

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S DYSFAGIÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Lilija Kovačová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

| | |
|-----------------------------|---|
| Autor práce: | Lilija Kovačová |
| Studijní program: | Všeobecné ošetřovatelství |
| Garant studijního programu: | doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. |
| Název práce: | Specifika ošetřovatelské péče o pacienta s dysfagií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Jana Bubláková |
| Konzultant práce: | Mgr. Jana Bubláková |
| Cíl práce: | Zmapovat ošetřovatelské postupy používané při péči o pacienta s dysfagií v praxi. |

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s dysfagií v klinické praxi. Hlavním cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelské postupy využívané při péči o pacienty s poruchou polykání. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu dysfagie, jejím příčinám, diagnostice a možnostem léčby. Dále se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče, zejména na bezpečné podávání stravy, tekutin a léčiv, hygienu dutiny ústní a edukaci pacienta a jeho rodiny. Výzkumná část byla realizována kvantitativní metodou prostřednictvím dotazníkového šetření mezi všeobecnými a praktickými sestrami. Získané výsledky poukazují na využívání různých ošetrovatelských postupů zaměřených na zajištění bezpečného příjmu stravy a tekutin a prevenci aspirace. Současně potvrzují význam edukace pacienta a jeho rodiny a dostupnosti doporučených postupů na pracovišti. Práce zdůrazňuje význam komplexního a individuálního přístupu k pacientovi s dysfagií a poukazuje na nezastupitelnou roli všeobecné sestry při zajištění bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

Aspirace; dysfagie; edukace; ošetrovatelská péče; polykání

Abstract

This bachelor thesis focuses on nursing care of patients with dysphagia in clinical practice. The main aim of the thesis was to map nursing interventions used in the care of patients with swallowing disorders. The theoretical part deals with the definition of dysphagia, its causes, diagnosis and treatment options. It also focuses on specific aspects of nursing care, particularly safe administration of food, fluids and medication, oral hygiene, and education of the patient and their family. The research part was conducted using a quantitative method through a questionnaire survey among general nurses and practical nurses. The results indicate the use of various nursing interventions aimed at ensuring safe intake of food and fluids and preventing aspiration. At the same time, they confirm the importance of patient and family education and the availability of recommended procedures in the workplace. The thesis emphasizes the importance of a comprehensive and individualized approach to patients with dysphagia and highlights the irreplaceable role of the nurse in providing safe and high-quality nursing care.

Keywords

Aspiration; dysphagia; education; nursing care; swallowing

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. 4. 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych srdečně poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Bublákové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a vstřícný přístup. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a umožnili tak realizaci praktické části práce. V neposlední řadě děkuji své rodině za nekonečnou podporu a pochopení během celého studia.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Seznam obrázků..... | 8 |
| Seznam grafů..... | 9 |
| Seznam zkratk..... | 10 |
| Úvod | 11 |
| 1 Současný stav problematiky..... | 12 |
| 1.1 Definice dysfagie..... | 12 |
| 1.2 Vymezení základní terminologie..... | 13 |
| 1.3 Fyziologie polykání..... | 13 |
| 1.4 Etiologie dysfagie..... | 15 |
| 1.5 Druhy dysfagií | 16 |
| 1.6 Symptomy dysfagie..... | 16 |
| 1.7 Komplikace dysfagie | 17 |
| 1.8 Diagnostika | 18 |
| 1.8.1 Anamnéza..... | 18 |
| 1.8.2 Screeningová vyšetření | 18 |
| 1.8.3 Klinické vyšetření polykání | 19 |
| 1.8.4 Instrumentální diagnostické metody | 19 |
| 1.9 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií..... | 20 |
| 1.9.1 Screening dysfagie..... | 20 |
| 1.9.2 Nutriční screening | 21 |
| 1.9.3 Bezpečné podávání stravy a tekutin | 21 |
| 1.9.4 Bezpečné podávání léčiv | 22 |
| 1.9.5 Orální hygiena a prevence aspiračních komplikací | 22 |
| 1.9.6 Nutriční podpora při částečném perorálním příjmu | 23 |
| 1.9.7 Alternativní výživa a specifická péče u rizikových pacientů..... | 24 |
| 1.9.8 Mezioborová spolupráce..... | 24 |
| 1.9.9 Edukace pacienta a rodiny | 25 |
| 2 Výzkumná část | 26 |
| 2.1 Cíle výzkumu | 26 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 26 |
| 2.3 Metodika výzkumu | 26 |
| 2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí | 27 |
| 2.5 Organizace výzkumu | 27 |
| 2.6 Zpracování získaných dat..... | 27 |
| 2.7 Výsledky dotazníkového šetření..... | 28 |
| 3 Diskuse | 44 |
| 4 Návrh řešení a doporučení pro praxi | 46 |
| Závěr | 47 |

| | |
|--|-----------|
| Seznam použité literatury | 48 |
| Přílohy..... | 50 |

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1: Dotazník EAT – 10 | 51 |
| Obrázek 2: Dotazník DYSMUS | 52 |
| Obrázek 3: GUSS vyšetření..... | 53 |
| Obrázek 4: GUSS – hodnocení..... | 54 |
| Obrázek 5: Přehled úrovní konzistence stravy a tekutin dle IDDSI | 55 |
| Obrázek 6: Ukázka dysfagického kelímku | 56 |
| Obrázek 7: Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy (tvar kuřecího stehna) | 57 |
| Obrázek 8: Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy ve (tvar steaku) | 58 |
| Obrázek 9: Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy (tvar rybího filé) | 59 |
| Obrázek 10: Edukační leták pro pacienty..... | 67 |

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1: Pohlaví respondentů | 28 |
| Graf 2: Věková kategorie respondentů | 28 |
| Graf 3: Délka praxe ve zdravotnictví | 29 |
| Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání | 29 |
| Graf 5: Pracoviště respondentů | 30 |
| Graf 6: Existence postupů péče o pacienty s dysfagií | 30 |
| Graf 7: Vzdělávání sester v oblasti dysfagie | 31 |
| Graf 8: Dostupnost pomůcek pro péči o dysfagii | 31 |
| Graf 9: Provádění screeningu dysfagie při příjmu pacienta | 32 |
| Graf 10: Osoba provádějící screening dysfagie | 32 |
| Graf 11: Konzultace s logopedem při péči o pacienta | 33 |
| Graf 12: Konzultace s nutričním terapeutem | 33 |
| Graf 13: Dostupnost logopeda na pracovišti | 34 |
| Graf 14: Dostupnost nutričního terapeuta | 35 |
| Graf 15: Dodržování zásad bezpečného podávání stravy | 35 |
| Graf 16: Kontrola dutiny ústní po podání stravy | 36 |
| Graf 17: Pravidelná hygiena dutiny ústní | 37 |
| Graf 18: Poloha pacienta při podávání stravy | 38 |
| Graf 19: Dodržování konzistence tekutin | 38 |
| Graf 20: Dohled při příjmu stravy a tekutin | 39 |
| Graf 21: Sledování známek aspirace | 39 |
| Graf 22: Znalost příznaků aspirace | 40 |
| Graf 23: Sledování rizika malnutrice | 40 |
| Graf 24: Provádění nutričního screeningu | 41 |
| Graf 25: Role sestry v edukaci pacienta a rodiny | 41 |
| Graf 26: Využívání edukačních materiálů | 42 |
| Graf 27: Vliv edukace na prevenci komplikací | 42 |
| Graf 28: Ošetřovatelská opatření u pacientů s dysfagií (otevřená otázka) | 43 |

Seznam zkratek

| | |
|--------|---|
| ALS | amyotrofická laterální skleróza |
| BMI | body mass index |
| CMP | cévní mozková příhoda |
| CNS | centrální nervová soustava |
| DYMUS | Dysphagia in Multiple Sclerosis |
| FEES | Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing |
| GUSS | Gugging Swallowing Screen |
| IDDSI | International Dysphagia Diet Standardisation Initiative |
| MNA-SF | Mini Nutritional Assessment – Short Form |
| NGS | nasogastrická sonda |
| NJS | nasojejunální sonda |
| PEG | perkutánní endoskopická gastrostomie |
| PEJ | perkutánní endoskopická jejunostomie |
| RS | roztroušená skleróza |
| UPV | umělá plicní ventilace |
| VFSS | Videofluoroscopic Swallow Study |

Úvod

Poruchy polykání, označované jako dysfagie, představují častý zdravotní problém, se kterým se zdravotnický personál setkává především u pacientů s neurologickými onemocněními, u seniorů nebo u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Dysfagie může významně ovlivnit zdravotní stav pacienta a vést k závažným komplikacím, jako jsou aspirace, podvýživa nebo dehydratace. Z tohoto důvodu je důležité věnovat péči o pacienty s poruchou polykání zvýšenou pozornost a zajistit bezpečný příjem stravy a tekutin. Problematika dysfagie je v současné době stále více diskutována také z hlediska bezpečnosti pacientů a kvality poskytované zdravotní péče. Nesprávně rozpoznaná nebo nedostatečně řešená dysfagie může vést ke vzniku závažných zdravotních komplikací a negativně ovlivnit průběh hospitalizace. Z toho důvodu je důležité věnovat zvýšenou pozornost nejen diagnostice, ale také správnému nastavení ošetřovatelských postupů v každodenní praxi. Vhodně zvolená opatření a dodržování doporučených postupů mohou přispět k bezpečnějšímu příjmu potravy, snížení rizika komplikací a celkovému zlepšení péče o pacienty s poruchou polykání. Všeobecná sestra má v péči o pacienta s dysfagií nezastupitelnou roli. Podílí se na včasném rozpoznání obtíží při polykání, sleduje stav pacienta, zajišťuje vhodné podávání stravy a tekutin a zároveň edukuje pacienta i jeho rodinu o zásadách bezpečného stravování. Správně poskytovaná ošetřovatelská péče může výrazně snížit riziko vzniku komplikací a přispět ke zlepšení kvality života pacienta.

Motivace

K výběru tématu bakalářské práce mě vedla osobní zkušenost z klinické praxe na neurologickém oddělení, kde se převážně setkávám s pacienty trpícími poruchou polykání. Dysfagie se u těchto pacientů objevuje zejména po cévní mozkové příhodě, poranění mozku nebo v souvislosti s dalšími neurologickými onemocněními. Péče o takové pacienty je specifická a vyžaduje individuální přístup, odborné znalosti i úzkou mezioborovou spolupráci. Na péči o pacienty s dysfagií se aktivně podílí nejen všeobecné sestry a lékaři, ale také logoped a nutriční terapeut, což umožňuje komplexní a kvalitní přístup k pacientovi. Právě každodenní kontakt s těmito pacienty a zkušenosti získané během klinické praxe mě vedly k rozhodnutí věnovat se této problematice v rámci bakalářské práce a blíže se zaměřit na specifika ošetřovatelské péče o pacienty s poruchou polykání.

Cíl

Cílem bakalářské práce je zmapovat ošetřovatelské postupy používané při péči o pacienta s dysfagií v praxi.

1 Současný stav problematiky

Dysfagie představuje významný zdravotnický problém, který se v současné době stále častěji objevuje zejména v souvislosti se stárnutím populace a rostoucím počtem pacientů s neurologickými onemocněními. Porucha polykání je definovaná jako obtíž nebo neschopnost bezpečně transportovat potravu, tekutiny nebo sliny z dutiny ústní do žaludku. Dysfagie může postihovat jednotlivé fáze polykacího aktu a výrazně ovlivňovat celkový zdravotní stav pacienta. Dysfagie je spojena se zvýšeným rizikem závažných komplikací, mezi které patří aspirace, aspirační pneumonie, malnutrice a dehydratace. Tyto komplikace mohou vést k prodloužení hospitalizace, zvýšení morbidit i mortality pacientů. Včasný rozpoznání poruchy polykání proto představuje důležitý krok v prevenci zdravotních komplikací a přispívá ke zlepšení prognózy pacienta. Polykání představuje základní fyziologickou funkci lidského organismu, která je nezbytná pro příjem potravy a tekutin (Groher, Crary, 2020; Lasotová, et al., 2024).

