorku respondentů se prokázalo, že míra potíží s polykáním tuhé stravy je vnímána stejně jako míra stresu z polykání.

7.2.3 Výzkumná otázka č. 3

Souvisí potíže s polykáním tuhé stravy a potěšení z jídla u respondentů?

H_0 : Potíže s polykáním tuhé stravy mohou souviset se sníženým potěšením z jídla.

H_A : Potíže s polykáním tuhé stravy nesouvisí se sníženým potěšením z jídla.

Pro ověření platnosti hypotézy byla opět použita statistická metoda Wilcoxonova párového testu, porovnávající hodnoty odpovědí respondentů u daných dvou otázek.

Tab. 5 Výpočet Wilcoxonova párového testu u otázek 7 a 4

respondent	otázka č. 7	otázka č. 4	rozdíl	abs rozdíl	pořadí	S	S-krit(27)
1	4	0	-4	4	27		
2	2	0	-2	2	24,5		
3	2	0	-2	2	24,5		
4	2	0	-2	2	24,5		
5	1	0	-1	1	11,5		
6	1	0	-1	1	11,5		
7	1	0	-1	1	11,5		
8	1	0	-1	1	11,5		
9	1	0	-1	1	11,5		
10	1	0	-1	1	11,5		
11	2	1	-1	1	11,5		
12	1	0	-1	1	11,5		
13	2	1	-1	1	11,5		
14	1	0	-1	1	11,5		
15	1	0	-1	1	11,5		
16	1	0	-1	1	11,5		
17	1	0	-1	1	11,5	250	
18	3	4	1	1	11,5		
19	0	1	1	1	11,5		
20	0	1	1	1	11,5		
21	0	1	1	1	11,5		
22	0	1	1	1	11,5		
23	0	1	1	1	11,5		
24	1	2	1	1	11,5		
25	0	1	1	1	11,5		
26	0	1	1	1	11,5		
27	0	2	2	2	24,5	128	107

Z výčtu byli opět vyřazeni respondenti, kteří na obě tyto otázky odpověděli 0 body, tedy neměli v těchto oblastech žádné potíže. Proto v tabulce 5 tvoří vzorek 27 z 66 (40,91 %)

respondentů, kteří udávali potíže s polykáním. Z těchto respondentů označil každý alespoň jednu otázku 1 bodem a více.

K provedení statistického testu, jsme opět nejprve vypočítali rozdíly u každého respondenta a pořadí absolutních hodnot rozdílů.

V našem vzorku se součet záporných pořadí $27 + (3 \times 24,5) + (13 \times 11,5) = 250$ a součet kladných $(9 \times 11,5) + 24,5 = 128$. Součty kladných a záporných hodnot (S) jsou vzájemně svázány, proto nám opět stačí ke srovnání pouze jedna z nich (ta nižší). V tomto případě je to hodnota 128.

K určení hladiny významnosti $\alpha = 0,05$ jsme použili kritickou hodnotu z tabulky (příloha 10, str. 83). Pro $n = 27$ ($n =$ počet respondentů) je kritická hodnota (S -krit) 107. Pokud by bylo S menší než S -krit, svědčí to o tom, že v obou vzorcích je statisticky významný rozdíl, tedy nepřijímáme hypotézu H_0 . V našem případě $S = 128 > 107$, a proto nemáme dostatečný důkaz pro zamítnutí hypotézy H_0 . Přijímáme tedy hypotézu H_0 : Potíže s polykáním tuhé stravy mohou souviset se sníženým potěšením z jídla. Z toho vyplývá odpověď na výzkumnou otázku č. 3: Souvisí potíže s polykáním tuhé stravy a potěšení z jídla u respondentů? U našeho vzorku respondentů se prokázalo, že potíže s polykáním tuhé stravy mohou souviset se sníženým potěšením z jídla u seniorů.

8 DISKUZE

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit změny při polykání u osob starších 65 let pomocí subjektivního hodnocení vlastní schopnosti polykat za použití nástroje EAT-10. Ze 154 seniorů účastnících se výzkumu prošlo předtestem Mini-Cog 118 respondentů. Z těchto 118 seniorů vyplňujících EAT-10 jich 66 (55,93 %) udávalo alespoň v jedné otázce potíže s polykáním (označili danou otázku 1-4 body).

