

ORIGINAL ARTICLE

SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ POLYKACÍ FUNKCE U SENIORŮ: VYUŽITÍ ZAHRANIČNÍHO NÁSTROJE EAT-10

Subjective assessment of the swallowing function in seniors: Use of the foreign tool EAT-10

Kateřina Petržílková^{1,2}, Petra Mandysová^{1,3}, Jana Škvrňáková^{1,4}, Edvard Ehler^{3,1}

¹Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetřovatelství

²Krajská nemocnice Liberec, a. s., Neurocentrum JIP

³Pardubická krajská nemocnice, a. s., Neurologická klinika

⁴Pardubická krajská nemocnice, a. s., Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

Summary

Difficulties in swallowing are a frequent and potentially severe problem. Dysphagia can be encountered in any period of life, but the prevalence is essentially higher in seniors (Roy et al., 2007, p. 858–865). Due to the population aging (Czech Statistical Office, 2009), it is to expect that the occurrence of swallowing disorders will ever be increased with increasing the average life span. In the dysphagia diagnostics, on the one hand, objective data resulting from the patient examination are obtained, but it is also suitable to consider subjective data, which are accumulated in the course of interviews. The Eating Assessment Tool (EAT-10) (Belafsky et al., 2008, p. 919–924) may be used for this purpose.

The target of the study presented here was to test the tool in an available sample of seniors, to determine the rate of occurrence of subjectively observed problems in swallowing and to describe the measure of their importance. These were seniors over 65 years of age from institutions of the health and social care in the Liberec Region. The mentioned tool EAT-10 consisting of ten items focused on the subjective assessment of the existence of problems in swallowing was employed. The rate of the problems and measure of their importance were determined. The condition for including the senior into the examination was successful completing of testing cognitive functions – Mini-Cog (Borson et al., 2006, p. 349–355) and signing the informed consent. The sample included 124 respondents over 65 years of age.

The research examination revealed that total of 51 (41%) of respondents felt subjective difficulties in swallowing; 31 (25%) of respondents had the total score according to the tool EAT-10 ≥ 3 points (the maximum possible score being of 40 points). The average measure of the importance of subjectively considered problems in swallowing, as obtained in particular items, was of 1.5–2.42 points (0 = no problem, 4 = major problem).

Key words: dysphagia – EAT-10 – screening of swallowing difficulties – subjective assessment

Souhrn

Potíže s polykáním jsou častým a potenciálně závažným problémem. I když se dysfagie vyskytuje v každém věkovém období, prevalence u seniorů je podstatně vyšší (Roy et al., 2007, p. 858–865). Vzhledem ke stárnutí populace (Český statistický úřad, 2009) můžeme předpokládat, že

Submitted: 2012-01-11 • Accepted: 2012-06-06 • Published online: 2012-09-27
KONTAKT: 14/3: 261–268 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

zvyšováním průměrného věku se bude výskyt poruch polykání také neustále zvyšovat. Při diagnostice dysfagie se získávají jednak objektivní data na základě vyšetření pacienta, ale zároveň je vhodné se opírat i o data subjektivní, která jsou zjišťována při rozhovoru. Lze přitom využít nástroj Eating Assessment Tool (EAT-10) (Belafsky et al., 2008, p. 919–924).

Cílem této studie bylo tento nástroj vyzkoušet na dostupném vzorku seniorů, zjistit u nich četnost výskytu subjektivně pociťovaných potíží s polykáním a popsat míru jejich závažnosti. Jednalo se o seniory ve věku nad 65 let v 5 zařízeních zdravotnické a sociální péče v Libereckém kraji. Byl využit zmíněný nástroj EAT-10, který je složen z deseti položek zaměřených na subjektivní posouzení existence potíží s polykáním. Zjišťována byla četnost daných obtíží a míra jejich závažnosti. Podmínkou pro zařazení seniora do šetření bylo úspěšné splnění testu kognitivních funkcí – Mini-Cog (Borson et al., 2006, p. 349–355) a podepsání informovaného souhlasu. Vzorek tvořilo celkem 124 respondentů ve věku nad 65 let.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že celkem 51 (41 %) respondentů pociťovalo subjektivní potíže při polykání; 31 dotazovaných (25 %) mělo celkové skóre dle nástroje EAT-10 ≥ 3 body (přičemž maximální možné skóre je 40 bodů). Průměrná míra závažnosti subjektivně pociťovaných problémů při polykání dosáhla u jednotlivých položek hodnoty 1,5–2,42 bodu (0 = žádný problém, 4 = velký problém).