Tedla a Černý (2018) uvádějí, že člověk během dne skutečně přibližně 2500 polknutí a v průběhu noci přibližně 50 až 100 polknutí. Za fyziologických podmínek probíhá tento proces automaticky a většina jedinců si jej běžně neuvědomuje. V případě narušení polykacího mechanismu však může dojít k významnému ovlivnění zdravotního stavu pacienta a současně ke snížení kvality jeho života. V současné klinické praxi je kladen důraz na časný screening dysfagie, který by měl být proveden již při příjmu pacienta k hospitalizaci, zejména na neurologických a intenzivních odděleních. Na realizaci screeningu i následné péči se významně podílí všeobecná sestra, která sleduje klinické projevy poruchy polykání a zajišťuje bezpečné podávání stravy a tekutin. Moderní přístup k pacientům s dysfagií je založen na multidisciplinární spolupráci zdravotnického týmu. Do péče jsou zapojeni lékaři, všeobecné sestry, logopedi a nutriční terapeuti, kteří společně zajišťují diagnostiku, terapii a edukaci pacienta i jeho rodiny. Komplexní a koordinovaný přístup vede ke snížení výskytu komplikací a ke zlepšení kvality života pacientů s poruchou polykání. Význam těchto postupů potvrzují také současná mezinárodní doporučení, která zdůrazňují nutnost systematického vyhledávání poruch polykání, zejména u pacientů po CMP (Dziewas, et al., 2021; Cichero, et al., 2017; Kaniová, et al., 2018).

1.1 Definice dysfagie

Dysfagie je odborný termín označující poruchu polykání. Pojem vychází z řeckého *phagein* (jíst/polykat) a předpony *dys-* (porucha, obtíž), a doslova tedy vyjadřuje obtíže při polykání. V odborném kontextu se dysfagie chápe jako narušení procesu transportu sousta z dutiny ústní do žaludku, přičemž se může týkat kterékoliv ze tří fází polykání – orální, faryngeální nebo jícnové. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2024) je dysfagie v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 vedena pod kódem R13. Nejde o samostatnou diagnózu, ale o příznak různých onemocnění; klinicky se může projevovat například kašlem či dušením při jídle nebo po něm, pocitem uvíznutí sousta, regurgitací, sliněním, bolesti při polykání, nechtěným úbytkem hmotnosti nebo nutričními deficity. V praxi je důležité dysfagii odlišovat od dysfázie (poruchy řeči/jazyka), protože záměna pojmů může vést k nesprávnému zaměření vyhledávání odborných zdrojů i k chybnému klinickému uvažování (Groher, Crary, 2020; Lukáš, Žák, 2022).

Polykání je komplexní děj zahrnující koordinovanou činnost svalů dutiny ústní, hltanu, hrtanu a jícnu, řízenou CNS. Narušení této koordinace v důsledků neurologického onemocnění,

strukturálního poškození nebo celkového oslabení organismu může vést ke vzniku dysfagie. Porucha polykání se nejčastěji vyskytuje u pacientů po CMP, u osob s neurodegenerativními onemocněními nebo u geriatrických pacientů. Z klinického hlediska je dysfagie spojená se zvýšeným rizikem aspirace potravy nebo tekutin do dýchacích cest, což může vést k rozvoji aspirační pneumonie a dalším zdravotním komplikacím. Včasné rozpoznání poruchy polykání a správně nastavená ošetrovatelská péče mají zásadní význam pro zajištění bezpečného příjmu stravy a tekutin a prevenci komplikací (Cichero, et al., 2017; Dziewas, et al., 2021).

1.2 Vymezení základní terminologie

Pro lepší porozumění dané problematice je vhodné vymezit a definovat základní pojmy, dle (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Tedla, Černý, 2018), které se k tématu vztahují. Vymezení základních pojmů přispívá k jasnějšímu pochopení problematiky dysfagie a usnadňuje orientaci v uvedené terminologii.

Afagie – označuje stav, kdy pacient není schopen spolknout vlastní sliny ani jakýkoli druh potravy.

Deglutice – je odborný termín používaný pro označení procesu polykání.

Odynofagie – představuje bolestivé polykání, které může doprovázet různá onemocnění trávicího traktu nebo oblasti hltanu a jícnu.

Fagofobie – je charakterizována jako psychický strach z polykání.

Penetrace – znamená proniknutí slin nebo potravy do oblasti hrtanu nad úroveň hlasivek.

Aspirace – je stav, při kterém dochází k vniknutí potravy nebo tekutin do dýchacích cest, konkrétně do průdušnice.

Malnutrice – je stav nedostatečné výživy.

Dehydratace – je nedostatek tekutin v organismu.

Polykací apraxie – je stav kdy pacient má obtíže s provedením polykacího aktu, kdy tzv. „neví“, že má polknout, při tomto stavu je však pohyblivost struktur podílejících se na polykání zachována.

Tichá aspirace – při vniknutí potravy nebo tekutiny do dýchacích cest není doprovázená obranným kašlavým reflexem.

Dysfagiologický tým – představuje skupinu odborníků, kteří se systematicky zabývají diagnostikou a léčbou pacientů s poruchami polykání. Základními členy tohoto týmu bývají zpravidla otorinolaryngolog, klinický logoped a všeobecná sestra. Do péče se však mohou zapojovat i specialisté z dalších oborů, například gastroenterologie, radiodiagnostiky, neurologie, dietologie, stomatochirurgie, anesteziologie, intenzivní medicíny, chirurgie nebo pediatrie (Tedla, Černý, 2018; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

1.3 Fyziologie polykání

Polykání představuje složitý fyziologický proces, jehož cílem je bezpečný transport potravy, tekutin a slin z dutiny ústní do žaludku. Jedná se o koordinovaný děj zahrnující činnost svalů

dutiny ústní, hltanu, hrtanu a jícnu, který je řízen CNS. Na procesu polykání se podílí více než třicet svalů a několik hlavových nervů, především nervus trigeminus (V), facialis (VII), glossopharyngeus (IX), vagus (X) a hypoglossus (XII). Důležitou úlohu má zejména nervus vagus (X), který obsahuje parasympatická vlákna inervující řadu orgánů včetně hltanu. Tento nerv se podílí na řízení motoriky hrtanu a hltanu a má významný vliv na průběh polykání. Poškození nervus vagus může vést k poruchám pohyblivosti hrtanu, změnám hlasu a narušení samotného polykání (Tedla, Černý, 2018; Mandysová, Škvrňáková, 2016).

Polykání není podmíněno pouze přítomností potravy v dutině ústní. Polykací reflex může být vyvolán i bez přítomnosti sousta, například při polykání slin. Někteří autoři popisují také tzv. anticipační fázi polykání, která souvisí s přípravou organismu na příjem potravy. V této fázi mohou hrát významnou roli smyslové podněty, zejména čichové a chuťové vjemy, které mohou ovlivňovat průběh polykacího aktu. Výzkumy naměřené na vliv těchto stimulací však přinášejí rozdílné výsledky a jejich význam v klinické praxi je nadále předmětem odborného zkoumání. Proces polykání je úzce propojen s dýcháním, proto se někdy hovoří o tzv. respiračně – polykacím cyklu. Hltan představuje společnou část dýchací a trávicí soustavy, a proto je nezbytná přesná koordinace mezi polykáním a dýcháním. Během polykání dochází ke krátkodobému přerušení dýchání, které trvá přibližně 0,5 až 1 sekundu. Nejčastěji je polykání doprovázeno výdechem před i po polknutí, což pomáhá zabránit vdechnutí zbytků potravy do dýchacích cest. Významnou ochrannou roli při polykání hraje také efektivní kašel, který umožňuje odstranění případných zbytků potravy z dýchacích cest (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

- **Řízení polykání**

Řízení polykacího aktu je zajišťováno složitou souhrou struktur CNS. Významnou roli při koordinaci polykání hraje mozkový kmen, ve kterém se nachází polykací centrum odpovědné za reflexní řízení polykání. Na regulaci polykání se podílí také mozková kůra, která umožňuje vědomou kontrolu některých fází polykacího procesu. Během polykání dochází k součinnosti aferentních sensorických neuronů, interneuronů a motoneuronů, které zajišťují přenos informací mezi jednotlivými částmi nervového systému a koordinují svalovou aktivitu potřebnou pro transport sousta. Polykací proces tak zahrnuje jak část řízenou vůlí, tak část reflexní, která probíhá automaticky. Důležitou roli hrají také kognitivní funkce a psychický stav jedince. V případě jejich narušení může dojít k omezení nebo k odmítnutí potravy, přestože samotný mechanismus polykání nemusí být výrazně poškozen (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

- **Fáze polykání**

Fyziologický proces polykání je tradičně rozdělován do čtyř na sebe navazujících fází – přípravné orální fáze, orální transportní fáze, faryngeální fáze a ezofageální fáze. Jednotlivé fáze na sebe plynule navazují a jejich správná koordinace je nezbytná pro bezpečný příjem potravy a tekutin. Narušení kterékoliv z uvedených fází může vést ke vzniku poruchy polykání a následně k rozvoji dysfagie (Cichero, et al., 2017).

V přípravné orální fázi dochází k příjmu potravy do dutiny ústní, jejímu mechanickému zpracování pomocí žvýkání a promísení se slinami, čímž vzniká sousto připravené k polknutí. Následně v orální transportní fázi jazyk aktivně posouvá sousto směrem do hltanu. Tato fáze je již částečně řízená vůlí jedince. Faryngeální fáze již probíhá reflexně a není ovladatelná vůlí. Dochází při ní k uzavěru dýchacích cest a prostřednictvím elevace hrtanu, sklopení epiglottis a uzavěru hlasivek, což zabraňuje aspiraci potravy nebo tekutin do dýchacích cest. Současně

dochází k otevření horního jícnového svěrače a přesunu sousta z hltanu do jícnu. Poslední částí je ezofageální fáze, během které je sousto transportováno peristaltickými pohyby jícnu směrem do žaludku. Tato fáze je řízená autonomním nervovým systémem a probíhá nezávisle na vůli člověka (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

1.4 Etiologie dysfagie

Etiologie dysfagie je velmi různorodá a zahrnuje široké spektrum onemocnění a stavů, které mohou narušit jednotlivé fáze polykacího aktu. Porucha polykání může vzniknout na podkladě organického poškození struktur polykacího traktu nebo v důsledku funkční poruchy koordinace svalů zapojených do polykání. Dysfagie tak může být příznakem řady onemocnění nebo se může objevit jako komplikace léčby či celkového oslabení organismu (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Lukáš, Žák, 2022).