Výzkumná studie probíhající v roce 2010, používající stejnou metodu subjektivního hodnocení schopnosti polykat (EAT-10), odhalila změny v polykání u 58 ze 104 (55,8 %) respondentů starších 65 let (Benešová a kol., 2011). Ve vzájemném porovnání jsou naše výsledky výskytu poruch polykání u seniorů prakticky shodné.

Věkové rozložení respondentů, účastnících se výzkumu v roce 2010 a našich respondentů, bylo téměř totožné. Nejpočetnější skupina seniorů byla ve věku 80-84 let (v našem výzkumu 39 respondentů; ve výzkumu z roku 2010 respondentů 40). Další v pořadí se umístila skupina ve věku 85-89 let (v našem výzkumu 30 respondentů; ve výzkumu z roku 2010 respondentů 28), následovala skupina seniorů ve věku 75-79 let (v našem výzkumu 22 respondentů; ve výzkumu z roku 2010 respondentů 24) a skupina respondentů ve věku ≤ 74 let (v našem výzkumu 20 respondentů; ve výzkumu z roku 2010 respondentů 16). Poslední, nejméně početnou skupinou, se stali respondenti ve věku ≥ 90 let (v našem výzkumu 7 respondentů, ve výzkumu z roku 2010 respondentů 9) (Vejrostová a kol., 2012).

V porovnání časové náročnosti byl ve výzkumu z roku 2010 průměrný čas vyplnění EAT-10 4-5 minut (Vejrostová a kol., 2012). V našem výzkumu byl průměrný čas vyplnění 1,3 minuty. Je zde patrný časový rozdíl, který byl pravděpodobně způsoben nutností častého zopakování otázek EAT-10, opětovnému vysvětlení bodového hodnocení, nebo odůvodnění daného problému respondenty. Většina respondentů z naší studie porozuměla bodovému hodnocení po důkladném vysvětlení a nepotřebovala ho během vyplňování dotazníku znovu vysvětlit, ani nutnost zopakování otázek nebyla častá, což může vysvětlovat nižší průměrný čas potřebný na vyplnění EAT-10. Výsledky předtestu Mini-Cog potvrzují, že klienti byli na dobré kognitivní úrovni. Konkrétně na všechny tři slova si v předtestu vzpomnělo 69 % respondentů (obr. 9, str. 41), což prokazuje jejich dobrou krátkodobou paměť.

Benešová a kol. (2011) se v hodnocení výsledků výzkumu zaměřili na položky důležité pro zdravotnické pracovníky z důvodu významnosti subjektivního posouzení těchto oblastí

v souvislosti s vážnými komplikacemi. Jednalo se o posouzení četnosti u otázky č. 3 „polykání tekutin je pro mě obtížné“. Tu hodnotilo (1-4 body) 15 z 58 (25,9 %) respondentů. V našem výzkumu to bylo 11 z 66 (16,7 %) respondentů. Další zkoumanou položkou byla otázka č. 5 „polykání pilulek je pro mě obtížné“, kterou ve výzkumu Benešové a kol. označilo (1-4 body) 24 z 58 (41,4 %) respondentů. V našem šetření 17 z 66 (25,8 %) respondentů. Poslední oblastí, kterou autorky Benešová a kol. zkoumaly, byla otázka č. 6 „polykání je pro mě bolestivé“, kterou označilo (1-4 body) 14 z 58 (24,1 %) respondentů v našem výzkumu byla tato položka problémem u 9 z 66 (13,6 %) respondentů. Výzkum autorek Benešová a kol. byl prováděn i v léčebnách dlouhodobě nemocných, na rozdíl od našeho výzkumu, který probíhal převážně v domovech pro seniory. Z výsledků je patrný rozdíl v hodnocení ve všech třech otázkách. Ve výzkumu Benešové je výskyt potíží v těchto oblastech vždy horší, což by se dalo přikládat horšímu zdravotnímu stavu klientů v zařízeních pro dlouhodobě nemocné. Současně mohl tento faktor ovlivnit i délku času potřebnou pro vyplnění EAT-10 (Vejrostová a kol., 2012).

