

Poruchy polykání u seniorů v následné péči

Swallowing Disorders in the Elderly in Post-Acute Care

PhDr. Ing. Jana Horynová, Ph.D.^{1,2} ORCID: 0000-0003-3620-0517

doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.² ORCID: 0000-0002-8800-6057

¹General University Hospital and 1st Faculty of Medicine of Charles University in Prague, Department of Rehabilitation, Albertov 7, 128 00 Praha 2, Czech Republic

²Faculty of Education of Charles University in Prague, Department of Special Education, Magdalény Rettigové 4, 116 39 Praha 1, Czech Republic

jana.horynova@vfn.cz

Abstrakt

Príspevek predstavuje výsledky kvantitatívneho výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jaké základní diagnózy se pojí s poruchami polykání u seniorů v následné péči. Dílčím cílem bylo zjistit, zda seniorští pacienti přicházejí na lůžka následné péče s již diagnostikovanou dysfagií. Výzkumný soubor tvořilo 168 pacientů ve věku 65 let a více s diagnózou dysfagie, hospitalizovaných na lůžkách následné péče.

Hlavními diagnózami seniorů na následné péči spojenými se vznikem dysfagie byly cévní mozkové příhody, neurodegenerativní onemocnění a celkové zhoršení stavu a ztráta soběstačnosti při dekompenzaci jiných základních onemocnění. Bylo zjištěno, že většina pacientů přichází na lůžka následné péče bez stanovené diagnózy dysfagie, přestože vykazuje dysfagické obtíže. Pacienti s těžším stupněm dysfagie byli častěji vyšetřeni a diagnostikováni pro dysfagii již na oddělení akutní péče.

Klíčová slova

Dysfagie, senior, geriatrický pacient, následná péče, klinický logoped, polymorbidita

Abstract

This paper presents the results of a quantitative research study aimed at identifying the primary diagnoses associated with swallowing disorders in elderly patients in post-acute care. A secondary objective was to determine whether elderly patients are admitted to post-acute care units with a pre-existing diagnosis of dysphagia. The study population consisted of 168 patients aged 65 years and older who were diagnosed with dysphagia during hospitalization in post-acute care.

The main diagnoses associated with the development of dysphagia in elderly patients in post-acute care were stroke, neurodegenerative diseases, and general decline with loss of independence, often accompanied by decompensation of other underlying conditions. We found that most patients were admitted to post-acute care units without a diagnosis of dysphagia, despite already exhibiting swallowing difficulties. Patients with more severe dysphagia were more likely to have been examined and diagnosed in the acute care unit.

Keywords

Dysphagia, elderly, geriatric patients, post-acute care, clinical speech and language pathologist, polymorbidity

Úvod

Dysfagie neboli poruchy polykání u seniorů¹ představují rozsáhlé mezioborové téma, které je předmětem zájmu řady lékařských i nelékařských zdravotnických profesí, ale také laické veřejnosti. Vzhledem ke své závažnosti a důsledkům jsou řazeny mezi geriatrické syndromy. Dysfagie mají významný vliv na morbiditu, mortalitu a délku případné hospitalizace nemocného seniora (Baijens et al., 2016). Dysfagie definujeme jako narušení zpracování a/nebo transportu slin, tekutin, kašovitě či pevné stravy v kterékoli části tohoto transportu od úst do žaludku. Výskyt poruch polykání sledujeme u všech věkových skupin pacientů, častý je však právě v seniorském věku.

V souvislosti s procesem stárnutí hovoříme o *presbyfagii* neboli „stárnoucím polykáním“. Je důsledkem věkem podmíněných anatomických, fyziologických a funkčních změn, které jsou

¹ V současné odborné literatuře se jako hranice stáří uvádí nejčastěji 65 let (Vágnerová a Topinková, 2020a; Kalvach et al., 2008). Toto vymezení podporuje také Americká geriatrická společnost.

regresivního charakteru a jsou nevratné. Presbyfagii chápeme jako přirozenou součást stárnutí, jejíž riziko spočívá v tom, že snižuje funkční rezervy organismu. V případě výskytu onemocnění, zhoršení zdravotního stavu seniora se pak může polykání pacienta zhoršit až na úroveň skutečné poruchy polykání se všemi důsledky (Dejaeger et al., 2015; Kraft, 2023).

Incidence dysfagie ve stáří je vysoká. Dle odborných zdrojů přibližně 30–40 % samostatně žijících seniorů a až 60 % seniorů žijících v pobytových zařízeních trpí poruchou polykání. Vysoký je výskyt dysfagií u pacientů po cévních mozkových příhodách (CMP) (42 %) a u neurodegenerativních onemocnění², zejména u pacientů v pozdní fázi syndromu demence (až 93 %) (Banda et al., 2022; Tedla a Černý, 2018).

Výskyt dysfagie závisí na faktorech, jako je věk seniora, jeho funkční kapacita, geriatrická křehkost, polymedikace a polymorbidita. Vyšší výskyt poruch polykání sledujeme u seniorů s funkčními nebo kognitivními poruchami a poruchami hybnosti (Cabré et al., 2010; Serra-Prat et al., 2011; Carrión et al., 2015). Z hlediska etiologie se jedná nejčastěji o neurogenní dysfagie v důsledku cévních mozkových příhod či neurodegenerativních onemocnění. Důležitým faktorem je však také polymorbidita ve stáří (Baijens et al., 2016; Ney et al., 2009).

Na vzniku a progresi dysfagie u seniorů se podílejí také případné další geriatrické syndromy. Leira et al. (2023) zdůrazňují úzkou souvislost mezi malnutricí a dysfagií a také mezi sarkopenií a dysfagií. Rovněž dehydratace se může podílet na rozvoji dysfagických obtíží. Oda et al. (2021) popisují „začarovaný kruh“, kdy malnutrice, sarkopenie³ či dehydratace nejsou jen rizikovými faktory pro vznik dysfagie, ale mohou být také důsledkem poruchy polykání.

Ott et al. (2017) uvádějí i další, méně známé příčiny poruch polykání, mezi které patří diabetes mellitus, expozice těžkým kovům, avitaminóza, ale také gastroezofageální a extraezofageální reflux. Dziewas et al. (2007) a Cicala et al. (2018) upozorňují, že na výskyt poruch polykání může mít vliv řada léků běžně seniorům předepisovaných na úzkosti či deprese. Jedná se o léky, které negativně působí na bdělost pacientů, jako jsou inhibitory zpětného vychytávání

² Neurodegenerativní onemocnění je souhrnný termín, kterým označujeme skupinu onemocnění charakterizovaných postupnou degenerací a úbytkem neuronů v lidském mozku, např. Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu aj.