Z etiologického hlediska lze dysfagii rozdělit na několik základních skupin. Lasotová (2024) uvádí, že nejčastěji se rozlišuje dysfagie neurogenní, která vzniká v důsledku poškození nervového systému, dysfagie strukturální způsobená anatomickými změnami například při nádorech v oblasti hlavy a krku a dysfagie funkční, která může mít například psychogenní původ. Poruchy polykání mohou být příznakem celé řady onemocnění jak v dětském, tak v dospělém věku. Mohou být vrozené, vzniknout náhle nebo naopak progredující v závislosti na základním onemocnění. Poruchy polykání se mohou objevovat také u starších osob v souvislosti s fyziologickými změnami souvisejícími se stárnutím organismu. Tento stav je označován jako presbyfagie a je charakterizován postupným zhoršováním svalové síly, citlivosti a koordinace struktur podílejících se na polykání. Dysfagie se však může vyskytovat i v dětském věku, kde bývá často spojená s vrozenými vývojovými vadami nebo neurologickými onemocněními, například u dětí s mozkovou obrnou nebo některými genetickými syndromy (Lasotová, et al., 2024).

Z etiologie tedy vyplývá, že porucha polykání může být jak příznakem základního onemocnění, tak i důsledkem léčebných postupů nebo celkového oslabení organismu. Při hodnocení dysfagie je proto důležité komplexně posoudit zdravotní stav pacienta a identifikovat faktory, které mohou polykací proces negativně ovlivňovat (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

- **Neurogenní příčiny**

Neurogenní dysfagie vzniká v důsledku poškození nervového systému, který řídí polykací proces. Porucha může vzniknout při postižení mozkové kůry, mozkového kmene, mozečku nebo hlavových nervů, které se podílejí na koordinaci svalů dutiny ústní, hltanu a hrtanu. Mezi nejčastější příčiny neurogenní dysfagie patří CMP, která může narušit koordinaci polykacího aktu a vést ke zvýšenému riziku aspirace potravy nebo tekutin do dýchacích. U neurologických pacientů je důležité, že porucha polykání může být přítomná i bez výrazných subjektivních potíží, a proto se v praxi klade důraz na screening (časné záchytné vyšetření), který pomáhá odhalit rizikové pacienty a nastavit bezpečný režim příjmu stravy a tekutin (Kaniová, et al., 2018; Dziewas, et al., 2021).

- **Strukturální příčiny**

Strukturální příčiny dysfagie souvisejí s anatomickými změnami v oblasti polykacích cest, které mechanicky narušují fyziologický průběh polykání. Tyto příčiny bývají spojovány především s patologickými změnami v oblasti hlavy a krku, zejména s nádorovými onemocněními, která

mohou ovlivnit funkci jednotlivých struktur podílejících se na příjmu a transportu sousta (Lasotová, et al., 2024).

- **Funkční příčiny**

Funkční příčiny dysfagie jsou spojeny s poruchou polykání, při níž není přítomna zjevná anatomická překážka, ale dochází k narušení samotné funkce polykacího mechanismu. Obtíže vznikají především na podkladě poruch koordinace a řízení dějů probíhajících v orální a faryngeální fázi polykání. Může jít například o opožděné nebo chybějící spuštění polykacího reflexu, oslabenou činnost hltanu, nedostatečnou ochranu dýchacích cest nebo porušenou souhru struktur zapojených do polykání. Tyto potíže mohou mít proměnlivý charakter a jejich závažnost i průběh se mohou lišit podle vyvolávající příčiny a celkového stavu pacienta (Lasotová, et al., 2024).

1.5 Druhy dysfagií

Dysfagie se často klasifikuje podle lokalizace obtíží na dysfagii **orofaryngeální (horní typ)** a **ezofageální (dolní typ)**. Toto dělení vychází z místa, kde dochází k poruše transportu potravy během polykání. Orofaryngeální dysfagie postihuje oblast dutiny ústní a hltanu. Nejčastěji vzniká v důsledku neurologických onemocnění nebo poruch koordinace svalů zapojených do polykacího aktu. Typickými projevy mohou být obtíže při zahájení polykání, kašel během jídla a zadržávání nebo aspirace potravy (Lasotová, et al., 2024; Dziewas, et al., 2021).

Ezofageální dysfagie je způsobená poruchou transportu potravy v oblasti jícnu. Nejčastější příčinou bývají poruchy motility jícnu nebo mechanické překážky, například stenózy, nádory nebo zánětlivé změny, pacienti obvykle popisují pocit uvíznutí potravy v oblasti hrudníku nebo obtížný průchod sousta do žaludku. Některé odborné zdroje dále uvádějí také tzv. paradoxní dysfagii, pro kterou je typické že se obtíže nejprve objevují při polykání tekutin. Tento typ poruchy může souviset s neuromuskulárním onemocněním, případně může mít psychogenní podklad. Z hlediska časového průběhu se rozlišuje akutní dysfagie, která vzniká náhle a bývá spojena s konkrétní vyvolávající příčinou, a chronická dysfagie, jež se vyvíjí postupně v souvislosti s dlouhodobým onemocněním (Ščudla, et al., 2023; Mandysová, Škvrňáková, 2016; Groher, Crary, 2020).

1.6 Symptomy dysfagie

Mezi typické projevy dysfagie patří řada klinických příznaků, které mohou upozorňovat na poruchu polykání. Jedním z nejvýznamnějších varovných příznaků je kašel během jídla nebo po něm. U části pacientů s neurogenní dysfagií však může být reflexní kašel oslabený nebo zcela chybět, což zvyšuje riziko tzv. tiché aspirace. Dalším častým příznakem je změna kvality hlasu po polknutí, která bývá popisována jako kloktavý hlas. Mezi další možné projevy patří vytékání tekutin, potravy nebo slin z úst, porucha hlasu, oslabený dávivý reflex, narušený reflexní kašel, poruchy řeči, například dysartrie či afázie, a také porucha funkce hlavových nervů spojená s narušenou orofaciální motorikou a citlivostí (Václavík, et al., 2015).

Na uvedené projevy dále navazují další symptomy typické zejména pro orofaryngeální dysfagii. Patří mezi ně obtíže s udržením tekutin nebo potravy v dutině ústní, jejich vytékání či vypadávání z úst a zvýšené slinění. U pacientů se mohou objevovat také problémy při kousání

a rozměňování potravy, porucha tvorby sousta a jeho nedostatečný posun směrem ke kořeni jazyka. Častým nálezem bývají rovněž rezidua potravy v dutině ústní. V některých případech se může objevit i nazální regurgitace při nedostatečném velofaryngeálním uzávěru nebo zatékání sousta do hypofaryngu před polknutím či po něm v důsledku oslabené orální kontroly a poruchy funkce kořene jazyka. Mezi další možné projevy patří pocit cizího tělesa nebo knedlíku v krku, stagnace sousta v hypofaryngu a bolestivé polykání. Tyto příznaky mohou být rovněž významné z hlediska diferenciální diagnostiky obtíží při polykání. Na přítomnost poruchy polykání mohou nepřímo upozorňovat také celkové projevy, jakými jsou úbytek tělesné hmotnosti, malnutrice, dehydratace, nevysvětlitelná zvýšená tělesná teplota nebo opakované infekce dolních cest dýchacích (Lasotová, et al., 2024; Lukáš, Žák, 2022).

1.7 Komplikace dysfagie

Dysfagie je spojená s několika závažnými komplikacemi, které mohou významně ovlivnit zdravotní stav pacienta. Odborná literatura nejčastěji upozorňuje na dva základní problémy, a to na sníženou efektivitu polykání a na porušenou bezpečnost polykání. Nedostatečně efektivní polykání může vést ke sníženému příjmu potravy a tekutin, a tím ke vzniku malnutrice a dehydratace. Narušená bezpečnost polykání naopak zvyšuje riziko aspirace a následného rozvoje pneumonie. Další závažnou komplikací, která představuje bezprostřední ohrožení života je možnost udušení, ke kterému může dojít při uzávěru hrtanového vchodu větším soustem nebo cizím tělesem (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

- **Malnutrice**

Jednou z častých komplikací dysfagie je malnutrice, ta vzniká zejména u pacientů s dlouhodobě omezeným příjmem potravy, kdy dochází k nedostatečnému přísunu živin a tekutin. Následkem mohou být změny tělesné hmotnosti a zhoršení celého klinického stavu pacienta. Malnutrice se zároveň podílí na vzniku dalších komplikací a může negativně ovlivnit průběh léčby i rekonvalescence. K identifikaci pacientů v nutričním riziku se využívá sledování hmotnostního úbytku, změn v příjmu potravy, hodnocení BMI a také screeningové nástroje, například MNA-SF, který je doporučován zejména u seniorů (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

- **Aspirace**

Další významnou komplikací je aspirace, tedy vniknutí potravy nebo tekutin do dýchacích cest pod úroveň hlasivek. Aspiraci může předcházet penetrace, při níž sousto proniká nad hlasivky. U pacientů po CMP je aspirace považována za významný rizikový faktor vzniku pneumonie. Závažnou formou aspirace je tzv. tichá aspirace, při níž dochází k proniknutí potravy nebo tekutin do dýchacích cest bez kašle a jiných varovných příznaků. Tento stav je nebezpečný zejména proto, že může zůstat dlouho neodhalen a být rozpoznán až při rozvoji respiračních komplikací. Odborné studie uvádějí, že aspirace se po CMP objevuje přibližně u poloviny pacientů s dysfagií a u části z nich následně vzniká pneumonie (Mandysová, Škvrňáková, 2016; Ščudla, et al., 2023).

- **Aspirační pneumonie**

Tedla a Černý (2018) uvádějí že, aspirační pneumonie vzniká v důsledku vdechnutí orofaryngeálního obsahu osídleného patogenními mikroorganismy do dolních dýchacích cest. Od aspirační pneumonitidy se liší tím, že pneumonie představuje infekční proces, zatímco pneumonitida je chemické poškození dýchacích cest způsobené aspirací sterilního žaludečního

obsahu. Mezi rizikové faktory patří zejména anatomické abnormality horní části trávicího traktu, neurologická onemocnění, dysfagie různé etiologie a také mechanické příčiny, například UPV (Ščudla, et al., 2023).

1.8 Diagnostika

Diagnostika dysfagie představuje komplexní proces zaměřený na zjištění přítomnosti poruchy polykání, určení její příčiny a posouzení závažnosti obtíží. Cílem diagnostického postupu je identifikovat riziko aspirace, zhodnotit nutriční stav pacienta a navrhnout vhodný terapeutický a ošetrovatelský plán. Vyšetření by mělo probíhat systematicky a zahrnovat jak klinické posouzení polykacích funkcí, tak v indikovaných případech instrumentální metody. Na diagnostice se obvykle podílí multidisciplinární tým složený z lékaře, klinického logopeda, všeobecné sestry a dalších odborníků podle aktuálního stavu pacienta. Včasná a správně provedená diagnostika je zásadní pro prevenci komplikací, jako jsou aspirace, malnutrice či dehydratace, a pro zajištění bezpečného příjmu potravy a tekutin (Neubauer, et al., 2025; Ščudla, et al., 2023).

1.8.1 Anamnéza

Diagnostika dysfagie probíhá na několika úrovních a zahrnuje screening, klinické vyšetření polykání a instrumentální vyšetřovací metody. Důležitou součástí diagnostiky je podrobná anamnéza, kterou lze získat nejen od samotného pacienta, ale také od pečující osoby. Cílené anamnestické dotazování přináší informace o vzniku a průběhu obtíží, o problémech při příjmu jednotlivých konzistencí stravy a tekutin, o délce stolování, změnách stravovacích návyků, schopnosti žvýkání nebo o výskytu kašle, dušení či změn hlasu během jídla a po něm. Současně lze zjistit i přítomnost komplikací, například opakovaných pneumonií nebo úbytku tělesné hmotnosti (Lasotová, et al., 2024).