V naší výzkumné studii se v pořadí četnosti umístila na nejvyšší příčce otázka č. 9 „při jídle kašlu“, kterou označilo (1-4 body) 49 z 66 (74,2 %) respondentů, na druhém místě se umístila položka č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“, která byla problémem pro 25 z 66 (37,9 %) respondentů. Tyto potíže se mohou zdát banální a při běžném pozorování by mohly uniknout pozornosti. Samotní senioři si na kašel při jídle nebo zadržutí jídla v krku, pokud nejsou ve velké míře obtěžující, nemusí stěžovat. Mohou je považovat za součást stáří a nevidět v nich závažný problém. Ale i tyto potíže představují možné riziko komplikací v podobě snížené nutriční obranyschopnosti a obranných reflexů, vedoucích ke vzniku aspirace, pneumonie až smrti. U některých respondentů jsme se setkali s první reakcí na téma výzkumu, že potíže s polykáním nemají, ale v zápětí v dotazníku některou položku přece jenom označili a přiznali, že potíže mají, ale nepřikládali jim doposud velkou váhu. Postoj k problematice současně s procentem výskytu poruch polykání u seniorů svědčí o potřebě aktivního vyhledávání změn v polykání v této rizikové skupině.

Co se týká četnosti a míry potíží, bylo zajímavé srovnání jedné z otázek zabývajících se psychosociální problematikou potíží s polykáním. Zatímco v četnosti udávaných odpovědí označili otázku č. 2 "zajít si někde na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko" pouze tři respondenti, čímž tato otázka zaujala v tabulce četností poslední místo, v tabulce míry potíží se objevila na místě prvním s průměrným bodovým hodnocením 2 bodů. Z těchto výsledků

lze odvodit, že tuto otázku považovalo za problém velmi málo respondentů, ale hodnocena byla nejzávažněji ze všech. Také druhé místo v kategorii míry potíží obsadila položka s psychosociální tematikou a to otázka č. 10 „polykání je pro mě stresující“ s průměrným bodovým skóre 1,84 bodů. Rozdíly v pořadí míry četností byly pouze setinové, nelze jim tedy přiřkládat statistickou významnost. Přesto je zde patrný výrazný dopad změn v polykání na psychosociální oblast a samotnou kvalitu života seniorů.

Problematikou stravování ve veřejných restauračních zařízeních v souvislosti s poruchou polykání tuhé stravy jsme se zabývali v hypotéze č. 1. Naším cílem bylo zjistit vzájemný vztah těchto dvou otázek („zajít si někde na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“; „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“). Pomocí výpočtu Wilcoxonova párového testu jsme zjistili, že mezi otázkami není statisticky významný vztah. Z čehož by se dalo vyvodit, že potíže s polykáním tuhé stravy nebrání seniorům stravovat se ve veřejných restauračních zařízeních. Tento závěr nás překvapil. Z logického hlediska jsme předpokládali, že se tyto oblasti budou navzájem ovlivňovat. Ovšem při vyplňování dotazníku jsme se setkali s reakcí respondentů v souvislosti s otázkou „zajít si někde na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“, že sice žádná veřejná restaurační zařízení nenavštěvují, ale mohli by, kdyby chtěli. Podobnou odezvu jsme zaznamenali i u respondentů stravujících se na pokoji a ne ve společné jídelně. Ovšem samotní senioři tuto položku nevnímali jako problém, a to se odrazilo v četnosti označení. Přístup seniorů ke společnému stravování nebo stravování v restauračním zařízení může vycházet ze zvyklostí, způsobu života této generace, která nenavštěvovala restaurační zařízení v takové míře jako generace dnešní. Otázkou je i ekonomická situace, omezení pohyblivosti a v neposlední řadě potřeba soukromí, domácího pohodlí, která seniorům v oblasti stravování vyhovuje více než navštěvování veřejných restauračních zařízení. Je zde patrný vliv individuálního subjektivního posouzení jednotlivých oblastí psychosociálního dopadu poruch polykání, což potvrzuje vhodnost použití zvolené metody EAT-10 ke sběru informací. EAT-10 se jeví jako jednoduchá dotazníková metoda k identifikaci změn v polykání nejen u seniorů, ale i pacientů, kteří následkem onemocnění nebo úrazu mohou mít změny v polykání.

ZÁVĚR

Výsledky naší výzkumné studie prokázaly, že se poruchy polykání vyskytují u seniorů poměrně často. V záměrně vybraném vzorku respondentů to bylo u 55,93 %, což potvrzuje údaj z odborné literatury, uvádějící procentuální zastoupení potíží s polykáním u seniorů v 50 % (Tedla a kol., 2009). Tyto výsledky i výsledky studie z roku 2010 autorek Benešová a kol. (2011) nás informují, že se jedná o aktuální a závažnou problematiku, které je třeba věnovat pozornost.