Klíčová slova: dysfagie – EAT-10 – screening poruch polykání – subjektivní hodnocení

ÚVOD

Dysfagie není nemoc, ale symptom projevující se potížemi při polykání. V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) je klasifikována v kapitole „příznaky a symptomy“, ale někdy je tento termín používán i pro samotný stav (Příznaky, znaky... /R00–R99/, 2011). Porucha polykání je častým a potencionálně závažným problémem u celé řady onemocnění. Jakékoliv narušení polykání může do velké míry ovlivnit zdravotní stav nemocného a kvalitu jeho života (Tedla et al., 2009, p. 18). V praxi se s dysfagií setkáváme poměrně často, ale i přesto je této problematice věnována daleko menší pozornost než některým dalším ošetrovatelským problémům (Benešová et al., 2011, s. 62). Dysfagie je multidisciplinárním problémem. Je to příznak závažný z pohledu lékaře, ale i dalších zdravotnických pracovníků (všeobecná sestra, logoped, nutriční terapeut, rehabilitační pracovník atd.).

Jak se ukázalo ve výzkumném šetření Roye et al. (2007, p. 858–865), prevalence dysfagie je podstatně vyšší u seniorů než v jiných věkových kategoriích, dle Tedly et al. (2009, p. 21) dosahuje až 50 %. Z dat Českého statistického úřadu (2009) je zřejmé, že se zvyšuje průměrná délka života a existuje domněnka, že tomu

takto bude i v dalších letech. Na tuto demografickou prognózu vývoje populace poukazují i další autoři (Tóthová et al., 2011, s. 130). I proto se můžeme domnívat, že se s dysfagií budeme setkávat stále častěji. Roy et al. (2007, p. 858–865) a Spieker (2000, p. 3639) dále poukazují na fakt, že celá řada lidí s poruchou polykání nikdy nevyhledá odbornou pomoc a že řada seniorů považuje obtíže v polykání za běžný příznak stáří. I z tohoto důvodu mohou problémy s polykáním uniknout pozornosti zdravotníků (Benešová et al., 2011, s. 62).

Je důležité včas odhalit přítomnost dysfagie. Ovlivňuje kvalitu života jedince, způsobuje mu dyskomfort a může vážně zkomplikovat zdravotní stav. Proto je často propagován screening poruch polykání, který umožňuje snadněji upozornit na příznak a stanovit ošetrovatelskou diagnózu „porušené polykání“. Tím je docíleno rychlejší nápravy zdraví a může být zabráněno i vzniku komplikací (Mandysová et al., 2011, s. 19).

V praxi nás sice zajímá malnutrice, která může být jednou z komplikací dysfagie, ale samotná prvotní příčina zůstává skryta v pozadí. Existuje mnoho standardizovaných testů, které slouží k hodnocení nutričního sta-

vu klienta/pacienta (K/P), ty však nevěnují otázce polykání dostatečnou pozornost. Mezi základní testy patří např. MNA – Mini Nutritional Assessment či MNA-SF – Mini Nutritional Assessment (short form), což je zkrácená verze MNA. V obou těchto hodnoticích škálách je věnována otázka i poruchám příjmu potravy, se zaměřením na obtíže při žvýkání a polykání. Obtíže hodnotí dotazovaný na bodové škále podle míry potíží (0 = „ano, výrazně“; 2 = „ne“) (Topinková, 2003, s. 9). K dalším testům lze zařadit i NRS 2002 – Nutritional Risk Screening či MUST – Malnutrition Universal Screening Tool. Ani v jednom z těchto dvou zmíněných testů není zohledněn problém K/P s polykací funkcí (NRS 2002 – nutriční rizikový screening (Nutritional Risk Screening 2002, 2010; MUST, 2003; Kozáková et al., 2011, s. 18–21). Dalším nástrojem je standardizovaný dotazník kvality života SWAL-QOL – Quality of Life in Swallowing Disorders questionnaire, který se zabývá posuzováním kvality života při dysfagii, avšak v českém jazyce zatím není k dispozici (Leow et al., 2010, p. 216–220).