1.8.2 Screeningová vyšetření

V rámci screeningu se využívá dotazník EAT – 10 (Příloha A, obr. 1), který představuje jednoduchý screeningový nástroj v běžné klinické praxi. Je složený z 10 položek, které slouží k posouzení subjektivně vnímaných obtíží s polykáním. Za známku přítomnosti dysfagických obtíží je považováno skóre 3 a více bodů, přičemž dotazník může vyplnit jak pacient, tak i zdravotničtí pracovníci (Lasotová, et al., 2024).

Dotazník DYMUS (DYSphagia in MUltiple Sclerosis) (Příloha B, obr.2) byl vytvořen jako specifický screeningový nástroj k hodnocení poruch polykání u pacientů s RS. Obsahuje 10 otázek ano/ne a jeho celkové skóre se pohybuje od 0 do 10 bodů. Již jedna pozitivní odpověď je považována za pozitivní screening dysfagie, zatímco tři a více kladných odpovědí mohou ukazovat na závažnější formu poruchy polykání. (Lasotová, et al., 2024; Kolčava, et al., 2020).

Lasotová (2024) také uvádí, že u hospitalizovaných pacientů s akutní CMP je v České republice standardně prováděn screening dysfagie jako součást léčebného plánu. K tomuto účelu se využívá test polykání více konzistencí GUSS (Přílohy C, D, obr. 3,4), který je realizován po přijetí pacienta ještě před podáním první stravy nebo tekutin, a to zejména za účelem prevence aspirace a aspirační pneumonie. Na základě výsledků testu je následně určena vhodná

konzistence stravy a tekutin. Při vysokém riziku aspirace je případně indikována enterální výživa, současně u těchto pacientů je prováděn nutriční screening (Lasotová, et al., 2024).

1.8.3 Klinické vyšetření polykání

Klinické vyšetření polykání představuje důležitou součást diagnostiky dysfagie a v podmínkách České republiky je zpravidla prováděno klinickým logopedem. Součástí tohoto vyšetření je podrobné anamnestické šetření, posouzení stavu vědomí, schopnosti spolupráce, kognitivních a komunikačních funkcí, dále vyšetření orální motoriky a senzitivity, hodnocení fonorespirace a kvality hlasu. Následně se provádí přímé vyšetření polykání pomocí různých konzistencí například slin, tekutin, pyré, polopevné a pevné stravy, přičemž se sledují projevy a poruchy polykání. Na základě výsledků lze určit přítomnost či nepřítomnost dysfagie, rozhodnout o potřebě dalšího instrumentálního vyšetření a stanovit vhodná kompenzační, rehabilitační i dietní opatření, případně doporučit enterální výživu. V případě podezření na aspiraci nebo při nejasném nálezu z klinického vyšetření jsou indikována specializovaná instrumentální vyšetření polykacího aktu, zejména FEES a VFSS, která umožňují podrobnější zhodnocení průběhu polykání a přesnější určení charakteru poruchy (Lasotová, et al., 2024; Neubauer, et al., 2025).

1.8.4 Instrumentální diagnostické metody

Flexibilní endoskopické vyšetření polykání (FEES) je instrumentální metoda určená k hodnocení orální, a především faryngeální fáze polykání. Provádí se pomocí flexibilního videoendoskopu zavedeného nosem do oblasti hltanu nad hrtanovou příklopkou, přičemž umožňuje posoudit anatomické poměry, funkci sledovaných struktur, přítomnost slin či rezidua potravy a průběh polykání různých konzistencí barevně upravené stravy. Vyšetření navazuje na anamnézu a klinické vyšetření a je indikováno zejména při podezření na poruchu polykání v orální a faryngeální fázi, zatímco jeho význam pro hodnocení ezofageální fáze je omezený. Během vyšetření se sleduje například penetrace, aspirace, rezidua potravy, regurgitace i ochranné reflexy dýchacích cest, přičemž důležitou součástí je také hodnocení schopnosti pacienta vykašlat vniklý obsah. FEES se obvykle provádí ve spolupráci otorinolaryngologa a klinického logopeda, a kromě diagnostického přínosu může mít i terapeutický význam, protože umožňuje ověřit efekt kompenzačních technik a nalézt pro pacienta co nejbezpečnější způsob polykání (Tedla, Černý, 2018; Neubauer, et al., 2025).

Videofluoroskopie (VFSS) je radiologická metoda sloužící k dynamickému hodnocení polykání, při níž se zaznamenává průběh polykacího aktu pomocí kontrastně označené stravy nebo tekutin různých konzistencí. Vyšetření probíhá na radiodiagnostickém pracovišti ve spolupráci radiologa a klinického logopeda, případně otorinolaryngologa, a umožňuje posoudit orální, faryngeální i počáteční ezofageální fázi polykání. VFSS má diagnostický i terapeutický význam, protože kromě odhalení poruch polykání, penetrace, aspirace nebo rezidua potravy umožňuje také ověřit vhodnou konzistenci stravy, polohu hlavy a účinnost kompenzačních manévřů. Výsledky vyšetření slouží k určení bezpečného způsobu příjmu potravy a k nastavení dalšího léčebného postupu (Tedla, Černý, 2018; Neubauer, et al., 2025).

Obě metody přinášejí vzájemně doplňující informace o průběhu polykání. Nevýhodou FEES je omezené hodnocení orální a ezofageální fáze polykání, zatímco nevýhodou VFSS je radiační zátěž pacienta. V některých případech postačuje k určení diagnózy a nastavení další terapie

pouze jedna z nich, jindy je však pro komplexní zhodnocení stavu pacienta vhodné provést jak FEES, tak i VFSS (Tedla, Černý, 2018).

1.9 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií

Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií je komplexní a vyžaduje individuální přístup s ohledem na příčinu poruchy polykání, celkový zdravotní stav pacienta a jeho funkční schopnosti. Cílem péče je zajistit bezpečný příjem stravy a tekutin, předcházet vzniku komplikací, jako je aspirace, malnutrice nebo dehydratace, a současně podporovat co nejvyšší míru soběstačnosti pacienta. Významnou roli v této oblasti sehrává všeobecná sestra, která se podílí na screeningu dysfagie, sledování nutričního stavu, realizaci ošetrovatelských intervencí a edukaci pacienta i jeho rodiny. Součástí péče je rovněž spolupráce s dalšími členy multidisciplinárního týmu, zejména s lékařem, klinickým logopedem a nutričním terapeutem. Součástí této péče je také systematické využití ošetrovatelského procesu, který umožňuje plánovat a hodnotit péči podle individuálních potřeb pacienta. Všeobecná sestra při posouzení sleduje zejména schopnost bezpečně polykat, úroveň vědomí, míru spolupráce, soběstačnost při příjmu potravy, nutriční stav a možné riziko aspirace. Současně hodnotí přítomnost obtíží, jako je kašel během jídla nebo po něm, změna kvality hlasu, zadržávání, únava při jídle či přítomnost zbytků potravy v dutině ústní. Na základě zjištěných skutečností plánuje vhodná ošetrovatelská opatření zaměřená na bezpečný příjem stravy a tekutin, prevenci komplikací a podporu co nejvyšší míry samostatnosti pacienta. V rámci realizace péče se uplatňuje zejména správné polohování při jídle, úprava konzistence stravy a tekutin, dohled při příjmu potravy, vytvoření vhodného prostředí a edukace pacienta i jeho rodiny. Nedílnou součástí je také průběžné hodnocení efektu zvolených opatření, sledování tolerance perorálního příjmu, vývoje tělesné hmotnosti a výskytu případných komplikací. Systematický přístup prostřednictvím ošetrovatelského procesu tak přispívá ke zvýšení bezpečnosti a kvality péče o pacienty s poruchou polykání (Kohout, et al., 2021; Lasotová, et al., 2024).

1.9.1 Screening dysfagie

Screening poruchy polykání představuje první krok v rozhodovacím procesu o způsobu zajištění výživy a hydratace pacienta a současně umožňuje včasné zahájení dalšího diagnostického a terapeutického postupu. Výsledkem screeningového vyšetření není stanovení diagnózy dysfagie, ale identifikace pacientů se zvýšeným rizikem jejího výskytu. Definitivní diagnostika je následně v kompetenci lékaře a klinického logopeda. Screening poruch polykání bývá nejčastěji prováděn vyškolenou všeobecnou sestrou, která při něm hodnotí například schopnost polykání slin, reakci pacienta při polknutí vody nebo jiné konzistence, přítomnost kašle, změnu kvality hlasu či úroveň vědomí. V případě pozitivního výsledku screeningu informuje ošetřujícího lékaře, zajistí přerušeni perorálního příjmu a podílí se na dalším zajištění bezpečné výživy a hydratace pacienta. Tím přispívá k prevenci aspirace a dalších komplikací spojených s poruchou polykání. Poruchy polykání jsou totiž spojeny se zvýšeným rizikem aspirace, malnutrice a aspirační pneumonie, která může významně zhoršit prognózu pacienta. Včasné provedení screeningu proto představuje důležitý preventivní krok v péči o pacienty s rizikem dysfagie. Screeningové nástroje by měly být jednoduché, časově nenáročné, ekonomicky dostupné a zároveň dostatečně senzitivní a specifické, aby umožnily bezpečné zachycení pacientů v riziku dysfagie.

Mezi standardizované screeningové metody patří například GUSS – test, Toronto Bedside Swallowing Screening Test nebo různé varianty testu polykání vody. V České republice byl vytvořen také jednoduchý screeningový nástroj určený pro provádění všeobecnou sestrou. Screening by měl být proveden co nejdříve po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, ideálně ještě před prvním podáním stravy nebo tekutin. Jeho cílem je rozhodnout, zda je perorální příjem bezpečný, nebo zda je nutné zajistit výživu a hydrataci alternativním způsobem. V případě pozitivního screeningu je pacient odeslán k podrobnějšímu klinickému nebo přístrojovému vyšetření polykání, například k FEES nebo VFSS (Tedla, Černý, 2018; Kaniová, et al., 2018; Neubauer, et al., 2025).

1.9.2 Nutriční screening

Součástí ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií je také nutriční screening, jehož cílem je včas rozpoznat pacienty ohrožené malnutricí nebo dehydratací. Všeobecná sestra při něm hodnotí zejména tělesnou hmotnost pacienta, případný nechtěný úbytek hmotnosti, BMI, množství přijaté stravy a tekutin, chuť k jídlu a celkový funkční stav. Současně sleduje, zda pacient zvládá přijímat potravu perorálně, jak toleruje zvolenou konzistenci stravy a tekutin a zda se při příjmu neobjevují obtíže, které by mohly vést ke snížení nutričního příjmu. Důležitou součástí je také zaznamenávání změn v příjmu stravy v průběhu hospitalizace, například zda pacient konzumuje celou porci, její polovinu nebo pouze malé množství. Sestra rovněž sleduje známky dehydratace, celkovou únavu pacienta při jídle a další faktory, které mohou negativně ovlivnit výživový stav. Na základě získaných údajů lze včas identifikovat nutriční riziko a ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem nastavit vhodná nutriční opatření. Včasně provedený nutriční screening a průběžné sledování nutričního stavu přispívají k prevenci malnutrice, dehydratace a dalších komplikací u pacientů s poruchou polykání (Kohout, et al., 2021; Tedla, Černý, 2018).

1.9.3 Bezpečné podávání stravy a tekutin

Součástí ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií je nejen úprava způsobu výživy, ale také systematický nácvik polykání a dodržování vhodných režimových opatření. Všeobecná sestra se podílí na realizaci doporučených terapeutických postupů, sleduje toleranci jednotlivých konzistencí stravy a tekutin a průběžně hodnotí bezpečnost perorálního příjmu. Nácvik polykání lze provádět jak u pacientů přijímajících modifikovanou stravu, tak u nemocných s dočasně omezeným perorálním příjmem, kteří jsou vyživováni alternativní cestou, například prostřednictvím NGS, PEG nebo parenterální výživy. U těžších forem dysfagie se využívají nepřímé techniky zaměřené například na polykání slin, zatímco u lehčích forem je možné přistoupit k přímému nácviku s využitím různých konzistencí stravy a tekutin (Groher, Crary, 2020; Neubauer, et al., 2025).