EAT-10 byl tímto výzkumem ověřen jako vhodná metoda pro zjištění výskytu poruch polykání u seniorů. Společně s ním i předtest Mini-Cog, u kterého lze předpokládat, že umožnil výběr respondentů, u nichž se nevyskytly vážné změny v kognitivních schopnostech.

EAT-10 svým rozsahem a časovou nenáročností (průměrný čas na vyplnění EAT-10 1,3 minuty), spolu s Mini-Cogem (průměrný čas na vyplnění Mini-Cogu 2,8 minuty) představují vhodnou metodu, která by mohla sestřám v praxi usnadnit a urychlit identifikaci poruch polykání. Sestra je jedna z prvních, která může u klienta odhalit potíže s polykáním při podávání stravy nebo léků. EAT-10 nabízí navíc výčetem otázek pokrytí nejen fyzické oblasti poruch polykání, ale současně i psychosociálních aspektů, což je výhodou. Zachycení objektivních příznaků poruch polykání můžeme dosáhnout i jinými metodami, ale ani subjektivní prožívání těchto změn by nemělo uniknout pozornosti, neboť při těchto obtížích hraje stejně důležitou roli. Bolest při polykání, stres či snížený pocit potěšení z jídla jsou faktory ovlivňující formu a způsob podávané stravy, stejně jako objektivní potíže v podobě kašle či snížené schopnosti polknoutí pevné stravy nebo tekutin.

V první řadě se snažíme předcházet komplikacím spojeným s poruchami polykání, jako malnutrici a aspiraci, které ohrožují klienta na životě. Pozornost bychom měli věnovat i možnému snížení kvality života vlivem těchto změn. Od pouhého vyhýbání se stravování v kolektivu po známky deprese až sociální izolace.

Role sester je v problematice poruch polykání nezastupitelná. Nezbytné je jejich proškolení v metodách vyhledávání rizikových jedinců, v technice správného podávání stravy těmto osobám, roli edukátora ostatního zdravotnického personálu i rodinných příslušníků a v neposlední řadě i ve vyhledávání rizikových faktorů, upozorňujících na negativní dopad poruch polykání na kvalitu života jedince. EAT-10 představuje časově i provedením

nenáročnou metodu vyhledávání poruch polykání, zahrnující kromě fyziologických obtíží i psychosociální oblast. Jeví se tedy jako vhodný nástroj pro vyhledávání změn v polykání pro sestry při použití v praxi, a to nejen u seniorů, ale i pacientů mladších, u kterých by mohl být doplněn Mini-Cogem jen v ojedinělých případech (u osob se sníženou kognitivní funkcí).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BELAFSKY, P. C. et al. Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*. 2008, vol. 117, no. 12, s. 919-924.
2. BENEŠOVÁ, P. a kol. Polykací funkce u seniorů. *Sestra*. 2011, roč. 10, č. 21, s. 62-64. ISSN 1210-0404.
3. BORSON, S. et al. *Improving identification of cognitive impairment in primary care*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006, vol. 21, no. 4, s. 349-355.
4. BRUTHANSOVÁ, D. *Sociální hospitalizace* [online]. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2000 [cit. 2011-11-19]. Dostupné z WWW: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SocHos.pdf>>.
5. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, s. 1269–1274. ISSN 1211-1244.
6. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. druhé, upravené a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
7. GASIOROWSKA, A.; FASS, R. Current Approach to Dysphagia. *Gastroenterology & Hepatology* [online]. 2009, vol. 5, no. 4, [cit. 2011-07-03], s. 269-279. Dostupný z WWW: <http://www.clinicaladvances.com/article_pdfs/gh-article-200904-fass.pdf>.
8. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora : Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
9. CHEN, A. Y. et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M. D. Anderson dysphagia inventory. *Archives of otolaryngology-head & neck surgery*. 2001, vol. 127, no. 7, s. 870-876.
10. CHEN P. H. et al. Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia*. 2009, vol. 24, no. 1, s. 1-6.
11. CHUDOBOVÁ, M.; MAZÁNKOVÁ, V. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Demografický vývoj, indikátory stárnutí* [online]. Praha : 2008 [cit. 2011-08-08]. Dostupné z WWW: <www.uzis.cz/system/files/Demografie_0.pdf>.
12. JOHNSON J. L.; HIRSCH Ch. S. Aspirační pneumonie : Diagnostika a léčba onemocnění s rostoucí incidencí. *Medicina pro promoci* [online]. 2003, roč. 4, č. 6, [cit. 2010-10-17], s. 15-22. Dostupný z WWW: <<http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xber/zc/15-22.pdf>>.