³ Sarkopenie je samostatnou nozologickou jednotkou, která je od roku 2017 zařazena do MKN-10 pod kódem M62.84. Je charakterizována postupnou generalizovanou svalovou atrofií, která se projevuje snížením síly kosterního svalstva a poklesem celkové fyzické výkonnosti jedince, hraje klíčovou roli v rozvoji syndromu geriatrické křehkosti (Topinková, 2018).

serotoninu, benzodiazepiny, risperidon a haloperidol. U pacientů užívajících antipsychotika zjistily výzkumy vyšší riziko rozvoje aspirační pneumonie.

Mezi základní symptomy poruch polykání u seniorů řadíme, podobně jako u mladších dospělých, aspirace, penetrace, pooling, drooling, leaking, odynofagii, chrapot, pálení na hrudi a další (blíže např. Tedla a Černý, 2018). U geriatrických pacientů však sledujeme určité specifické faktory, které mohou vývoj a závažnost těchto symptomů ovlivňovat. Narušený příjem stravy a výše uvedené symptomy negativně působí na zdraví seniorů, stav jejich výživy, funkční kapacitu, morbiditu, mortalitu a v konečném důsledku na kvalitu života seniorů. Komplikace v podobě respiračních infekcí a aspiračních bronchopnemonií vyžadují rehospitalizaci geriatrických pacientů, vedou k prohloubení jejich geriatrické křehkosti, vzniku malnutrice, dehydratace a nárůstu institucionální péče o seniory (Ortega et al., 2014).

Malnutrice a dehydratace představují zvláště závažné komplikace orofaryngeálních dysfagií, které se podílejí na rozvoji sarkopenie, poklesu funkčnosti, imunity, zhoršení hojení zranění, rozvoji geriatrické křehkosti, nárůstu morbidity a mortality sledované věkové skupiny (Clavé et al., 2012). Významným rizikem pro geriatrické pacienty s poruchami polykání jsou především aspirační pneumonie, na jejichž rozvoji se podílejí tři základní faktory: (1) orofaryngeální dysfagie s aspiracemi; (2) geriatrická křehkost a obecně vysoká náchylnost k onemocněním; (3) nedostatečná hygiena dutiny ústní (Bajens et al., 2016). Jedná se vlastně o začarovaný kruh, jednotlivé faktory a jejich důsledky se vzájemně ovlivňují.

V konečném důsledku představují dysfagie pro seniory také psychickou a sociální zátěž a negativně ovlivňují kvalitu jejich života.

Výzkumná část

V následujícím příspěvku se soustředíme na vybrané aspekty rozsáhlého výzkumu, který se uskutečnil v rámci doktorského studia autorky, s cílem podat ucelený obraz poruch polykání u geriatrických pacientů v prostředí následné lůžkové péče. Výzkum přinesl některá zajímavá zjištění, která bychom zde chtěli představit. Podrobně je celý výzkum představen v dizertační práci *Poruchy polykání u seniorů v kontextu logopedické intervence* (Horynová, 2024).

Cíle výzkumu, výzkumné hypotézy

Cílem sledované části výzkumu bylo zjistit, jaké základní diagnózy se nejčastěji pojí s poruchami polykání u geriatrických pacientů v následné péči. Dílčím cílem bylo zjistit, zda

tito pacienti přicházejí na lůžka následné péče s již diagnostikovanou dysfagií, nebo je u nich porucha polykání zjištěna až v rámci hospitalizace na následné péči.

Ve vztahu k těmto cílům byly formulovány následující výzkumné hypotézy:

H1: Většina pacientů seniorského věku přichází na oddělení následné péče s již stanovenou diagnózou dysfagie z oddělení akutní péče.

Pacienti jsou na lůžka následné péče nejčastěji překládáni z oddělení akutní péče. Madhavan et al. (2016) konstatují, že nejčastějšími příčinami dysfagií u seniorů jsou neurologická onemocnění, zejména cévní mozkové příhody (CMP), neurodegenerativní onemocnění a presbyfagie. Při formulaci hypotézy jsme tedy na podkladě výše uvedeného vycházeli z předpokladu, že se dysfagické obtíže pacientů hospitalizovaných na následné péči manifestovaly již při jejich hospitalizaci na odděleních akutní péče.

H2: Pacienti hospitalizovaní na oddělení neurologie mají častěji stanovenou diagnózu dysfagie než pacienti hospitalizovaní na jiných odděleních.

Při formulaci této hypotézy jsme vycházeli z výše uvedených zjištění (Madhavan et al., 2016), ale také z osobních zkušeností z klinické praxe. Pacienti např. po cévních mozkových příhodách jsou na počátku hospitalizovaní zpravidla na iktových jednotkách, kde v České republice je klinický logoped povinným členem týmu. Zajímalo nás, zda, případně jaké jsou odlišnosti v přístupu k dysfagickým obtížím mezi pacienty přicházejícími na lůžka následné péče z oddělení neurologie a pacienty přicházejícími z ostatních oddělení akutní péče.

H3: Pacienti přicházející na lůžka následné péče s diagnózou dysfagie mají těžší stupeň dysfagie než pacienti, kteří diagnózu dysfagie z akutních lůžek stanovenou nemají.

Tuto hypotézu jsme vyslovili na základě předpokladu, že právě tíže dysfagických obtíží může vést lékaře na oddělení akutní péče k zachycení poruchy polykání a k indikaci logopedické intervence.

Metodika výzkumu

Pro naplnění stanovených cílů výzkumu i s ohledem na očekávaný charakter výzkumných dat jsme zvolili kvantitativní jednocentrový výzkum a jeho metody sběru dat a jejich zpracování.