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na hodnocení polykací funkce u rizikové skupiny seniorů nad 65 let. Použit byl zahraniční nástroj subjektivního hodnocení polykací schopnosti klientem Eating Assessment Tool (EAT-10), který umožňuje odhalit/identifikovat subjektivně pociťované potíže při polykání u K/P. Na základě získaných informací může dát zdravotník (sestra) podnět k dalším, již objektivním vyšetřením s cílem úpravy dysfagie (Belafsky et al., 2008, p. 919–924).

Hlavním cílem bylo vyzkoušet nástroj EAT-10 na dostupném vzorku seniorů ve věku nad 65 let v Libereckém kraji. Na tomto vzorku pak:

1. Zmapovat prevalenci subjektivně pociťovaných potíží při polykání pomocí zahraničního nástroje EAT-10 (počet respondentů s celkovým skóre ≥ 1 bod).
2. Zjistit četnost abnormálního výsledku dle nástroje EAT-10 (počet respondentů s celkovým skóre ≥ 3 body).
3. Zjistit průměrnou míru obtíží pro jednotlivé položky nástroje EAT-10.

METODIKA

Charakteristika souboru

Kvantitativní výzkum probíhal v pěti zařízeních zdravotní a sociální péče v Libereckém kraji od začátku dubna do konce října roku 2011. Jednalo se o záměrný výběr. Respondenti byli vždy na začátku sběru dat informováni o cílech a způsobu výzkumného šetření, o dobrovolné účasti ve studii a zajištění anonymity. Podmínkou účasti ve výzkumu byl podpis informovaného souhlasu. Druhou podmínkou bylo úspěšné absolvování testu Mini-Cog (testu kognitivních schopností) (Borson et al., 2006, p. 349–355). Tím byla zajištěna dostatečná kognitivní úroveň dotazovaných.

Výzkumným nástrojem byl test EAT-10, který se týká přijímání potravy (tab. 1) (Belafsky et al., 2008, p. 919–924). Tento nástroj byl vytvořen v roce 2008 na univerzitě v Kalifornii multidisciplinárním týmem odborníků z poznatků vyplývajících z odborné literatury, ze studia dalších dotazníků na hodnocení dysfagie a z klinických zkušeností daných odborníků. Validita nástroje byla ověřena statistickými metodami. EAT-10 byl přeložen definovaným způsobem z anglického originálu do českého jazyka a byl již ve výzkumu použit i v České republice (Benešová et al., 2011). Je složen z 10 krátkých otázek (položek), které pomáhají zhodnotit subjektivní potíže při polykání. Nástroj EAT-10 se sice zabývá pouze subjektivními aspekty potíží s polykáním, avšak jednotlivé položky se dají dále dělit na fyzické a psychosociální. Za psychosociální položky je považována položka 2, 7 a 10, zbývající položky jsou spíše fyzického rázu (tab. 1). U každé otázky udává respondent na škále od 0 do 4 bodů míru potíží, tedy do jaké míry u sebe považuje daný aspekt polykání za problematický (0 = „žádné potíže nepocituje“; 4 = „pocituje vážné potíže“; maximální možné skóre = 40 bodů). V rámci cíle č. 1 bylo zjišťováno, kolik respondentů získalo celkově alespoň jeden bod. Dle bodového hodnocení byla určena prevalence subjektivně pociťovaných potíží s polykáním. Body u jednotlivých položek byly sečteny, čímž bylo získáno souhrnné skóre. Výzkumné šetření Belafského et al. (2008, p. 919–924) stanovilo kritickou celkovou hodnotou EAT-10 na 3 body a celkové skóre ≥ 3 body představovalo abnor-

mální výsledek dle EAT-10. Proto byla v rámci cíle č. 2 zjišťována četnost výskytu takto definovaného abnormálního výsledku. Z míry potíží u jednotlivých respondentů pak byla v rámci

cíle č. 3 vypočítána průměrná míra obtíží (do tohoto výpočtu byli zařazeni pouze ti respondenti, kteří měli celkové skóre ≥ 1).