Významnou roli v prevenci aspirace hraje správné polohování pacienta. Při podávání stravy, tekutin i léků je doporučeno uložit pacienta do co nejvíce vzpřímené polohy, ideálně s elevací horní poloviny těla až do vysoké Fowlerovy polohy a zabránit záklonu hlavy. V této pozici by měl pacient setrvat ještě alespoň 30 minut po jídle. Důležité je rovněž individuálně zhodnotit postavení hlavy, případně její natočení ke zdravé straně. Při samotném polykání může být přínosný mírný předklon hlavy s přitažením brady, který napomáhá bezpečnějšímu transportu sousta a může snížit riziko aspirace. Volba konkrétní polohy však musí vždy vycházet z aktuálního

zdravotního stavu pacienta. Pokud je perorální příjem možný, přistupuje se k úpravě konzistence stravy a tekutin. Modifikace stravy pomáhá kompenzovat obtíže s kousáním, žvýkáním i samotným polykáním, zatímco zahušťování tekutin zpomaluje jejich průchod a může přispět ke snížení rizika aspirace. V praxi se výběr vhodné konzistence často opírá o systém IDDSI, který standardizuje jednotlivé úrovně upravené stravy a zahuštěných tekutin (Příloha E, obr. 5) (Cichero, et al., 2017; Zrubáková, Bartošovič, 2025).

Sestra rovněž zajišťuje vhodné pomůcky, například dysfagický kelímek, který může usnadnit bezpečnější příjem tekutin. (Příloha F, obr. 6). Za rizikové bývají považovány zejména suché, drobné nebo vícesložkové pokrmy, které kladou vyšší nároky na koordinaci polykání. Při samotném podávání stravy a tekutin sestra dodržuje individuální tempo příjmu potravy a přizpůsobuje velikost jednotlivých soust schopnostem pacienta. Strava je podávána pomalu a v menších porcích, aby měl pacient dostatek času na bezpečné zpracování sousta a jeho následné polknutí. Mezi jednotlivými sousty je vhodné ponechat krátký časový odstup a průběžně sledovat reakce pacienta. Zvýšený dohled během jídla umožňuje sestře včas rozpoznat obtíže, jako je kašel, změna kvality hlasu, dušnost nebo známky únavy, které mohou signalizovat riziko aspirace. Před zahájením krmení sestra posuzuje připravenost pacienta k příjmu potravy, zejména jeho bdělost, schopnost spolupráce a udržení vzpřímené polohy. V případě výskytu známek nekoordinovaného žvýkání nebo polykání je sestra kompetentní podávání stravy přerušit a informovat lékaře. Důležitou součástí ošetrovatelské péče je také zajištění vhodného prostředí. Sestra vytváří klidné podmínky bez rušivých podnětů a podporuje pacienta v co největší míře samostatnosti při příjmu potravy. Po ukončení jídla provádí kontrolu dutiny ústní a případně odstraňuje zbytky potravy, které by mohly být následně aspirací vdechnuty. Systematické dodržování těchto postupů významně přispívá ke zvýšení bezpečnosti perorálního příjmu a ke snížení rizika komplikací u pacientů s dysfagií (Groher, Crary, 2020; Lasotová, et al., 2024).

1.9.4 Bezpečné podávání léčiv

Podávání léků u pacientů s dysfagií vyžaduje zvýšenou pozornost. Významnou roli zde má všeobecná sestra, která před podáním léčiv posuzuje aktuální stav pacienta, zejména jeho schopnost bezpečně polykat, úroveň vědomí, míru spolupráce a doporučený způsob příjmu stravy a tekutin. Na základě těchto skutečností se podílí na zajištění co nejbezpečnějšího způsobu podání léku. Pokud to charakter léčivého přípravku umožňuje a pacient není schopen přijímat léčiva per os, mohou být některé léky podávány v nadrcené formě také alternativní cestou, například prostřednictvím NJS, NGS nebo PEG. Sestra dále zajišťuje podání léčiv ve vhodné poloze pacienta, sleduje průběh jejich užití a všímá si případných známek obtížného polykání, jako je kašel, dušení nebo změna hlasu. Současně hodnotí, zda pacient podání léků toleruje, a v případě potřeby konzultuje vhodnost úpravy lékové formy s lékařem nebo farmaceutem (Tedla, Černý, 2018).

1.9.5 Orální hygiena a prevence aspiračních komplikací

Péče o dutinu ústní představuje důležitou součást prevence komplikací spojených s aspirací. U pacientů po CMP s přítomnou poruchou polykání bývá schopnost udržovat odpovídající úroveň orální hygieny často snížena. Je proto nezbytné zabezpečit pravidelnou péči o dutinu

ústní, zaměřenou zejména na odstranění zubního plaku a redukci patogenní mikroflóry. Tato opatření mohou významně snížit riziko rozvoje aspirační pneumonie, které je u pacientů s dysfagií zvýšené v důsledku možné aspirace materiálu kolonizovaného bakteriemi. Péče o orální hygienu je součástí kompetencí všeobecné sestry (Václavík, et al., 2015).

Součástí ošetrovatelské péče je pravidelné hodnocení stavu dutiny ústní, při kterém sestra sleduje přítomnost povlaků, zánětlivých změn, suchosti sliznic a zbytků potravy. Zajišťuje mechanické čištění zubů, jazyka a případně i zubních protéz s ohledem na aktuální zdravotní stav a soběstačnost pacienta. U pacientů se sníženou schopností spolupráce nebo poruchou vědomí provádí hygienu všeobecná sestra za použití vhodných pomůcek. Důležitá je také kontrola dutiny ústní po jídle a odstranění zbytků potravy, které by mohly být následně vdechnuty. Sestra současně sleduje známky snížení tvorby slin a podle potřeby zajišťuje zvlhčování sliznic. Pravidelná péče o dutinu ústní přispívá k prevenci infekčních komplikací, zvýšení komfortu pacienta a podpoře bezpečného perorálního příjmu. Zvýšené riziko zhoršení orálního zdraví se vyskytuje také u dalších hospitalizovaných a nesoběstačných pacientů, zejména u osob s neurologickým onemocněním, poruchou vědomí, ve vyšším věku nebo v těžkém zdravotním stavu. Omezená soběstačnost a nepříznivý zdravotní stav u těchto nemocných znesnadňují běžnou péči o dutinu ústní a podporují vznik podmínek pro rozvoj infekčních komplikací. Hygienu dutiny ústní proto musí být vnímána jako nedílná součást preventivní ošetrovatelské péče (Registered Nurses' Association of Ontario, 2020).

1.9.6 Nutriční podpora při částečném perorálním příjmu

Při částečně zachovaném perorálním příjmu je nutné přizpůsobit nutriční péči aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta, charakteru poruchy polykání, prognóze onemocnění i přítomnosti dalších komorbidit. Významnou součástí ošetrovatelské péče je průběžné sledování skutečného množství přijaté stravy a tekutin. V klinické praxi se k tomu využívá orientační záznam o rozsahu konzumované porce, například zda pacient snědl čtvrtinu, polovinu, tři čtvrtiny nebo celou porci. Tyto informace umožňují včas identifikovat riziko nedostatečného nutričního příjmu a přizpůsobit další postup. Pokud běžná strava nepokrývá nutriční potřeby pacienta, je vhodné zařadit perorální nutriční doplňky, které představují koncentrovaný zdroj energie, bílkovin a dalších živin. Další možností je fortifikace stravy, tedy obohacování běžných pokrmů energetickými nebo bílkovinnými přípravky s cílem zvýšit jejich nutriční hodnotu bez nutnosti navyšování objemu porce. Tento postup je vhodný zejména u pacientů, kteří jsou schopni přijímat pouze malé množství stravy. Součástí nutriční podpory je také mechanická úprava stravy a zahušťování tekutin podle individuální tolerance pacienta. Instantní zahušťovadla umožňují upravit konzistenci nápojů i pokrmů tak, aby byl jejich příjem bezpečnější a snazší. Důležitým faktorem ovlivňujícím perorální příjem je rovněž atraktivita podávané stravy. Dlouhodobé podávání pouze mixované nebo kašovitě stravy může vést ke snížení chuti k jídlu, únavě z jídla a postupnému zhoršení nutričního stavu. Vhodnou úpravou vzhledu, konzistence a způsobu servírování pokrmů lze proto podpořit motivaci pacienta k příjmu stravy a přispět ke zlepšení jeho nutričního stavu (Přílohy G, H, CH, obr. 7, 8, 9). Důležitou roli v této oblasti sehraává všeobecná sestra, která sleduje příjem stravy a tekutin, hodnotí toleranci zvolené konzistence a spolupracuje s nutričním terapeutem při nastavování vhodného nutričního plánu. Systematické sledování nutričního stavu a včasná úprava nutriční podpory přispívají k prevenci

malnutrice, dehydratace a dalších komplikací u pacientů s dysfagií (Tedla, Černý, 2018; Kohout, et al., 2021).

1.9.7 Alternativní výživa a specifická péče u rizikových pacientů

Pokud u pacienta nelze zajistit dostatečný a bezpečný perorální příjem, je nutné přistoupit k alternativní nutriční podpoře. V praxi se nejčastěji využívá enterální výživa podávaná prostřednictvím NGS nebo NJS, případně cestou PEG či PEJ. Enterální výživa by měla být zahájena včas, ideálně do 72 hodin od přijetí pacienta, aby se předešlo rozvoji malnutrice a dalších komplikací. V případech, kdy se předpokládá dlouhodobější nutriční podpora, se doporučuje zavedení PEG přibližně ve třetím až čtvrtém týdnu hospitalizace, u zvláště závažných stavů i dříve. Zavedení sondy samo o sobě nezhoršuje poruchu polykání a nevylučuje současný nácvik polykání. Enterální výživa je považována za fyziologičtější a technicky jednodušší způsob nutriční podpory, a proto je preferována vždy, pokud to klinický stav pacienta umožňuje. V situacích, kdy enterální výživu nelze zajistit nebo je kontraindikována, přistupuje se k parenterální výživě, jejíž rozsah je přizpůsobován aktuálnímu nutričnímu stavu pacienta a toleranci léčby. U pacientů s dysfagií ohrožených malnutricí lze využít také hyperkalorické perorální doplňky stravy se zvýšeným obsahem bílkovin. Součástí ošetrovatelské péče je pravidelné sledování energetického příjmu, dostatečného množství bílkovin a hydratace pacienta. U pacientů v akutním stadiu onemocnění, zejména po CMP, je důležité rovněž monitorování glykémie, protože stresová hyperglykémie může negativně ovlivnit průběh onemocnění. Specifickou skupinu tvoří tracheostomovaní pacienti, u nichž je nutné věnovat zvýšenou pozornost obnově polykacích funkcí. Podávání stravy při insuflované obstrukční tracheostomické kanyli může zhoršovat obnovu polykání, snižovat citlivost hrtanu a zvyšovat riziko poškození tracheální sliznice. U stabilních pacientů se proto doporučuje postupné desuflování kanyly a nácvik polykání provádět s desuflovanou kanylou a uzavřenou stomií. K lepšímu hlasivkovému uzavěru a obnovení subglotického tlaku může přispět manuální obstrukce nebo použití ventilu Passy-Muir (Kohout, et al., 2021; Zrubáková, Bartošovič, 2025).