Hlavní metodu sběru dat představovala podrobná klinicko-logopedická diagnostika polykání. Vycházeli jsme z analýzy zdravotní dokumentace pacienta, kvalitativního klinického vyšetření motorické realizace řeči s důrazem na vyšetření faciokineze (hybnost a svalová síla rtů, jazyka a čelisti) a fonorespirace (respirace, respirace při fonaci, fonace) a vyšetření polykání všech konzistencí. Pro zajištění možnosti kvantifikace získaných dat jsme v rámci této diagnostiky vycházeli z bodové škály standardizovaného screeningového testu GUSS, v českém překladu (Fakultní nemocnice Brno, 2024). Test GUSS je určen primárně pro pacienty po cévních mozkových příhodách (CMP) v akutní fázi onemocnění, využívají jej tedy zejména zdravotní sestry na iktových jednotkách (Václavík et al., 2015; Fakultní nemocnice Brno, 2024). V rámci našeho výzkumu jsme se pro jeho využití rozhodli z důvodu dostupného bodového hodnocení, ale také jednoduchosti jeho administrace u lůžka pacienta.

Test GUSS zahrnuje kvalitativní i kvantitativní hodnocení polykání pacienta a stanovuje stupeň závažnosti dysfagie. Z pozice screeningového nástroje test předepisuje přerušit vyšetření, pokud pacient nezíská plný počet bodů v kterékoli testované položce. Jeho hlavním cílem je zachytit pacienty v riziku poruchy polykání, nikoli je podrobně zkoumat. V rámci našeho výzkumu a klinicko-logopedického vyšetření jsme však chtěli dysfagie podrobně analyzovat. Proto jsme sice využili bodové hodnocení testu GUSS, ale u každého pacienta jsme prošli všemi částmi testu, tedy i když pacient nezískal plný počet bodů v předešlé části, pokračovali jsme ve vyšetření. Získali jsme tak bodové hodnocení polykání všech sledovaných konzistencí.

Na základě výsledků testu GUSS a klinického logopedického vyšetření jsme probandy rozdělili do čtyř skupin tíže poruchy polykání: presbyfagie, lehká dysfagie, středně těžká dysfagie a těžká dysfagie. U pacientů s presbyfagií jsme v klinickém obraze nejčastěji pozorovali prodloužené orální zpracování sousta, opožděné spuštění reflexního polknutí a v některých případech také potřebu sekundárního dopolknutí. Při využití vhodných kompenzačních technik bylo riziko aspirace u této skupiny pacientů minimální.

U pacientů s lehkou dysfagií jsme zpravidla pozorovali obtíže s polykáním pro určité konzistence stravy jak v orální, tak i faryngeální fázi polykání. Nejčastěji se jednalo o tekutiny a smíšené konzistence. Při zavedení vhodných kompenzačních strategií bylo i v této skupině riziko aspirace minimální.

Získaná data jsme dále statisticky zpracovali s využitím popisné statistiky (míry polohy, variability a četnosti) a testu normality (Shapiro-Wilkův test). K analýze dat a ověření hypotéz

jsme využili především neparametrické statistické testy, protože získaná data neměla normální rozdělení. Jednalo se zejména o Mann-Whitneyův U test a testy dobré shody (př. Pearsonův chí-kvadrát).

Anamnestické údaje jsme čerpali především ze zdravotní dokumentace pacienta. Zajímal nás zejména věk probandů, jejich pohlaví, základní onemocnění, stanovení diagnózy poruchy polykání již na oddělení akutní péče a vyšetření klinickým logopedem na odděleních akutní péče.

Hlavní sběr dat probíhal v letech 2017 až 2020. Do výzkumu byli zahrnuti pacienti ve věku 65 let a více hospitalizovaní na lůžkách následné péče, u nichž byla diagnostikována presbyfagie či dysfagie v rámci klinicko-logopedického vyšetření při hospitalizaci na oddělení následné péče.

Výsledky výzkumu

Výzkumný soubor

Hlavní výzkumný soubor tvořilo 168 pacientů seniorského věku, jejichž věkové rozložení znázorňuje tabulka č. 1. 80 pacientů z uvedeného souboru byli muži, s průměrným věkem 80 ± 8 let, 88 pacientů byly ženy, v průměrném věku 83 ± 8 let.

Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru				
Pohlaví	Počet	Průměrný věk (roky)	Medián (roky)	Směrodatná odchylka
Ženy	88	83	84	8
Muži	80	80	80	8

Tabulka č. 1: Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru (Horynová, 2024, s. 115)

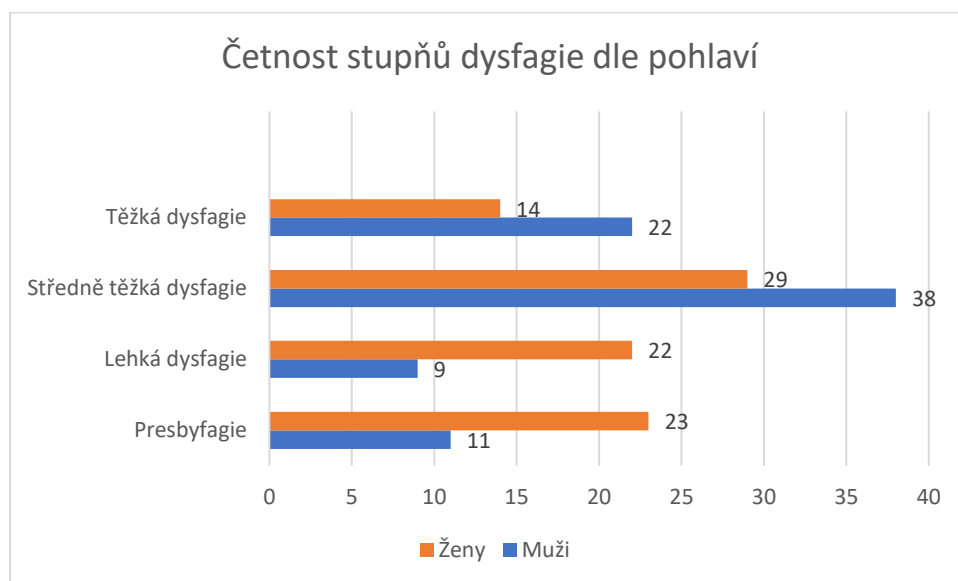
Závažnost dysfagie u pacientů výzkumného souboru

Pro stanovení stupně závažnosti dysfagie u pacientů výzkumného souboru jsme využili bodové škály testu GUSS (0-20 bodů) a klinicko-logopedické vyšetření. S rozložením stupňů závažnosti dysfagie seznamují tabulka č. 2 a graf č. 1.