Tabulka 1 EAT-10 (Benešová et al., 2011, s. 63)

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

Výzkumný pracovník respondentovi přečetl jednotlivé položky a následně zaznamenal skóre, které mu dotazovaný diktoval. Díky tomuto postupu mohli být do výzkumného šetření zařazeni i ti respondenti, kteří by jinak nebyli schopni sami nástroj vyplnit např. z důvodu poruchy zraku či jiného handicapu (Benešová et al., 2011, s. 64).

Celkem bylo osloveno 176 seniorů, z nichž 20 dotázaných účast ve výzkumné studii odmítlo; 156 respondentů souhlasilo s účastí, avšak dalších 32 nebylo do šetření zahrnuto, protože nebyli úspěšní v kognitivním testu. Vzorek tedy tvořilo 124 respondentů (97 žen, 27 mužů, věkové rozpětí 65–99, průměrný věk 81,5 let). Nejmladšímu respondentovi bylo 65 let z toho důvodu, že tento věk byl nejnižší možný pro zařazení respondenta do šetření.

Získané hodnoty výzkumného souboru jsou vyjádřeny v absolutních a relativních četnostech a prezentovány v tabulkách a grafech. Data byla zpracována v programu Microsoft

Office Excel 2007 a v programu Microsoft Office Word 2007.

VÝSLEDKY

Celkové bodové skóre nástroje EAT-10

Z výše uvedených 124 respondentů jich 51 (41 %) uvedlo problémy s polykáním, tzn., že dosáhli celkového počtu bodů ≥ 1 .

Z 51 respondentů, kteří označili alespoň jednu otázku bodem 1 či vyšším, jich 20 (39 %) mělo celkové skóre 1–2 body, avšak tento výsledek byl pod kritickou hodnotou 3 bodů a test EAT-10 byl tedy u nich normální (Belafsky et al., 2008, p. 919–924). Třicet jedna respondentů (25 % ze všech 124 respondentů) mělo abnormální výsledek v nástroji EAT-10 (skóre bylo ≥ 3 body). Pět respondentů dosáhlo celkového skóre 3 bodů. Celkem 26 respondentů mělo skóre >3 body. Ve skupině respondentů se skóre >3 body bylo průměrné celkové bodové skóre 10,9 bodu (tab. 2).

Tabulka 2 Celkové bodové skóre z nástroje EAT-10 – počet respondentů

POČET BODŮ			
Absolutní četnost	20	5	26
Relativní četnost	39 %	10 %	51 %
Celkem	51 (100 %)		

Tabulka 3 Výsledky jednotlivých položek nástroje EAT-10 u respondentů, kteří měli celkové skóre ≥1

POLOŽKY										
ČETNOST RESPONDENTŮ	15,7 %	13,7 %	21,6 %	62,7 %	72,5 %	15,7 %	33,3 %	52,9 %	43,1 %	25,5 %
Pořadí	8.–9. místo	10. místo	7. místo	2. místo	1. místo	8.–9. místo	5. místo	3. místo	4. místo	6. místo
MÍRA POTÍŽÍ	2,25	2,42	1,72	1,81	1,51	2,12	2,05	1,7	1,5	2,3
Pořadí	3. místo	1. místo	7. místo	6. místo	9. místo	4. místo	5. místo	8. místo	10. místo	2. místo