13. JURAŠKOVÁ, B. a kol. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 4, č. 11, [cit. 2011-07-09], s. 443-446. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>>.
14. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. KITTNAR, O. a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
16. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha : Galén, Karolinum, 1999. 949 s. ISBN 80-7262-007-X (Galén), ISBN 80-7184-853-0 (Karolinum).
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
18. KUBEŠOVÁ, H. a kol. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, č. 3, [cit. 2011-07-09], s. 118-123. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/03/04.pdf>>.
19. LEES, L. et al. Nurse-led dysphagia screening in acute stroke patients. *Nursing Standard*. 2006, vol. 6, s. 35-42.
20. MAGENDIE, F. *Precis elementaire de physiologie*. Paris, 1836. 363 s.
21. MASSEY, R., JEDLICKA, D. The Massey bedside swallowing screen. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2002, vol. 34, no. 5, s. 252-260. ISSN 0888-0395.
22. McELHINEY, J. et al. The Mayo Dysphagia Questionnaire-30: Documentation of Reliability and Validity of a Tool for Interventional Trials in Adults with Esophageal Disease. *Dysphagia*. 2010, vol. 25, no. 3, s. 221-230.
23. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. *Kvalita života ve stáří*. [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008 [cit. 2011-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>. ISBN 978-80-86878-65-2.
24. NEČAS, E. *Patologická fyziologie orgánových systémů: Část 2*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. s. 381-760. ISBN 978-80-246-0674-3.
25. ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, roč. 7, č. 1, [cit. 2011-07-04], s. 36-39. Dostupný z WWW: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf>.
26. ORT, J. *Kapitoly ze sociologie stáří*. 1. vyd. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně, 2004. 116 s. ISBN 80-7044-636-6.

27. PYTELA, O. *Chemometrie pro organické chemiky*. 4. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003. ISBN 80-7194-539-0.
28. REDDY, N. P. et al. Biofeedback therapy using accelerometry for treating dysphagic patients with poor laryngeal elevation: Case studies. *Journal of Rehabilitation Research & Development* [online]. May/June 2000, vol. 37, no. 3, [cit. 2011-07-03], s. 361-372. Dostupný z WWW: <<http://www.rehab.research.va.gov/jour/00/37/3/reddy.htm>>.
29. SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
30. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 280 + 4 strany barevné přílohy. ISBN 80-247-1148-6.
31. ŠKODOVÁ, E. a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
32. TEDLA, M. a kol. *Poruchy polykání*. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2009. 312 s. ISBN 978-80-7311-105-2.
33. TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1995, 298 s. ISBN 80-716-9099-6.
34. TRAPL, M. et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke* [online]. 2007, no. 38, [cit. 2011-07-04], s. 2948–2952. Dostupný z WWW: <<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/short/38/11/2948>>. ISSN 1524-4628.
35. VEJROSTOVÁ, H. a kol. Subjektivně pociťované potíže při polykání: výzkumné šetření pomocí nástroje EAT-10. *Profese on-line* [online]. 2012, roč. 5, č. 1, [cit. 2012-4-20], s. 31-34. Dostupný z WWW: <http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2012_01/07_vejrostova.pdf>. ISSN 1803-4330.
36. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory : Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
37. WEYMULLER, E.A. et al. Analysis of the Performance Characteristics of the University of Washington Quality of Life Instrument and Its Modification (UW-QOL-R). *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2001, vol. 127, no. 5, s. 489-493.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

GUSS	Gugging Swallowing Screen	20
EAT-10	Eating Assessment Tool	21
SWAL-QOL-CZ	Swallowing-related Quality of Life - česká verze	21
SWAL-CARE-CZ	Swallowing-related Quality of Care – česká verze	22
UW-QOL	University of Washington Quality of Life Questionnaire	22
MDADI	The M. D. Anderson Dysphagia Inventory	22
MDQ-30	The Mayo Dysphagia Questionnaire	22
WHOQoL-100	The World Health Organization Quality of Life assessment	23
AAQ	Astronomical Association of Queensland	24
SF-36	Short Form Health Survey	24
EQ-5D	Euro QoL	24
QOL-AD	Quality of Life – Alzheimer’s Disease	24
MMSE	Mini-Mental State Examination	25
VAS	Visual analogue scale	25
ADL	Activities of Daily Living Scale	25
SEIQoL	The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life ...	25