Stupeň dysfagie	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	% celku
Presbyfagie	23	26,1	11	13,7	34	20,2
Lehká dysfagie	22	25,0	9	11,3	31	18,4
Středně těžká dysfagie	29	33,0	38	47,5	67	39,9

Těžká dysfagie	14	15,9	22	27,5	36	21,4
----------------	----	------	----	------	----	------

Tabulka č. 2: Závažnost dysfagie dle pohlaví (Horynová, 2024, s. 124)



Graf č. 1: Četnost stupňů dysfagie dle pohlaví (Horynová, 2024, s. 125)

U pacientů s hodnotami skóre GUSS 18–19 bodů jsme na základě klinicko-logopedického vyšetření odlišili pacienty s presbyfagií (20,2 %) a lehkou dysfagií (18,4 %). Zajímavé rozdíly byly zjištěny mezi ženami a muži: 51,1 % žen vykazovalo lehký stupeň dysfagie či presbyfagii, zatímco u mužů mělo tyto lehké symptomy pouze 25 % pacientů. Naopak 75 % mužů mělo symptomy dysfagie středně těžkého až těžkého stupně.

Základní onemocnění související s poruchami polykání

Cílem této části výzkumu bylo zjistit, jaká základní onemocnění se pojí s poruchami polykání u sledovaných pacientů seniorského věku. Pro zjištění základních onemocnění probandů jsme využili zejména lékařskou dokumentaci pacientů a položku „*nynější onemocnění*“. Pro možnost kvantifikace jsme okódovali tři hlavní kategorie základního onemocnění, a to „**cévní mozkovou příhodu**“, „**demenci**“ a kategorii „**jiné**“. Zajímala nás také přítomnost polymorbidity, souběhu dvou, nebo tří a více základních onemocnění.

Přehled základních onemocnění ve vztahu k dysfagii dle pohlaví i v rámci celého výzkumného souboru je uveden v tabulce č. 3.

Základní onemocnění	Ženy	Ženy (%)	Muži	Muži (%)	Celkem	% celku
CMP	40	45,5	22	27,5	62	36,9
Demence	9	10,2	6	7,5	15	8,9
Jiné	14	15,9	20	25,0	34	20,2
Souběh 2 diagnóz	23	26,1	29	36,3	52	31,0
3 a více diagnóz	1	1,1	4	5,0	5	3,0

Tabulka č. 3: Základní onemocnění ve vztahu k poruchám polykání⁴ (Horynová, 2024, s. 116)

Z tabulky vyplývá, že u 71,6 % žen se na vzniku dysfagických obtíží podílelo jedno základní onemocnění. Naopak 40 % mužů trpělo dvěma a více základními onemocněními, která velmi pravděpodobně měla vliv na vznik dysfagie. Současné výzkumy potvrzují, že častou příčinou vzniku dysfagií nejen v seniorském věku jsou cévní mozkové příhody (Baijens et al., 2016). Rovněž v našem sledovaném souboru je procentuální zastoupení cévních mozkových příhod jako izolovaného faktoru vysoké (36,9 %).

Sledovaná kategorie „jiné“ zahrnovala řadu významných diagnóz a stavů, jako jsou celkové zhoršení stavu, ztráta soběstačnosti, dekompenzace základního onemocnění (diabetes mellitus, CHOPN), akutní srdeční selhání, renální selhání, septické stavy, respirační insuficience, Parkinsonova nemoc, onkologická onemocnění, ortopedické diagnózy (např. fraktury femuru či páteřních obratlů) a stavy po polytraumatu.

Diagnostika poruch polykání

Naším cílem zde bylo zjistit, zda pacienti seniorského věku přicházejí na oddělení následné péče s již stanovenou diagnózou dysfagie. V souvislosti s tímto cílem jsme si kladli řadu důležitých otázek:

- Proběhla u sledovaného pacienta při hospitalizaci na oddělení akutní péče klinicko-logopedická diagnostika polykání?
- Pokud ano, bylo její součástí také objektivní vyšetření polykání?
- Pokud měl pacient stanovenou diagnózu dysfagie, ale neproběhlo klinicko-logopedické vyšetření polykání, kdo diagnózu dysfagie stanovil?

⁴ Při kategorizaci základních onemocnění, která přispívají k rozvoji dysfagie u geriatrických pacientů, jsme museli přistoupit k určitému zjednodušení. Sledovali jsme pouze onemocnění, která přímo souvisela se vznikem dysfagie. V případech výskytu souběhu více onemocnění jsme jednotlivé diagnózy nerozlišovali. Porucha polykání zde často souvisela se souběhem cévní mozkové příhody nebo neurodegenerativního onemocnění a dalších komorbidit.

- Někteří ze sledovaných pacientů byli přeloženi na oddělení následné péče se zavedenou mimoorální výživou PEGem. Prodělali tyto pacienti na oddělení akutní péče vyšetření klinickým logopedem?

Odpovědi na naše otázky jsme hledali ve zdravotní dokumentaci pacienta, propouštěcí zprávě z oddělení akutní péče a případných zprávách z konziliárních logopedických vyšetření či vyšetření FEES (endoskopické vyšetření polykání) a VFSS (videofluoroskopické vyšetření polykání). Data zjištěná analýzou dokumentace shrnuje tabulka č. 4.

Vyšetření polykání na oddělení akutní péče	Počet pacientů	% celku (N = 168)
Ne, neproběhlo vyšetření polykání klinickým logopedem	113	67,3
<i>Z toho: pacienti bez dg dysfagie</i>	<i>93</i>	<i>55,4</i>
<i>Z toho: pacienti s dg dysfagie stanovenou lékařem</i>	<i>20</i>	<i>11,9</i>
Ano, proběhlo vyšetření polykání klinickým logopedem	37	22,0
<i>Z toho: pacienti bez dg dysfagie</i>	<i>4</i>	<i>2,4</i>
<i>Z toho: pacienti s dg dysfagie</i>	<i>33</i>	<i>19,6</i>
Ano, proběhlo vyšetření polykání klinickým logopedem + objektivní vyšetření⁵, s dg dysfagie	18	10,7

Tabulka č. 4: Vyšetření polykání na oddělení akutní péče (Horynová, 2024, s. 118)

Zjištěné údaje jsou překvapivé. Ze 168 pacientů výzkumu u 113 z nich (67,3 %) neproběhlo klinicko-logopedické vyšetření polykání během jejich pobytu na oddělení akutní péče. U 20 pacientů z těchto 113 byla porucha polykání diagnostikována lékařem a 93 pacientů (55,3 %) nemělo v dokumentaci z oddělení akutní péče žádný záznam o přítomnosti poruchy polykání, poruchy příjmu stravy atp. Zároveň však u všech těchto pacientů klinicko-logopedické vyšetření uskutečněné po jejich přijetí na oddělení následné péče konstatovalo přítomnost poruchy polykání. Pouze 55 pacientů (32,7 %) během jejich hospitalizace na oddělení akutní péče vyšetřil klinický logoped, u 51 pacientů potvrdil poruchu polykání.