1.9.8 Mezioborová spolupráce

Péče o pacienta s dysfagií vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci více zdravotnických pracovníků, protože pouze komplexní přístup umožňuje včas rozpoznat rizika a zajistit bezpečnou a kvalitní péči. Lékař se podílí na diagnostice základního onemocnění, které vedlo ke vzniku poruchy polykání, a stanovuje celkový léčebný plán. Klinický logoped provádí vyšetření polykacích funkcí, podílí se na posouzení závažnosti dysfagie a navrhuje vhodné terapeutické a kompenzační postupy, které mohou přispět ke zvýšení bezpečnosti příjmu potravy a tekutin. Nutriční terapeut hodnotí nutriční stav pacienta, sleduje riziko malnutrice a doporučuje vhodnou úpravu stravy i tekutin podle aktuálních potřeb nemocného. V případě závažnějších obtíží se také podílí na návrhu nutriční podpory, včetně enterální výživy. Významné postavení v multidisciplinárním týmu zaujímá všeobecná sestra, která je s pacientem v nejčastějším kontaktu a má možnost průběžně sledovat jeho aktuální stav. Sestra monitoruje příjem stravy a tekutin, všímá si možných známek aspirace, podílí se na realizaci ošetrovatelských intervencí a zajišťuje každodenní péči podle individuálních potřeb pacienta. Současně má důležitou roli v edukaci pacienta i jeho rodiny, zejména v oblasti bezpečného podávání stravy, dodržování vhodné polohy při jídle a prevence komplikací. Fyzioterapeut může přispět ke správnému

polohování pacienta, podpoře stability sedu a zlepšení celkové mobility, která je pro bezpečný příjem stravy rovněž významná. Důležitým předpokladem kvalitní péče je účinná komunikace mezi jednotlivými členy týmu a vzájemná koordinace postupů. Právě dobře fungující spolupráce přispívá k prevenci komplikací, jako jsou aspirace, malnutrice či dehydratace, a umožňuje poskytovat pacientovi komplexní, individuálně přizpůsobenou a bezpečnou péči (Kohout, et al., 2021; Neubauer, et al., 2025).

Součástí mezioborové spolupráce je také průběžné hodnocení efektivity zvolených postupů a jejich případná úprava podle aktuálního stavu pacienta. Dysfagie je dynamický stav, který se může v průběhu léčby měnit, a proto je nutné i pravidelné přehodnocování terapeutického i ošetrovatelského plánu, pravidelné sdílení informací prostřednictvím zdravotnické dokumentace a vzájemnou komunikaci při plánování dalších kroků péče. Důležitá je rovněž návaznost péče mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a zajištění kontinuity péče po propuštění pacienta. Cílem koordinované spolupráce multidisciplinárního týmu je především prevence závažných komplikací a zajištění co nejvyšší kvality života pacienta (Horynová, 2019).

1.9.9 Edukace pacienta a rodiny

Edukace pacienta s dysfagií a jeho rodiny představuje významnou součást ošetrovatelské péče, protože podporuje bezpečné zvládnání příjmu potravy a tekutin a přispívá k prevenci závažných komplikací. Cílem edukace je především seznámit pacienta i jeho blízké s charakterem poruchy polykání, doporučenými režimovými opatřeními a významem jejich důsledného dodržování v každodenní praxi. Edukace by měla být zaměřená na vysvětlení vhodné konzistence stravy a tekutin, správné polohy při jídle, nutnosti pomalého tempa příjmu potravy a zvýšeného dohledu během stravování. Současně je důležité zdůraznit význam sledování nutričního příjmu a hydratace, protože jejich nedostatečnost může vést k rozvoji malnutrice nebo dehydratace a negativně ovlivnit celkový zdravotní stav pacienta. Vhodná je také edukace pacienta a jeho rodiny o správném způsobu užívání léků v domácím prostředí. Významnou roli v edukaci má všeobecná sestra, která je s pacientem v pravidelném kontaktu a může průběžně hodnotit jeho schopnost spolupráce, dodržování doporučení i případné obtíže. Součástí edukace je rovněž poučení o správné hygieně dutiny ústní, která hraje důležitou roli v prevenci aspiračních komplikací. Pacient i rodina by měli být informováni o vhodných pomůckách a technikách péče a o nutnosti pravidelného provádění těchto opatření. Edukace by měla probíhat srozumitelnou formou a být přizpůsobená individuálním schopnostem pacienta i jeho blízkých. Vhodné je využívat nejen slovní vysvětlení, ale také praktickou demonstraci jednotlivých postupů a následně ověření, zda pacient nebo rodinný příslušník doporučeným opatřením rozuměli. Opakované upevňování informací může přispět k lepšímu osvojení potřebných dovedností a k vyšší bezpečnosti péče v domácím prostředí. Edukace by měla být realizována kontinuálně v průběhu hospitalizace i při přípravě pacienta na propuštění do domácího prostředí. Aktivní zapojení rodiny a pečujících osob může významně přispět ke zlepšení adherence k doporučeným opatřením a k prevenci komplikací spojených s poruchou polykání (Dziewas, et al., 2021; Registered Nurses' Association of Ontario, 2020).

2 Výzkumná část

Výzkumná část práce se zabývá zmapováním ošetrovatelských postupů používaných při péči o pacienty s dysfagií v klinické praxi.

2.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu je zmapovat ošetrovatelské postupy používané při péči o pacienta s dysfagií v praxi.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaké ošetrovatelské postupy sestry využívají při péči o pacienta s dysfagií?

Výzkumná otázka č. 2: Jak sestry postupují při podávání stravy a tekutin u pacientů s dysfagií?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je role sestry v edukaci pacienta s dysfagií a jeho rodiny?

Výzkumná otázka č. 4: Jak sestry vnímají dostupnost doporučených postupů péče o pacienta s dysfagií na svém pracovišti?

2.3 Metodika výzkumu

Výzkum byl realizován kvantitativní metodou prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Cílem bylo zmapovat ošetrovatelské postupy používané při péči o pacienta s dysfagií v praxi. Pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce (Příloha I), vytvořený na základě odborné literatury a stanovených výzkumných otázek, přičemž jeho validita byla zajištěna právě oporou v odborné literatuře a konzultací s vedoucí práce. Dotazník obsahoval celkem 28 otázek, z toho 27 otázek bylo uzavřených s možností výběru odpovědí sestavených podle Likertovy škály a jedna otázka byla otevřená. Otázky byly zaměřeny na ošetrovatelské postupy při péči o pacienty s dysfagií, podávání stravy a tekutin, edukaci pacienta a jeho rodiny a dostupnost doporučených postupů na pracovišti. Jednotlivé položky dotazníku byly konstruovány tak, aby odpovídaly stanoveným výzkumným otázkám. Jednotlivé výzkumné otázky byly analyzovány na základě konkrétních položek dotazníku, které byly tematicky rozděleny podle jejich zaměření. K výzkumné otázce č. 1, zaměřené na ošetrovatelské postupy při péči o pacienta s dysfagií, byly přiřazeny otázky č. 9, 10, 11, 12, 17, 21, 23 a 28, které se vztahují jak k přímé ošetrovatelské péči o pacienta, tak k provádění screeningu a mezioborové spolupráci při zajištění komplexní péče. K výzkumné otázce č. 2, která se zabývala postupy při podávání stravy a tekutin u pacientů s dysfagií, byly přiřazeny otázky č. 15, 16, 18, 19 a 20, zaměřené na konkrétní zásady podávání stravy, kontrolu dutiny ústní, polohování pacienta a dodržování doporučené konzistence tekutin. K výzkumné otázce č. 3, zaměřené na roli sestry v edukaci pacienta s dysfagií a jeho rodiny, byly přiřazeny otázky č. 25, 26 a 27. K výzkumné otázce č. 4, která se zabývala vnímáním dostupnosti doporučených postupů péče o pacienta s dysfagií na pracovišti, byly přiřazeny otázky č. 6, 7, 8, 13 a 14, zaměřené na existenci doporučených postupů, dostupnost pomůcek a možnost odborné spolupráce. Otázky č. 22 a 24 nebyly přiřazeny k žádné konkrétní výzkumné otázce a sloužily jako doplňující k širšímu pochopení problematiky, zejména v oblasti hodnocení

rizik a sledování stavu pacienta. Identifikační otázky (č. 1–5) nebyly přiřazeny k výzkumným otázkám a sloužily k charakteristice respondentů.

2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumný soubor tvořily všeobecné a praktické sestry pracující ve zdravotnických zařízeních ve městě Brně. Respondenti byli osloveni na odděleních, kde se v klinické praxi setkávají s pacienty s dysfagií, konkrétně na odděleních NIP, NINR, DIOP, ortopedie, JIP a neurologie. Do výzkumu byli zařazeni respondenti, kteří splňovali kritérium výkonu zdravotnického povolání všeobecné nebo praktické sestry. Pro výběr respondentů nebyl rozhodující věk, pohlaví ani délka praxe ve zdravotnictví. Výběr respondentů byl realizován cíleně s ohledem na pracoviště, na kterých se vyskytují pacienti s dysfagií, čímž byla zajištěna relevantnost výzkumného souboru.

Respondenti byli dále charakterizováni podle pohlaví, věku, délky praxe ve zdravotnictví, dosaženého vzdělání a pracoviště. Z hlediska pohlaví převažovaly ve výzkumném souboru ženy, které tvořily 78 %, zatímco muži byli zastoupeni v 22 %. Nejvíce respondentů bylo ve věku 20–30 let (49 %), následovaných věkovou kategorií 31–40 let (39 %). Menší zastoupení měly věkové skupiny 41–50 let (9 %) a 51 let a více (3 %). Z hlediska délky praxe ve zdravotnictví byla nejvíce zastoupena skupina respondentů s praxí 11–20 let (39 %), následovaná skupinou s praxí 6–10 let (33 %). Praxi v délce 0–5 let uvedlo 24 % respondentů a nejméně respondentů mělo praxi 21 let a více (4 %). Nejvíce respondentů mělo vysokoškolské vzdělání (Bc.) (31 %), následované vyšším odborným vzděláním (DiS.) (30 %). Středoškolské vzdělání s maturitou uvedlo 24 % respondentů a nejméně respondentů mělo vysokoškolské vzdělání (Mgr.) (15 %). Z hlediska pracoviště byli respondenti zastoupeni na několika typech oddělení. Nejvíce respondentů pracovalo na oddělení NIP (24 %), následovaném oddělením NINR (22 %). Na JIP pracovalo 17 % respondentů a na neurologii 16 %. Na DIOP pracovalo 15 % respondentů a nejméně respondentů bylo zastoupeno na ortopedii (6 %).