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Četnost označení jednotlivých otázek EAT-10 (1-4 body) (absolutní četnost)	44
Tab. 2 Průměrná hodnota bodů (1-4) jednotlivých otázek EAT-10 (absolutní četnost)	45
Tab. 3 Výpočet Wilcoxonova párového testu u otázek 2 a 4	57
Tab. 4 Výpočet Wilcoxonova párového testu u otázek 10 a 4	59
Tab. 5 Výpočet Wilcoxonova párového testu u otázek 7 a 4	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Graf počtu mužů a žen vyplňujících EAT-10 (relativní četnost)	35
Obr. 2 Graf rozvrstvení pohlaví respondentů v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)..	36
Obr. 3 Graf rozdělení respondentů dle průměrného věku a pohlaví v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)	37
Obr. 4 Graf průměrného věku respondentů v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost) ...	37
Obr. 5 Graf nejvyšší dosažené úspěšnosti v Mini-Cogu (relativní četnost)	38
Obr. 6 Graf nejvyšší dosažené úspěšnosti v Mini-Cogu v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)	39
Obr. 7 Graf úspěšnosti vyplnění testu hodin (relativní četnost)	40
Obr. 8 Graf úspěšnosti vyplnění testu hodin v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost) ...	40
Obr. 9 Graf dosaženého bodového skóre u zopakování tří slov dle vzoru (relativní četnost)	41
Obr. 10 Graf dosaženého bodové skóre u zopakování tří slov dle vzoru v jednotlivých zařízeních (absolutní četnost)	42
Obr. 11 Graf počtu respondentů vyplňujících EAT-10 (absolutní četnost)	43
Obr. 12 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 1 „kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze“ (absolutní četnost)	46
Obr. 13 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 2 „zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“ (absolutní četnost)	47
Obr. 14 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 3 „polykání tekutin je pro mě obtížné“ (absolutní četnost)	48
Obr. 15 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 4 „polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“ (absolutní četnost)	49
Obr. 16 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 5 „polykání pilulek je pro mě obtížné“ (absolutní četnost)	50
Obr. 17 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 6 „polykání je pro mě bolestivé“ (absolutní četnost)	51

Obr. 18 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 7 „polykání mi kazí potěšení z jídla“ (absolutní četnost)	52
Obr. 19 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 8 „při polykání se mi jídlo zadržává v krku“ (absolutní četnost)	53
Obr. 20 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 9 „při jídle kašlu“ (absolutní četnost)	54
Obr. 21 Graf četnosti a míry potíží u otázky č. 10 „polykání je pro mě stresující“ (absolutní četnost)	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	76
Příloha 2	77
Příloha 3	77
Příloha 4	78
Příloha 5	78
Příloha 6	79
Příloha 7	80
Příloha 8	81
Příloha 9	82
Příloha 10	83

Příloha 1

Škála geriatrické deprese dle Yassavage	
Otázka	Odpověď
Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ANO/NE
Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/NE
Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/NE
Nudíte se často?	ANO/NE
Máte většinou dobrou náladu?	ANO/NE
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/NE
Cítíte se převážně šťastný?	ANO/NE
Cítíte se často bezmocný?	ANO/NE
Vysedáváte raději doma, než by jste šel ven a seznamoval se s novými věcmi?	ANO/NE
Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/NE
Myslíte si, že je krásné žít?	ANO/NE
Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/NE
Cítíte se plný elánu a energie?	ANO/NE
Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/NE
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/NE
HODNOCENÍ: Odpověď ANO je hodnocena 1 bodem. 0-5 bodů nepřítomnost deprese 6-10 bodů mírná deprese Nad 10 bodů manifestní deprese – vyžaduje již podrobné vyšetření	

(Venglářová, 2007, str. 20)

Příloha 2

Domovinky

Základní činnosti denního stacionáře dle odstavce 1 § 46 zákona 108/2006 Sb.:

- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;*
- *poskytnutí stravy;*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitosti (Česko, 2006, s. 1270).*

Základní činnosti týdenního stacionáře dle odstavce 1 § 47 zákona 108/2006 Sb.:

- *poskytnutí ubytování;*
- *poskytnutí stravy;*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitosti (Česko, 2006, s. 1270).*

Příloha 3

Zařízení zdravotní ústavní péče

Základní činnosti dle odstavce 1 § 52 zákona 108/2006 Sb.:

- *poskytnutí ubytování;*
- *poskytnutí stravy;*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- *sociálně terapeutické činnosti;*
- *aktivizační činnosti;*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitosti (Česko, 2006, s. 1271).*

Příloha 4

Volnočasové organizace

Základní činnosti dle odstavce 1 § 66 zákona 108/2006 Sb.

- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- *sociálně terapeutické činnosti;*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006, s. 1274).*

Příloha 5

Pokyny pro řešitele:

Řešitel vybere kombinaci tří slov a přečte ji respondentovi. Číslo kombinace zaznamenejte na list s výsledkem respondenta.

1. jablko	koruna	dveře
2. klíč	mrkev	střecha
3. auto	talíř	komín
4. knoflík	obraz	most
5. hruška	lampa	plot
6. skříň	rajče	kolo
7. slepice	židle	autobus
8. šátek	kočka	letadlo
9. konev	houska	pes
10. silnice	deštník	vejce

Příloha 6

HODINY

Vyplní a pokyny přečte řešitel:

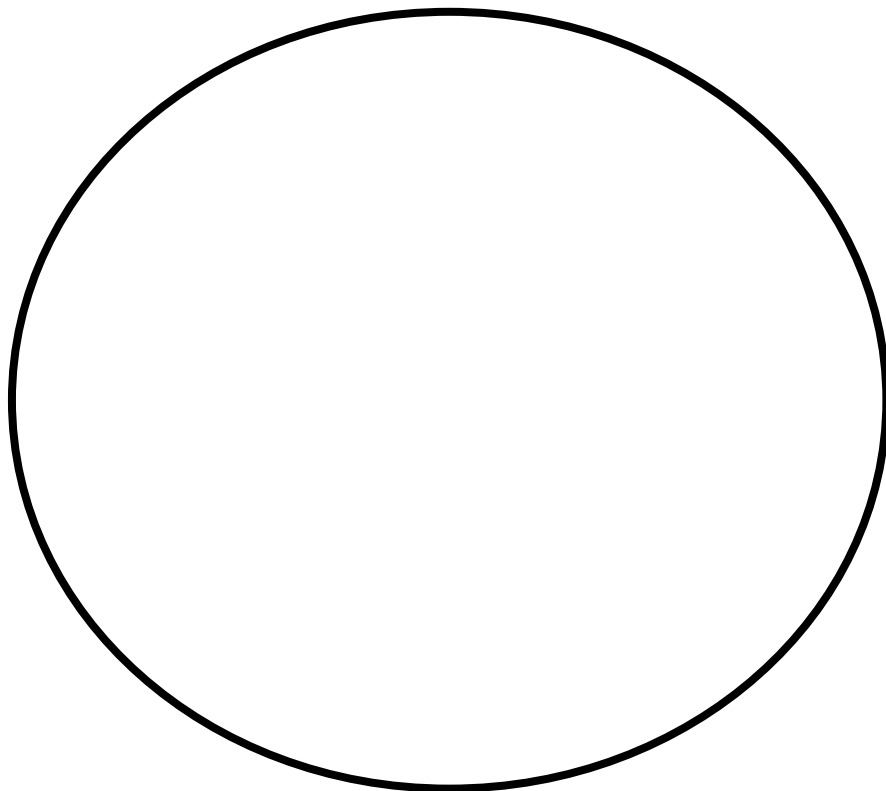
Jméno: _____ Datum narození: _____

Datum: _____

Název zařízení: _____

Pokyny: Dvnitř kruhu nakreslete ciferník hodin, tak jak by jej dítě nakreslilo. Umístěte ručičky hodin tak, aby ukazovaly čas „za deset minut půl deváté“.

Respondent:



Příloha 7

Pokyny pro řešitele:

Vyplní řešitel.

Jméno respondenta: _____

Datum narození: _____ Datum: _____

Název zařízení: _____

Zakroužkujte Ano / Ne:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Jsou přítomna všechna čísla 1-12? | Ano | Ne |
| 2. Je každé číslo (1-12) zobrazeno jen 1x? | Ano | Ne |
| 3. Jsou všechna čísla zobrazena ve správném pořadí? | Ano | Ne |
| 4. Jsou všechna čísla zobrazena ve správném směru
(ve směru hodinových ručiček)? | Ano | Ne |
| 5. Jsou přítomny dvě ručičky jakékoliv délky? | Ano | Ne |
| 6. Ukazuje jedna ručička na 8 a druhá na 4
(znázorňuje čas 8:20)? | Ano | Ne |

Test je normální, pokud jsou všechny odpovědi ANO = 2 body (celkové skóre)

Pokud je alespoň jedna odpověď NE = 0 bodů (celkové skóre)

Příloha 8

DOTAZNÍK O PŘIJÍMÁNÍ POTRAVY (EAT-10)

Vyplní řešitel: Jméno respondenta: _____ Datum narození: _____ Datum: _____

Zdravotnické zařízení: _____

=====

Zakroužkujte vhodnou odpověď.