Sledovali jsme dále, zda se lišilo procento pacientů vyšetřených klinickým logopedem v závislosti na základní diagnóze pacienta, tedy též do určité míry v závislosti na oddělení

⁵ Objektivní vyšetření zahrnuje FEES (endoskopické vyšetření polykání) či VFSS (videofluoroskopické vyšetření polykání).

akutní péče, kde byl daný pacient hospitalizován. Tabulka č. 5 uvádí oddělení akutní péče, ze kterých pacienti na oddělení následné péče přicházeli. Také představuje základní onemocnění těchto pacientů.

Oddělení akutní péče	Základní diagnóza	Vyšetření KL	Bez vyšetření KL
Chirurgie	Ileózní stavy	0	4
Interní medicína	Zhoršení celkového stavu	3	46
Neurologie	Cévní mozkové příhody	47	21
Neurochirurgie	Traumatické poranění mozku	0	3
ORL	Onkologická onemocnění	1	2
Pneumologie	Bronchopneumonie, akutní exacerbace CHOPN, respirační selhání	2	9
Kardiologie	Angina pectoris	0	1
Ortopedie	Pertrochanterické fraktury aj.	0	16
Následná péče	Stavy po CMP, zhoršení celkového stavu	0	6
Spondylochirurgie	Fraktury obratlů	0	2
Rehabilitace	Cévní mozkové příhody	2	0
Domácí péče	Cévní mozkové příhody	0	2
DIOP	Cévní mozkové příhody	0	1
Součet		55	113

Tabulka č. 5: Přehled pacientů vyšetřených/bez vyšetření klinickým logopedem (KL) v akutní fázi onemocnění (Horynová, 2024, s. 120)

Z výsledků vyplývá, že vyšetření polykání klinickým logopedem jsou nejčastěji indikována lékaři neurologického oddělení, a to zejména u pacientů po cévních mozkových příhodách. Opačnou situaci vidíme na ostatních odděleních akutní péče. Jen u velmi malého procenta hospitalizovaných seniorů bylo indikováno vyšetření klinickým logopedem. Např. ze 49 pacientů interního oddělení byli klinickým logopedem vyšetřeni pouze 3 pacienti, přitom dle dokumentace devíti z těchto pacientů byl zaveden PEG pro „insuficientní per os příjem“ nebo diagnózu „terminální Alzheimerovy choroby“ či „těžké demence“. Podobně ze 16 seniorských pacientů hospitalizovaných na oddělení ortopedie nebylo indikováno vyšetření polykání u žádného z nich, přestože na základě poznatků o presbyfagii víme, že senioři s presbyfagií,

kteří např. podstoupí ortopedickou operaci, jsou ve výrazném riziku dysfagie v rámci zhoršení zdravotního stavu.

Testování hypotéz

Analýzou rozdělení získaných skóre testu GUSS s využitím Shapiro-Wilkova testu normality jsme zjistili, že data nemají pro sledovaný výzkumný soubor normální rozdělení (SW-W= 0,87; $p < 0,001$). Proto jsme pro ověření platnosti stanovených hypotéz využili neparametrické testy.

H1: Většina pacientů seniorského věku přichází na oddělení následné péče s již stanovenou diagnózou dysfagie z akutních lůžek.

Pro ověření této hypotézy jsme využili absolutní a relativní četnosti ze souboru pacientů (tabulka č. 6). 97 pacientů z celkových 168 (57,7 %) nemělo při překladi na oddělení následné péče diagnostikovanou poruchu polykání, přestože se u nich vzápětí po přijetí dysfagické obtíže projeví.⁶ Hypotézu H1 nelze na základě uvedených zjištění přijmout.

H2: Pacienti hospitalizovaní na oddělení neurologie mají častěji stanovenou diagnózu dysfagie než pacienti hospitalizovaní na jiných odděleních.

Pro ověření hypotézy H2 jsme využili testy dobré shody, pro jejichž výpočet jsme si připravili pomocnou kontingenční tabulku (tabulka č. 6).

Dysfagie	Neurologie	Ostatní oddělení akutní péče	Celkem
ANO	49	22	71
NE	18	79	97
Celkem	67	101	168

Tabulka č. 6: Absolutní četnosti pacientů se vstupní diagnózou dysfagie a bez ní a oddělení akutní péče, ze kterého byli přeloženi na lůžka následné péče (Horynová, 2024, s. 131)

Dle tabulky č. 6 mělo diagnostikovanou poruchu polykání 49 ze 67 pacientů hospitalizovaných na oddělení neurologie. A naopak 79 ze 101 pacientů hospitalizovaných na ostatních odděleních

⁶ Klinickologopedické vyšetření polykání u těchto pacientů proběhlo během prvních dvou dnů po jejich přijetí na oddělení následné péče.

akutní či subakutní péče nemělo dysfagii diagnostikovánu nemělo, tj. v jejich zdravotní dokumentaci nebyl o přítomnosti poruchy polykání žádný záznam.

Výsledky testů dobré shody (tabulka č. 7) ukazují statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$). Hypotézu H2 tedy přijímáme. Pacienti hospitalizovaní na neurologické klinice mají diagnózu dysfagie stanovenou častěji než pacienti hospitalizovaní na jiných odděleních.