- Položka 1 – Kvůli potížím s polykáním ztrácím na váze**
Celkově byla tato položka problematická pro 8 respondentů z 51 (15,7 %). Respondenti zde využili všech možností 4bodové škály (tedy uvedli body od 1 do 4). Průměrná míra závažnosti zde byla 2,25. Tato položka tedy obsadila třetí místo v celkové průměrné míře obtíží (graf 1; graf 2).
- Položka 2 – Zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko**
Pokud shrneme celkové výsledky u této položky ze všech 5 zařízení, vyplývá z nich, že „zajít si někam na jídlo“ bylo problematické pro 7 respondentů (13,7 %). I když tato položka získala nejmenší četnost respondentů, zároveň se ukázala jako nejvíce zatěžující. Získala nejvyšší dosaženou průměrnou míru závažnosti 2,42 (graf 1; graf 2).
- Položka 3 – Polykání tekutin je pro mě obtížné**
Polykání tekutin bylo problematické pro 11 respondentů (21,6 %). Některým dotazovaným způsobuje polykání tekutin tak velké subjektivní obtíže, že tuto potíž ohodnotili bodem 3. Celková průměrná závažnost zde dosahovala míry 1,72 (graf 1; graf 2).
- Položka 4 – Polykání tuhé stravy je pro mě obtížné**
Tato položka se v četnosti respondentů, kteří s ní subjektivně pociťovali obtíže, umístila na druhém místě. Celkem byla problematická pro 32 respondentů (62,7 %). I v této položce respondenti využili celého rozsahu škály od bodu 1 („mírné obtíže“) až po bod 4 („maximální problém“). Celková průměrná míra závažnosti dosahovala 1,81 (graf 1; graf 2).
- Položka 5 – Polykání pilulek je pro mě obtížné**
Tento problém byl hodnocen jako nejméně obtížný. Celkově s touto položkou pociťovalo obtíže 37 respondentů (72,5 %). Dvacet čtyři respondenti označovalo tento problém na škále bodem 1; 8krát se objevil bod 2, čtyři respondenti ohodnotili svůj problém číslem 3 a jeden respondent označil problém za maximální (bodem 4). Celková průměrná míra závažnosti dosáhla hodnoty 1,51 (graf 1; graf 2).
- Položka 6 – Polykání je pro mě bolestivé**
Shrnutí výsledků u této položky ze všech pěti zařízení ukazuje, že polykání bylo bolestivé pro 8 respondentů (15,7 %). Jak je patrné, tento problém sice neobtěžuje velký počet respondentů, ale znamená pro ně velký problém, na což poukazuje časté uvádění bodu 3 na celkem 4bodové škále subjektivních potíží (celkem 4 respondenti z osmi). S tím souvisí i poněkud vyšší průměrná míra závažnosti, která je rovna hodnotě 2,12 (graf 1; graf 2).
- Položka 7 – Polykání mi kazí potěšení z jídla**
Z výsledků vyplývá, že polykání kazí potěšení z jídla 17 respondentům (33,3 %). I v této položce respondenti využili celého rozsahu bodové škály. Průměrná míra závažnosti dosáhla čísla 2,05 (graf 1; graf 2).
- Položka 8 – Při polykání se mi jídlo zadržává v krku**
Tato položka zaujala celkově 3. místo v četnosti odpovědí. Celkem činila potíže 27 dotazovaným (52,9 %). I u této položky respondenti využili celého rozsahu škály. Průměrná míra závažnosti dosáhla hodnoty

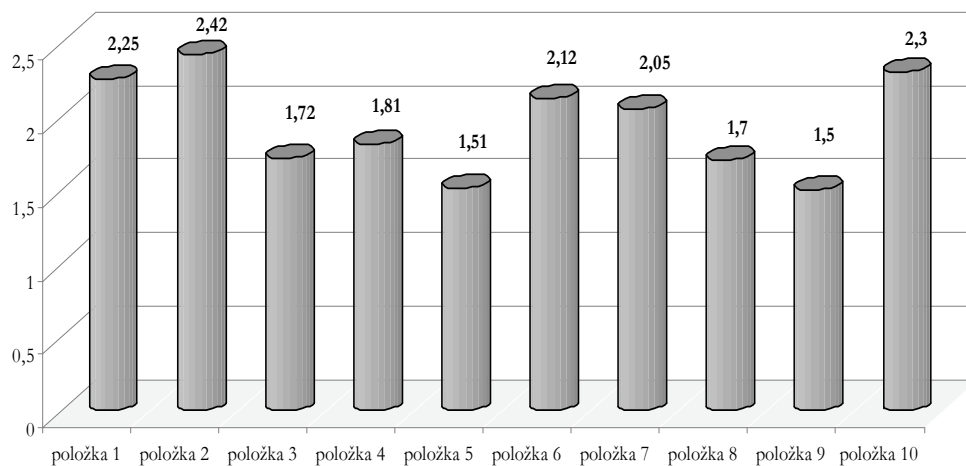
1,7 bodu a obsadila tak 8. místo (graf 1; graf 2).