Určete prosím, do jaké míry jsou pro Vás problematické tyto situace:

0 = Tento problém vůbec nemám

4 = Toto je pro mě velký problém

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Polykání tekutin je pro mě obtížné. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Polykání tuhé stravy je pro mě obtížné. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Polykání pilulek je pro mě obtížné. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Polykání je pro mě bolestivé. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Polykání mi kazí potěšení z jídla. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Při polykání se mi jídlo zadržává v krku. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Při jídle kašlu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Polykání je pro mě stresující. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Celkem EAT-10: _____

Počet minut: _____

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, _____
(plné jméno a datum narození) souhlasím, abych se zúčastnil **zhodnocení mé schopnosti polykat**. Toto zhodnocení je provedeno formou krátkého rozhovoru. Souhlasím s tím, že výsledky rozhovoru mohou být použity pro publikování v odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích. Veškeré údaje o mně i o zařízení, kde jsem nyní umístěn, zůstanou anonymní. Měl(a) jsem dostatek času hovořit o způsobu zhodnocení s níže podepsaným zdravotnickým pracovníkem a potvrzuji tímto, že má účast na tomto zhodnocení je dobrovolná.

Podpis: _____ Datum: _____

Zdravotnický pracovník

Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informoval(a) o cílech i podmínkách zhodnocení její schopnosti polykat způsobem, který byl podle mého soudu srozumitelný. Rovněž prohlašuji, že pokud budou výsledky použity pro vědecké publikace, prezentace a další vzdělávací akce, zůstanou ve všech případech anonymní.

Jméno zdravotnického pracovníka: _____

Podpis: _____ Datum: _____

MINI-COG – Vyplní řešitel.

Jméno respondenta: _____

Datum narození: _____ Datum: _____

Název zařízení: _____

1. Dejte respondentovi pokyn, aby pečlivě naslouchal a poté zopakoval následující slova:
(vyberte ze seznamu kombinací tří slov) Kombinace č. _____
2. Dejte respondentovi pokyn, aby provedl Test hodin.
3. Řekněte respondentovi, aby zopakoval 3 slova, která jste mu předtím řekl(a).

Skórování:

1. Počet správně zopakovaných slov: _____ (1 – 3)
2. Test hodin: _____ (0 nebo 2)
3. Celkem (sečtěte řádek 1 a 2): _____
4. Doba celkem na test zopakovaných slov a test hodin: _____ (minut)
5. Respondent může začít odpovídat na otázky v dotazníku EAT-10, pokud je celkové skóre **3 nebo více bodů**. Pokud je skóre **pod 3 body**, výzkum ukončete bez provedení EAT-10.
6. EAT-10 proveden: ano ne

Příloha 10

Kritické hodnoty Wilcoxonova párového testu

n	$\alpha = 0,05$	$\alpha = 0,01$	n	$\alpha = 0,05$	$\alpha = 0,01$	n	$\alpha = 0,05$	$\alpha = 0,01$
6	0		26	98	75	46	361	307
7	2		27	107	83	47	378	322
8	3	0	28	116	91	48	396	339
9	5	1	29	126	100	49	415	355
10	8	3	30	137	109	50	434	373
11	10	5	31	147	118	51	453	390
12	13	7	32	159	128	52	473	408
13	17	9	33	170	138	53	494	427
14	21	12	34	182	148	54	514	445
15	25	15	35	195	159	55	536	465
16	29	19	36	208	171	56	557	484
17	34	23	37	221	182	57	579	504
18	40	27	38	235	194	58	602	525
19	46	32	39	249	207	59	625	546
20	52	37	40	264	220	60	648	567
21	58	42	41	279	233	61	672	589
22	65	48	42	294	247	62	697	611
23	73	54	43	310	261	63	721	634
24	81	61	44	327	276	64	747	657
25	89	68	45	343	291	65	772	681

(Pytela, 2003)