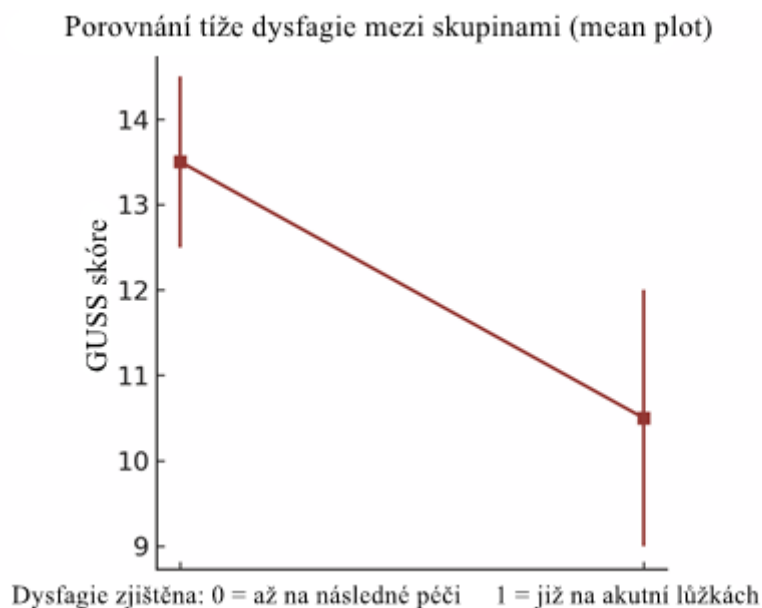
Statistický test	χ^2 (kritická hodnota)	Stupně volnosti	Hodnota p
Pearsonův chí-kvadrát	43,53	1	$p < 0.001$
Yatesova korekce χ^2	45,01	1	$p < 0.001$
Fisherův faktoriálový test	–	–	$p < 0.001$
M-L chí-kvadrát	41,45	1	$p < 0.001$

Tabulka č. 7: Výsledky testů dobré shody pro ověření hypotézy H2 (Horynová, 2024, s. 132)

H3: Pacienti přicházející na lůžka následné péče s diagnózou dysfagie mají těžší stupeň dysfagie než pacienti, kteří diagnózu dysfagie z oddělení akutní péče stanovenou nemají.

Pro ověření hypotézy jsme porovnali skóry testu GUSS a přítomnost/nepřítomnost diagnózy dysfagie u pacientů na oddělení akutní péče. Použili jsme k tomu neparametrický Mannův Whitneyův U test, kterým jsme ověřili tzv. oboustrannou alternativní hypotézu. Výsledky tohoto testu ($U = 2237$; $p = 0,00038$, $p < 0,01$) svědčí pro signifikantní rozdíl v tíži polykání mezi oběma sledovanými skupinami. Hypotézu H3 přijímáme.

Graf č. 2 zobrazuje průměrné hodnoty skóru testu GUSS a 95% intervaly spolehlivosti pro obě skupiny pacientů. Skupina 0 představuje pacienty, u nichž byla dysfagie poprvé zjištěna až na oddělení následné péče, skupina 1 zahrnuje pacienty, u nichž byla dysfagie diagnostikována již na oddělení akutní péče. U pacientů přicházejících na oddělení následné péče s již diagnostikovanou dysfagií byla průměrná hodnota testu GUSS nižší, což svědčí pro závažnější narušení polykání.



Graf č. 2: Porovnání tíže dysfagie mezi pacienty, u kterých byla porucha polykání zjištěna až na oddělení následné péče, a pacienty, u kterých byla diagnostikována již na akutních lůžkách (Horynová, 2024, s. 133)

Diskuse

Předmětem našeho výzkumu byly poruchy polykání u souboru 168 pacientů ve věku 65 let a více s diagnostikovanou poruchou polykání a hospitalizovaných na oddělení následné péče. Uvedený výzkumný soubor byl z hlediska pohlaví i věku poměrně vyvážený, celkem jsme sledovali 80 mužů (průměrný věk 80 ± 8 let) a 88 žen (průměrný věk 83 ± 8 let).

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaká základní onemocnění se pojí s poruchami polykání u sledovaných probandů. Zjistili jsme, že nejčastějšími onemocněními, která měla velmi pravděpodobně vliv na vznik poruchy polykání, byly cévní mozkové příhody, neurodegenerativní onemocnění, celkové zhoršení stavu a ztráta soběstačnosti při dekompenzaci jiných chronických základních onemocnění, jako např. diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a srdeční či renální selhání. Tyto stavy často souvisely s přítomnou polymorbiditou geriatrických pacientů.

Zjištěné údaje korespondují se skutečností, že většina pacientů přicházejících na lůžka následné péče byla překládána z oddělení neurologie a interní medicíny. U 71,6 % žen sledovaného souboru se jednalo spíše o izolovaná základní onemocnění. Naopak 40 % mužů ve výzkumném souboru mělo dle dokumentace dvě a více onemocnění v přímé souvislosti s poruchou polykání. Výše uvedená zjištění jsou v souladu s poznatky dosavadních výzkumů, které

uvádějí, že cévní mozkové příhody a neurodegenerativní onemocnění jsou nejčastější příčinou vzniku dysfagií v seniorském věku (Baijens et al., 2021; Ney et al., 2009).

Dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, zda tito pacienti přicházejí na oddělení následné péče s již diagnostikovanou dysfagií, nebo je u nich porucha polykání zjištěna až v rámci hospitalizace na následné péči. Ve vztahu k tomuto cíli byly stanoveny tři hypotézy. 67,3 % všech sledovaných pacientů nebylo při hospitalizaci na odděleních akutní péče vyšetřeno klinickým logopedem (KL). 57,7 % pacientů nemělo při překladi na oddělení následné péče stanovenou diagnózu dysfagie. 11,9 % pacientů stanovil diagnózu dysfagie či poruchy příjmu potravy lékař. Hypotézu H1 tedy nebylo možné přijmout.

Četnost pacientů, kteří byli vyšetřeni klinickým logopedem, se lišila podle oddělení akutní péče. 47 pacientů z celkem 68 léčených na oddělení neurologie bylo vyšetřeno klinickým logopedem. Naopak ze 49 pacientů hospitalizovaných na oddělení interní medicíny byli vyšetřeni klinickým logopedem pouze 3 pacienti. U žádného z geriatrických pacientů hospitalizovaných na chirurgických odděleních a ortopedii nebylo indikováno logopedické konzilium. Pomocí testu dobré shody jsme ověřili a přijali hypotézu H2. Pacienti hospitalizovaní na neurologické klinice mají diagnózu dysfagie stanovenou častěji než pacienti léčení na jiných odděleních akutní péče.