2.5 Organizace výzkumu

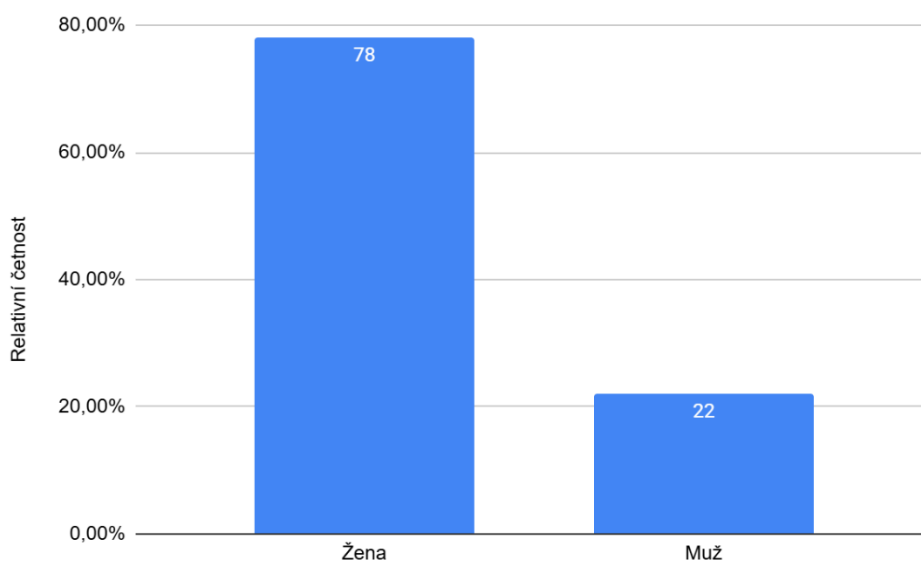
Výzkum byl realizován formou anonymního online dotazníkového šetření vytvořeného v nástroji Google Forms. Sběr dat probíhal po dobu tří měsíců a dotazník byl šířen elektronicky prostřednictvím online prostředí. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a respondenti byli předem informováni o anonymitě a účelu výzkumu. Celkem bylo získáno 112 vyplněných dotazníků. Z tohoto počtu bylo 5 dotazníků vyřazeno z důvodu úplné absence odpovědi na otevřenou otázku. Další 7 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné nebo nesprávné vyplnění, konkrétně z důvodu uvedení nerelevantních nebo nejednoznačných odpovědí (např. „nevím“). Vyřazení dotazníků probíhalo na základě předem stanovených kritérií kvality dat. Do konečného zpracování bylo zahrnuto 100 dotazníků.

2.6 Zpracování získaných dat

Bakalářská práce byla zpracována v programu Microsoft Word. Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla následně zpracována a analyzována v programu Microsoft Excel, který byl využit také k tvorbě tabulek. Výsledky jsou v práci prezentovány formou tabulkového zpracování a doplněny slovní interpretací.

2.7 Výsledky dotazníkového šetření

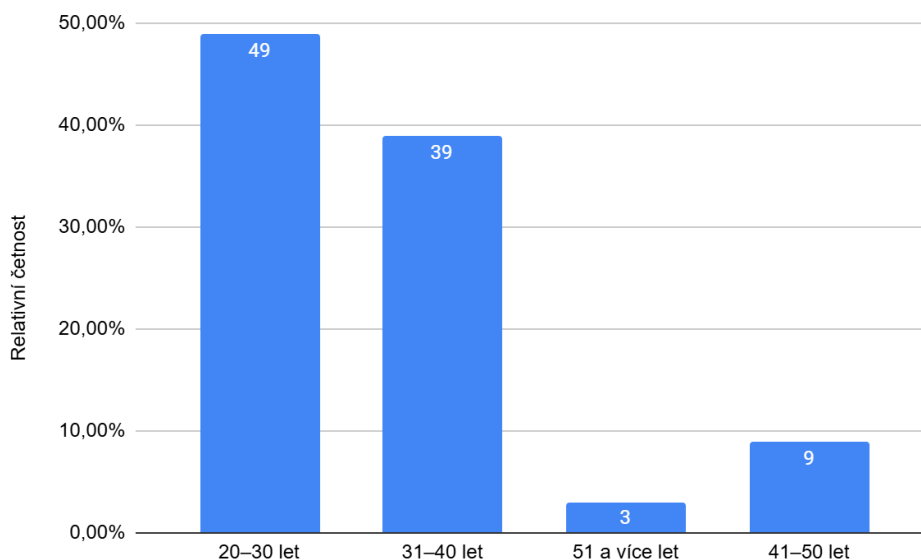
Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?



Graf 1: Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů bylo 22 mužů (22 %) a 78 žen (78 %). Převahu tvořily ženy.

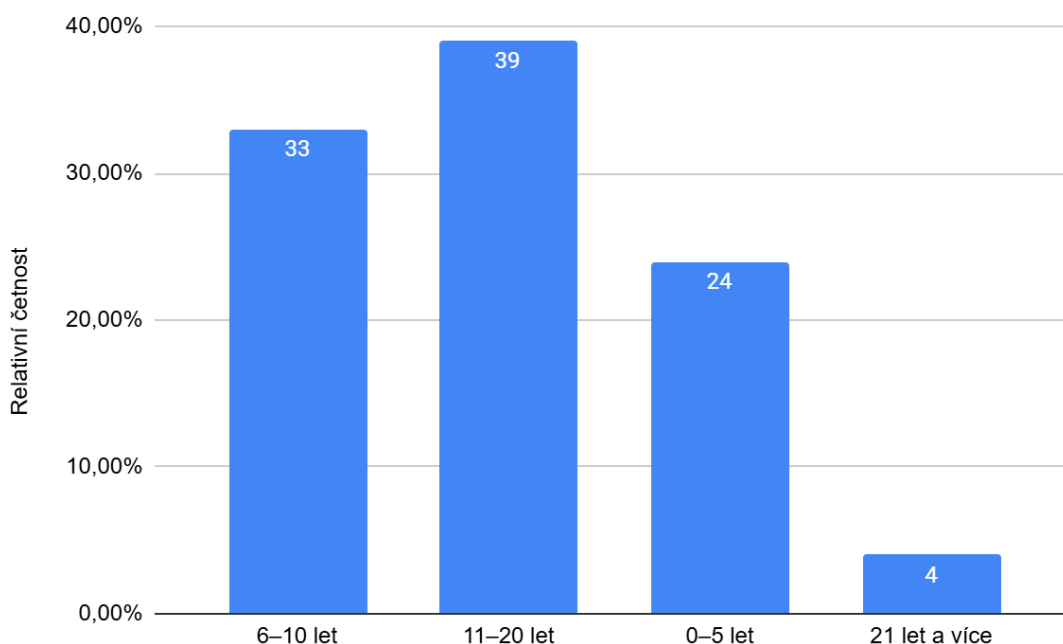
Otázka č. 2: Uveďte Vaši věkovou kategorii



Graf 2: Věková kategorie respondentů

Graf č. 2 znázorňuje věkovou kategorii respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 20–30 let 49 (49 %), dále ve věku 31–40 let 39 (39 %). Ve věkové kategorii 41–50 let bylo 9 (9 %) respondentů a nejméně respondentů bylo ve věku 51 a více let 3 (3 %).

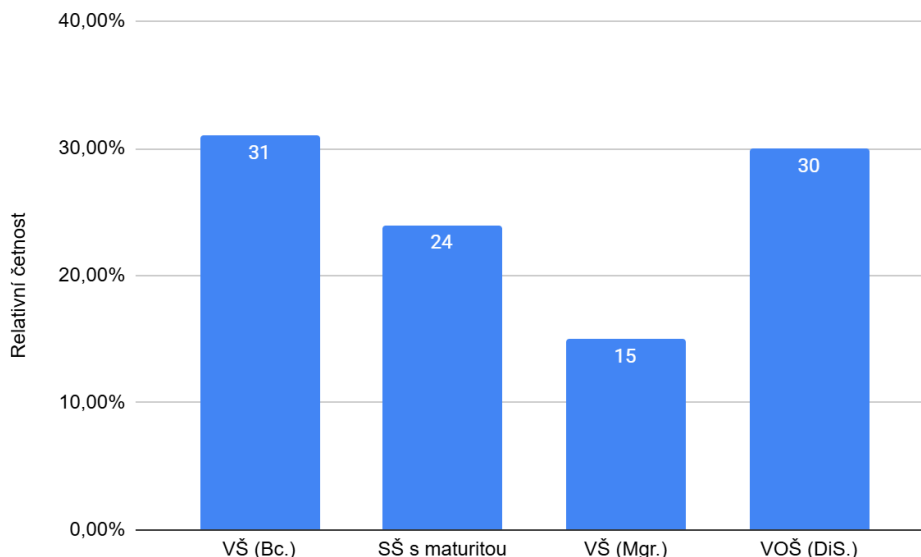
Otázka č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví



Graf 3: Délka praxe ve zdravotnictví

Graf č. 3 znázorňuje délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Nejvíce respondentů mělo praxi 11–20 let 39 (39 %), dále 6–10 let 33 (33 %). Praxi v délce 0–5 let uvedlo 24 (24 %) respondentů a nejméně respondentů mělo praxi 21 let a více 4 (4 %).

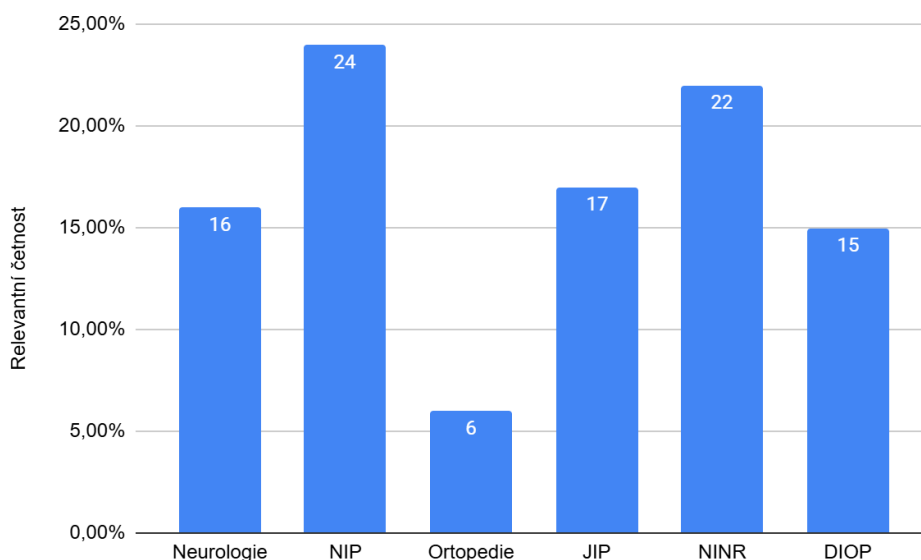
Otázka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů mělo vysokoškolské vzdělání (Bc.) 31 (31 %), dále vyšší odborné vzdělání (DiS.) 30 (30 %). Středoškolské vzdělání s maturitou uvedlo 24 (24 %) respondentů a nejméně respondentů mělo vysokoškolské vzdělání (Mgr.) 15 (15 %).

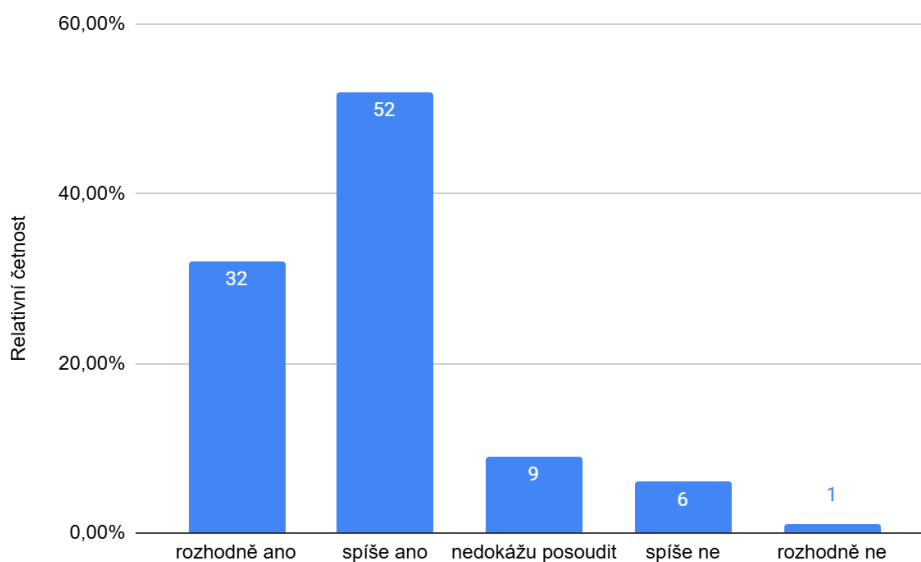
Otázka č. 5: Oddělení, na kterém pracujete:



Graf 5: Pracoviště respondentů

Graf č. 5 znázorňuje pracoviště respondentů. Nejvíce respondentů pracovalo na NIP (následná intenzivní péče) 24 (24 %), dále na NINR (následná intenzivní neurorehabilitace) 22 (22 %). Na JIP (jednotka intenzivní péče) pracovalo 17 (17 %) respondentů a na neurologii 16 (16 %) respondentů. Na DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče) pracovalo 15 (15 %) respondentů a nejméně respondentů pracovalo na ortopedii 6 (6 %).