• **Položka 9 – Při jídle kašlu**

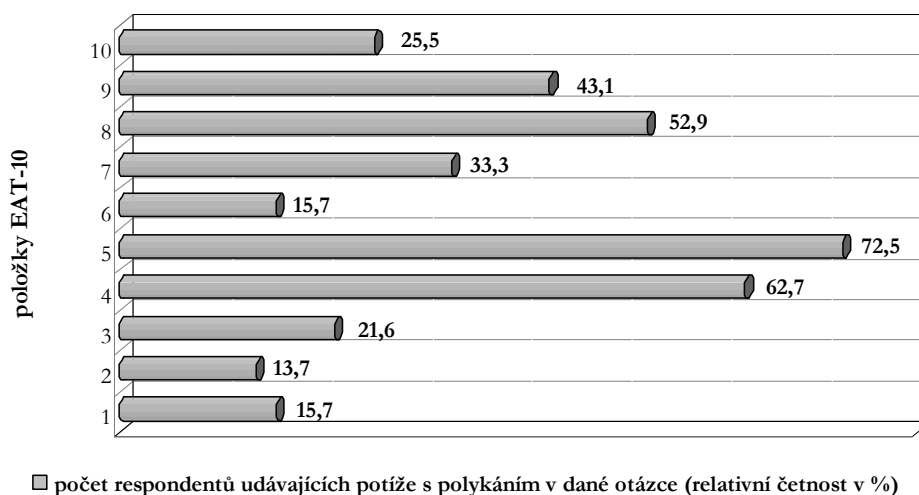
Kašel při jídle obtěžoval 22 respondentů (43,1 %). Některým dotazovaným způsobuje kašel při jídle maximální subjektivní obtíže (hodnocené bodem 4). Avšak celková průměrná míra potíží zde dosahovala nejnižší hodnoty ze všech položek nástroje EAT-10, a to 1,5 (graf 1; graf 2).

• **Položka 10 – Polykání je pro mě stresující**

Z uvedených výsledků u této položky vyplývá, že polykání je stresující pro 13 respondentů (25,5 %). Někteří z dotazovaných hodnotili polykání jako velmi stresující (4 body). Celková průměrná míra závažnosti zde dosahovala druhého nejvyššího stupně, a to 2,3 bodu (graf 1; graf 2).



Graf 1 Průměrná míra závažnosti u jednotlivých položek



Graf 2 Četnost subjektivně pocívaných potíží s polykáním (body 1–4) u jednotlivých položek

DISKUSE

Četnost výskytu subjektivních potíží s polykáním v našem výzkumném souboru dosáhla počtu 51 respondentů (41 %). Ve výzkumu Benešové et al. (2011) se jednalo o 58 respondentů (55,8 %) se subjektivně pocívanou abnormalitou v polykání. Oba výzkumy potvrdily, že se subjektivně pocívané potíže s polykáním vyskytují ve značné míře u seniorů ve věku nad 65 let.

Psychosociální položky „Zajít si někam na jídlo jde kvůli potížím s polykáním těžko“ (položka 2) a „Polykání je pro mě stresující“ (položka 10) (tab. 1) se umístily na prvních dvou místech podle míry závažnosti jednotlivých položek, přitom je označovalo za problematické méně respondentů (v četnosti potíží se umístily na 6. a 10. místě – viz graf 2, tab. 3). Z těchto výsledků lze soudit, že obtíže s polykáním znamenají pro některé respondenty velký problém, který jim podstatným způsobem snižuje životní komfort a kvalitu života. Narušená je i sociální složka osobnosti (položka číslo 2). Snaha vyhnout se společnému stravování s rodinou či na veřejnosti může v extrémních případech vyústit až v sociální izolaci.