S využitím neparametrického Mannova-Whitneyho U testu pro porovnání skóre testu GUSS a diagnózy dysfagie stanovené při hospitalizaci pacientů na oddělení akutní péče jsme také ověřili a přijali hypotézu H3. Pacienti přicházející na oddělení následné péče s diagnózou dysfagie mají těžší stupeň dysfagie než pacienti, kteří diagnózu dysfagie z oddělení akutní péče stanovenou nemají. Tíže dysfagie u pacientů hospitalizovaných na oddělení akutní péče byla velmi pravděpodobně hlavním faktorem, který ovlivnil, zda bylo u pacienta indikováno vyšetření klinickým logopedem a také zda byla stanovena diagnóza dysfagie při hospitalizaci pacienta na akutních lůžkách. Naproti tomu pacienti s presbyfagií či velmi mírnou dysfagií často unikli klinickému záchytu a byli přeloženi na lůžka následné péče bez dokumentované diagnózy.

Výše uvedená zjištění přinášejí v problematice poruch polykání u seniorů zásadní sdělení. Vzhledem k polymorbiditě a geriatrické křehkosti pacientů zejména ve vyšším věku senia je velmi potřebné předcházet poruchám polykání, případnému zhoršení symptomů presbyfagie do obrazu skutečné dysfagie. Všichni pacienti následné péče zařazení do našeho výzkumu vykazovali při klinickologopedickém vyšetření na oddělení následné péče symptomy dysfagie, přesto většina těchto pacientů —zejména pak z jiných oddělení akutní péče, než je neurologické

oddělení— neměla v překládové zprávě žádný záznam o poruše polykání či obtížném per os příjmu.

Důvodů, proč tomu tak je, může být více. Domníváme se, že odborná i laická veřejnost stále není dostatečně informována o problematice dysfagií u seniorů, ale také o důležitosti role klinického logopeda v této oblasti. Další možnou příčinou může být také omezená dostupnost klinických logopedů pro konziliární činnost na některých odděleních. Uvedená zjištění zdůrazňují potřebu dalšího vzdělávání, zvyšování povědomí a investování zdrojů do včasné detekce a řešení dysfagie u geriatrické populace.

Zároveň však musíme zmínit určité limity našeho výzkumu. Byl realizován pouze v jedné instituci následné péče. Všichni účastníci studie podstoupili podrobné klinické logopedické vyšetření a byli hodnoceni pomocí testu GUSS za účelem kvantifikace dat. Většina pacientů však, z provozních důvodů a z důvodu zdravotního stavu, který neumožňoval transport, nepodstoupila instrumentální vyšetření (FEES, VFSS). Subjektivní metody hodnocení použité v našem výzkumu mohly vést k jistému zkreslení výsledků.

Určitým limitem jsou také nutná zjednodušení, která jsme přijali za účelem zajištění přehlednosti a usnadnění kategorizace pacientů. U pacientů se dvěma nebo více současně probíhajícími onemocněními jsme nezkoumali jednotlivé diagnózy tvořící tyto kombinace. Podrobnější analýza by pravděpodobně zvýšila počet pacientů zařazených do skupiny po cévní mozkové příhodě nebo se syndromem demence.

Ve studii jsme také nerozlišovali typy dysfagie (orální, faryngeální nebo orofaryngeální), ani jsme se nesoustředili na konkrétní problematické konzistence stravy. Tato hlediska by mohla být sledována v některém budoucím výzkumu.

Je také potřeba zdůraznit, že se uvedená zjištění vztahují výhradně na geriatrické pacienty ve věku 65 let a starší hospitalizované na oddělení následné péče, nelze je proto zobecnit na širší populaci seniorů.

Závěry a doporučení pro praxi

Článek představuje výsledky dílčího výzkumu zaměřeného na identifikaci hlavních diagnóz, které se pojí s poruchami polykání u seniorů v následné péči, a na zjištění, zda tito pacienti přicházejí na oddělení následné péče s již dříve stanovenou diagnózou poruchy polykání. Výzkum přinesl jak očekávané, tak překvapivé výsledky, které níže shrnujeme spolu s konkrétními doporučeními pro praxi.

Především je zapotřebí zvýšit povědomí mezi zdravotnickými pracovníky i širokou veřejností o presbyfagii, věkem podmíněných změnách polykání a dysfagii u geriatrických pacientů. Je nezbytné zdůrazňovat, že dysfagie přináší vážné důsledky zahrnující respirační infekce, malnutrici, dehydrataci a jiné zdravotní komplikace.

V rámci výše uvedeného zvyšování povědomí bychom měli též zahrnout edukaci o základních režimových opatřeních, která mohou pomoci předcházet komplikacím spojeným s poruchami polykání. Neméně důležité je také průběžné odborné vzdělávání zaměřené na roli klinických logopedů při léčbě dysfagie, možnosti mezioborové spolupráce a aktuální poznatky výzkumu týkající se strategií péče a preventivních opatření u geriatrických pacientů s poruchami polykání.

Zásadní je rovněž kvalitní vzdělávání budoucích klinických logopedů, protože jejich odborné znalosti hrají klíčovou roli při budování důvěry a efektivní spolupráce s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky. Silná mezioborová spolupráce je klíčovým faktorem pro zajištění kvalitní péče o pacienty s poruchami polykání, zejména u starších dospělých.

Souhlasíme s Umay et al. (2022), kteří doporučují, aby všichni hospitalizovaní senioři ve věku 80 let a více, nejen ti s neurologickými onemocněními, podstoupili vyšetření polykání. Podle Umay et al. (2022) by stejný přístup měl být aplikován i u mladších seniorů (ve věku 65 let a více), u nichž se vyskytují rizikové faktory pro dysfagii. Tato strategie by nám umožnila včasné zachycení zhoršující se presbyfagie u oslabených pacientů, například těch, kteří podstoupí ortopedickou operaci, u nichž se v důsledku zhoršeného zdravotního stavu může rozvinout dysfagie, která pak může potenciálně způsobit závažné až fatální komplikace.

V České republice v současné době chybí standardizovaný léčebný protokol pro geriatrické pacienty s dysfagií. Zavedení takového protokolu by mohlo zahrnovat preventivní a léčebná opatření uvedená výše, standardizovat péči, definovat algoritmy hospitalizace pro starší pacienty a snížit riziko dysfagie a jejich komplikací.

Zjištění uvedená zde jsou součástí širší studie o poruchách polykání u starších pacientů v následné péči. Tento výzkum přinesl další poznatky a doporučení, která jsou podrobně uvedena v citované disertační práci. Téma presbyfagie a poruch polykání u starších osob zůstává vysoce aktuální a nabízí významné příležitosti pro další výzkum, díky kterému se budou dále formovat budoucí léčebné postupy.

Literatura:

BAIJENS, L. Wj.; CLAVÉ, P.; CRAS, P.; EKBERG, O.; FORSTER, A. et al., 2016. *European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome*. Online. *Clinical interventions in aging*, vol. 11, pp. 1403–1428. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>.

BANDA, K. J.; CHU, H.; KANG, L. X.; LIU, D.; PIEN, L. Ch. et al., 2022. *Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis*. Online. *BMC geriatrics*, vol. 22, no. 1, article 420. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02960-5>.

CABRÉ, M.; SERRA-PRAT, M.; PALOMERA, E.; ALMIRALL, J.; PALLARES, R. et al., 2010. *Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia*. Online. *Age and ageing*, vol. 39, no. 1, pp. 39–45. Available from: Oxford Academic, <https://doi.org/10.1093/ageing/afp100>.

CARRIÓN, S.; CABRÉ, M.; MONTEIS, R.; ROCA, M.; PALOMERA, E. et al., 2015. *Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital*. Online. *Clinical nutrition*, vol. 34, issue 3, pp. 436–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.014>.

CICALA, G.; BARBIERI, M. A.; SPINA, E. and DE LEON, J., 2018. *A comprehensive review of swallowing difficulties and dysphagia associated with antipsychotics in adults*. Online. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, vol. 12, no. 3, pp. 219–234. Available from: <https://doi.org/10.1080/17512433.2019.1577134>.

CLAVÉ, P.; ROFES, L.; CARRIÓN, S.; ORTEGA, O.; CABRÉ, M. et al., 2012. *Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older*

people. Online. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, vol. 72, pp. 57–66. Available from: <https://doi:10.1159/000339986>.

DEJAEGER, M.; LIESENBORGHS, C. and DEJAEGER, E., 2015. Presbyphagia. Online. In SPEYER, R. and BOGAARDT, H. (ed.). *Seminars in Dysphagia*. ISBN 978-953-51-4217-1. Available from: <https://doi:10.5772/60780>.

DZIEWAS, R.; WARNECKE, T.; SCHNABEL, M.; RITTER, M.; NABAVI, D. G. et al., 2007. *Neuroleptic-induced dysphagia: case report and literature review*. Online. *Dysphagia*, vol. 22, no. 1, pp. 63–7. Available from: <https://doi:10.1007/s00455-006-9032-9>.

UNIVERSITY HOSPITAL BRNO: Department of Neurology, Clinical Speech and Language Pathology, 2024. *Screening dysfagie – GUSS*. Online. Brno: University Hospital Brno. Available from: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>.

HORYNOVÁ, J., 2024. *Poruchy polykání u seniorů v následné péči v kontextu logopedické intervence*. Online. Dissertation thesis. Prague: Charles University, Faculty of Education. Available from: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/194179/140122272.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

KRAFT, M., 2023. *Presbyfagie versus dysfagie – role logopeda v řešení poruch polykání*. Online. *Geriatric a gerontologie*, vol. 12, no. 2, pp. 94–96. Available from: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2023-2-22/presbyfagie-versus-dysfagie-role-logopeda-v-reseni-poruch-polykani-134893>.

LEIRA, J.; MASEDA, A.; LORENZO-LÓPEZ, L.; CIBEIRA, N.; LÓPEZ, R. et al., 2023. *Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review*. Online. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 110, e. 104991, pp. 1–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/archger.2023.104991>.

MADHAVAN, A.; LAGORIO, L. A.; CRARY, M. A., DAHL, W. J. and CARNABY, G. D., 2016. *Prevalence of and Risk Factors for Dysphagia in the Community Dwelling Elderly: A Systematic Review*. Online. *The Journal of nutrition, health & aging*, vol. 20, no. 8, pp. 806–815. Available from: <https://doi:10.1007/s12603-016-0712-3>.

NEY, D.; WEISS, J.; KIND, A. and ROBBINS, J., 2009. *Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions*. Online. *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 24, no. 3, pp. 395–413. Available from: <https://doi.org/10.1177/0884533609332005>.

ODA, K.; MONTAVRE, J.; PARSONS, J. and BOYD, M., 2021. *Oral Care in Hospital Settings: Breaking the Vicious Circle of Older Adult Deconditioning*. Online. *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 47, no. 6, pp. 7–12. Available from: <https://doi.org/10.3928/00989134-20210507-01>.

ORTEGA, O.; PARRA, C.; ZARCERO, S.; NART, J.; SAKWINSKA, O. et al., 2014. *Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia*. Online. *Age and ageing*, vol. 43, no. 1, pp. 132–7. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/aft164>.

OTT, A.; VERONESE, N.; DAMULEVIČIENE, G.; KASIUKIEWICZ, A. and TSIANTOUL, E., 2017. *Oral health and dysphagia in the older population: Report of the 2nd EICA-ESSD EUGMS train the trainers course*. Online. *European Geriatric Medicine*, vol. 8, no. 2, pp. 191–195. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.01.013>.

SERRA-PRAT, M.; HINOJOSA, G.; LÓPEZ, D.; JUAN, M.; FABRÉ, E. et al., 2011. *Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons*. Online. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, no. 1, pp. 186–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x>.

TEDLA, M. and ČERNÝ, M., 2018. Definícia základných pojmov a epidemiológia porúch prehltania. In TEDLA, M.; ČERNÝ, M. et al. *Poruchy polykání*. 2nd edition. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2018, pp. 18–23. ISBN 978-80-7311-188-5.

UMAY, E.; EYIGOR, S.; BAHAT, G.; HALIL, M.; GIRAY, E., 2022. *Best Practice Recommendations for Geriatric Dysphagia Management with 5Ws and 1H*. Online. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, vol. 26, no. 2, pp. 94–124. Available from: <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0145>.

VÁCLAVÍK, D.; SOLNÁ, G.; LASOTOVÁ, N.; LEBEDOVÁ, Z.; HOFMANOVÁ, J. et al., 2015. *Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standard léčebného plánu*. Online. *Česká a slovenská neurologie*, vol. 78/111, no. 6, pp. 721–727. Available from: <https://doi.org/10.14735/amcsnn2015721>.