Na prvních 3 místech v četnosti subjektivně pocívaných potíží s polykáním se umístily položky „Polykání pilulek je pro mě obtížné“ (položka 5); „Polykání tuhé stravy je pro mě obtížné“ (položka 4) a „Při polykání se mi jídlo zadržává v krku“ (položka 8) (tab. 3; graf 2). Všechny tři patří k fyzickým potížím. Procentuální zastoupení respondentů u těchto položek dosahovalo poměrně vysokých hodnot, přitom je lze relativně jednoduchým způsobem ovlivnit (rozdrcení tablet, změna lékové formy, úprava konzistence stravy apod.). Pokud porovnáme naše výsledky s výzkumem Benešové et al. (2011, s. 62–64), je patrné, že v obou těchto šetřeních byly zjištěny časté potíže v oblasti polykání pilulek – 72,5 % v našem šetření vs. 41,4 % v šetření Benešové et al. (2011) – a tato položka byla v obou šetřeních na prvním místě v četnosti subjektivních potíží. Míra závažnosti byla u této položky téměř totožná – 1,51 v našem šetření vs. 1,38 v šetření Benešové et al. (2011). V naší studii se umístila na 9. místě z hlediska míry závažnosti (graf 1). V jednotlivých zařízeních pocívala problém

s polykáním pilulek vždy nadpočetná většina respondentů.

Celkem 51 respondentů, kteří pocívovali abnormalitu polykací funkce (celkové skóre ≥ 1), nasbíralo 329 bodů. Průměrné celkové bodové skóre na jednoho respondenta (v rámci této skupiny 51 respondentů) dosahuje hodnoty $6,45 \pm 6,45$ bodu. Bohužel srovnání celkového průměrného skóre respondentů v našem výzkumu se studií provedenou Belafským et al. (2008) není zcela možné. Ve studii Belafského et al. (2008) se autoři zaměřili na využití nástroje EAT-10 u respondentů před a po léčbě dysfagie. Dále byl nástroj vyplněn i zdravými respondenty bez poruchy polykání a následně byl poskytnut i těm klientům, u nichž byla diagnóza dysfagie stanovena již v minulosti a byla známa její příčina. Jednalo se zejména o nemocné s orofaryngeální dysfagií, ezofageální dysfagií, poruchami hlasu, refluxem či karcinomem v oblasti hlavy a krku. Respondenti s orofaryngeální a ezofageální dysfagií a diagnózou karcinomu hlavy a krku měli podstatně vyšší skóre v nástroji EAT-10 než klienti s poruchami hlasu a refluxem. Nejhorší skóre měli respondenti s jícnovou dysfagií před léčbou ($23,58 \pm 13,18$) (Belafsky et al., 2008, p. 919–924). V našem výzkumu byl jediným kritériem výběru respondentů věk nad 65 let, do výzkumného šetření tedy byli zařazeni všichni respondenti, kteří byli ochotni a schopni odpovídat na naše dotazy a kteří byli úspěšní v kognitivním testu, bez ohledu na jejich případné diagnózy. Proto je logické, že průměrné celkové skóre bylo podstatně nižší než ve výzkumu Belafského et al. (2008, p. 919–924).

Jak bylo uvedeno, 25 % ze všech 124 respondentů mělo abnormální výsledek v nástroji EAT-10 (skóre bylo ≥ 3 body). Tento výsledek lze porovnat např. s výsledkem studie Lina et al. (2002, p. 1118–1123), kteří zjistili, že celková prevalence potíží s polykáním (zjišťováno subjektivním i objektivním způsobem) u seniorů v zařízeních dlouhodobé péče na Tchaj-wanu byla 51 %; prevalence u seniorů bez výživy sondou byla 32 %. Vzhledem k tomu, že naši respondenti byli relativně v dobrém nutričním stavu a neměli sondu, je prevalence v našem výzkumu (25 %) podobná prevalenci ve studii Lina et al. (32 % respondentů bez sondy).

Stejně tak se náš výsledek o prevalenci poruch polykání (41 %) u seniorů nad 65 let ve vybraných zdravotních a sociálních zařízeních Libereckého kraje shoduje i s dalšími poznatky z odborné literatury. Americké výzkumy potvrdily, že se u obyvatel domovů pro seniory dysfagie vyskytuje ve 30–40 % případů (Tedla et al., 2009, s. 21).

ZÁVĚR

V tomto výzkumném šetření byly odhaleny poměrně časté subjektivně pocífované problémy v oblasti polykání u seniorů. Řadu z těchto subjektivně vnímaných obtíží lze v praxi více či méně ovlivnit (např. drčení léků či jejich výměna za jinou formu apod.).

EAT-10 se ukázal jako vhodný specifický nástroj pro subjektivní hodnocení potíží s polykáním i jejich emocionálních, sociálních a psychologických důsledků. Test je jednoduchý a nenáročný na administrativu, čas i škálování (průměrná doba potřebná k vyplnění tohoto testu činila 2 minuty). Je vhodný k diagnostice prvotních subjektivně vnímaných potíží s polykáním, ke sledování závažnosti projevů dysfagie a i k hodnocení a sledování odpovědí na zvolené postupy či léčbu. Do jisté míry můžeme prostřednictvím tohoto nástroje posoudit i kvalitu života jedince v oblasti polykání. Proto ho lze doporučit pro použití v praxi.

Příspěvek byl podpořen grantem SGFZS05/2011, který je realizován za finanční podpory Studentské grantové soutěže Interní grantové agentury Univerzity Pardubice.

LITERATURA

1. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ (2008). Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 117/12: 919–924.
2. Benešová P et al. (2011). Polykací funkce u seniorů. *Sestra.* 10/21: 62–64.
3. Borson S, Scanlan JM, Watanabe J, Tu S-P, Lessig M (2006). Improving identification of cognitive impairment in primary care. *Int J Geriatric Psychiatry.* 21/4: 349–355.
4. Český statistický úřad (2009). Vybrané demografické údaje. [online]. [cit. 2011-10-17]. Dostupné z: http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/0101.pdf
5. Kozáková R, Jarošová D, Zeleníková R, Bocková S (2011). Nástroje hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. *Hygiena.* 56/1: 18–21.
6. Lin L-C, QWu S-C, Chen H-S, Wang T-G, Chen M-Y (2002). Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc.* 50/6: 1118–1123.
7. Leow L-P, Huckabee ML, Anderson T, Beckert L (2010). The impact of dysphagia on quality of life in ageing and Parkinson's disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) questionnaire. *Dysphagia.* 25/3: 216–220.
8. Mandysová P, Ehler E, Škvřínková J (2011). Porušené polykání: opomíjená ošetřovatelská diagnóza? *Profese.* 3(1): 16–20.
9. MUST (2003). [online]. [cit. 2011-11-11]. Výživa pacientů. Dostupné z: <http://www.vyzivapacientu.cz/cz/odborna-verejnost/posouzeni-nutricniho-stavu/nutricni-screening/must/>
10. NRS 2002 – nutriční rizikový screening (Nutritional Risk Screening 2002) (2010). [online]. [cit. 2011-11-11]. Výživa pacientů. Dostupné z: <http://www.vyzivapacientu.cz/cz/odborna-verejnost/posouzeni-nutricniho-stavu/nutricni-screening/nrs2002/>
11. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00–R99) (2011). [online]. [cit. 2011-12-30]. Mezinárodní klasifikace nemocí – R10–R19. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/R10-R19.html>
12. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L (2007). Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 116/11: 858–865.
13. Spieker M-R (2000). Evaluating Dysphagia. *Am Fam Physician.* 61/12: 3639–3648.
14. Tedla M et al. (2009). Poruchy polykání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, s. 312.
15. Topinková E (2003). Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue.* 1: 6–11.
16. Tóthová V, Veisová V, Bártlová S (2011). Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt.* 13/2: 129–137.

✉ Kontakt:

Mgr. Kateřina Petržílková, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetřovatelství, Průmyslová 395, 532 10 Pardubice; e-mail: petrzilkova.katka@seznam.cz