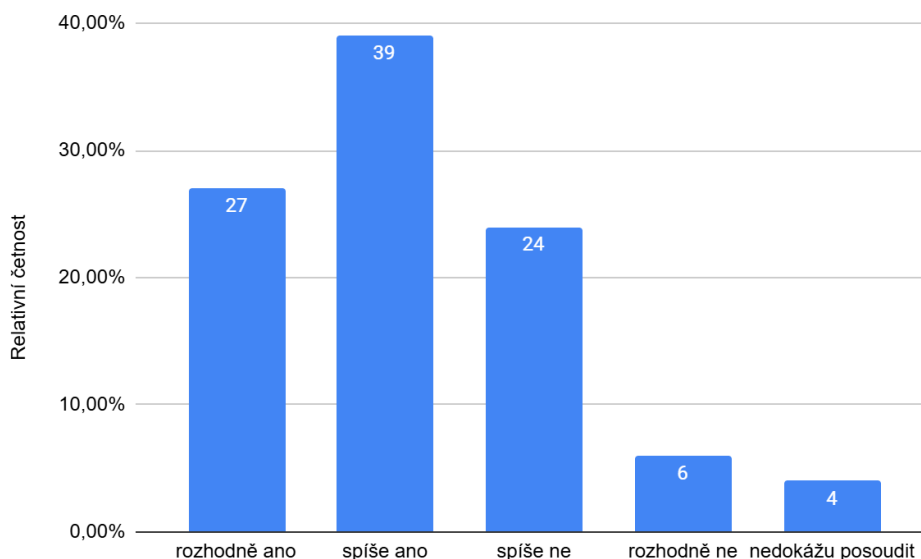
Otázka č. 6: Na mém pracovišti existují stanovené postupy péče o pacienta s dysfagií



Graf 6: Existence postupů péče o pacienty s dysfagií

Graf č. 6 znázorňuje existenci postupů péče o pacienty s dysfagií. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 52 (52 %), dále rozhodně ano 32 (32 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 9 (9 %) respondentů, spíše ne 6 (6 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo rozhodně ne 1 (1 %).

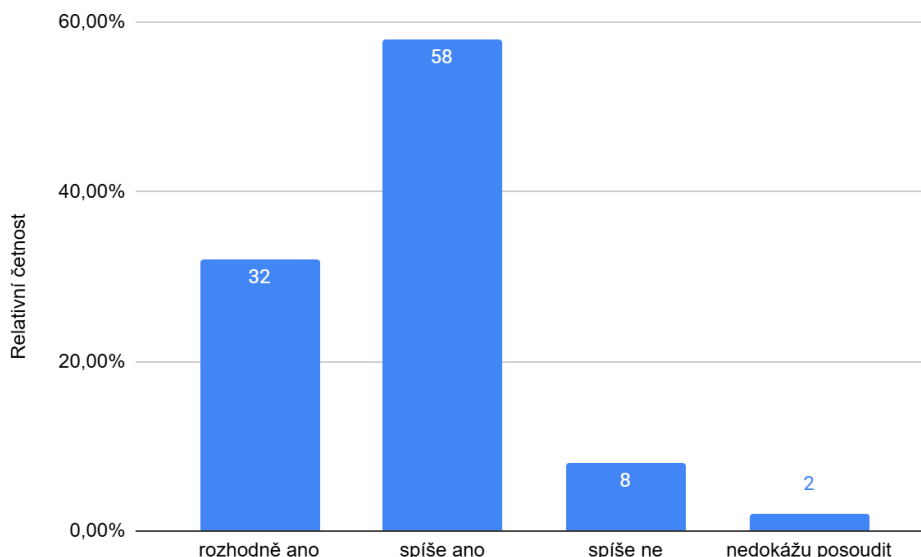
Otázka č. 7: Na mém pracovišti jsou sestry pravidelně školeny nebo edukovány v oblasti péče o pacienty s dysfagií



Graf 7: Vzdělávání sester v oblasti dysfagie

Graf č. 7 znázorňuje vzdělávání sester v oblasti dysfagie. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 39 (39 %), dále rozhodně ano 27 (27 %). Možnost spíše ne uvedlo 24 (24 %) respondentů, rozhodně ne 6 (6 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 4 (4 %).

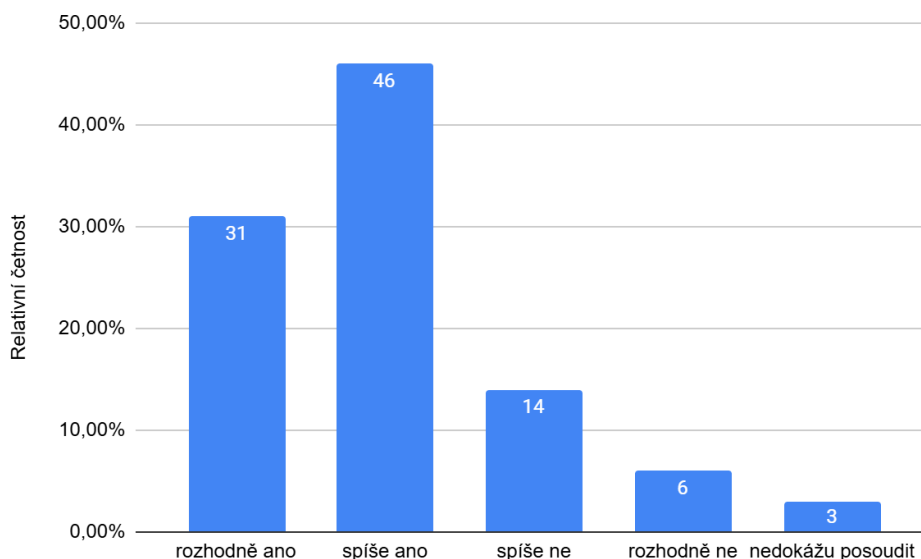
Otázka č. 8: Při péči o pacienty s dysfagií mám k dispozici dostatek pomůcek (např. úprava stravy, polohovací pomůcky)



Graf 8: Dostupnost pomůcek pro péči o dysfagii

Graf č. 8 znázorňuje dostupnost pomůcek pro péči o dysfagii. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 58 (58 %), dále rozhodně ano 32 (32 %). Možnost spíše ne uvedlo 8 (8 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 2 (2 %).

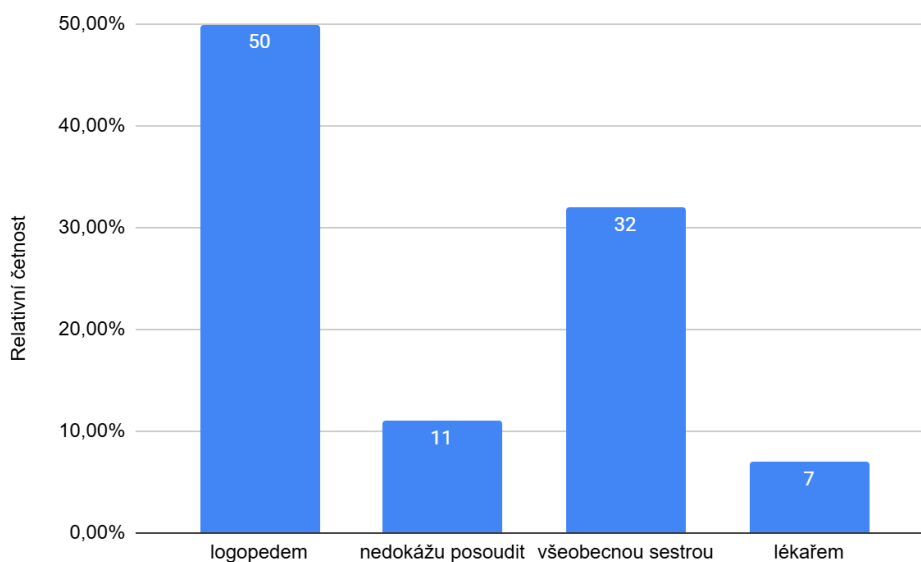
Otázka č. 9: Na mém pracovišti se při příjmu pacientů s rizikem dysfagie provádí screening poruchy polykání



Graf 9: Provádění screeningu dysfagie při příjmu pacienta

Graf č. 9 znázorňuje provádění screeningu dysfagie při příjmu pacienta na oddělení. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 46 (46 %), dále rozhodně ano 31 (31 %). Možnost spíše ne uvedlo 14 (14 %) respondentů, rozhodně ne 6 (6 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 3 (3 %).

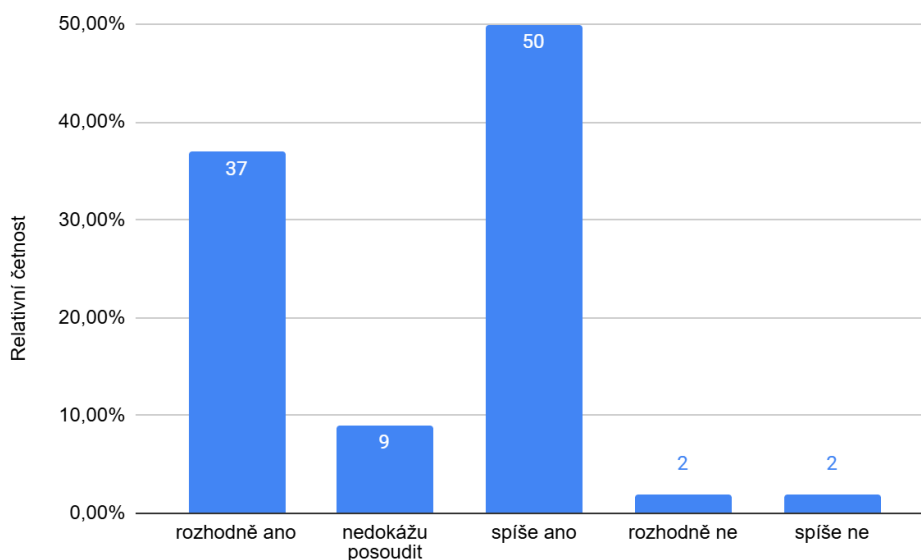
Otázka č. 10: Screening poruchy polykání je na mém pracovišti nejčastěji prováděn



Graf 10: Osoba provádějící screening dysfagie

Graf č. 10 znázorňuje kdo provádí screening dysfagie. Nejvíce respondentů uvedlo logopedem 50 (50 %), dále všeobecnou sestrou 32 (32 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 11 (11 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo lékařem 7 (7 %).

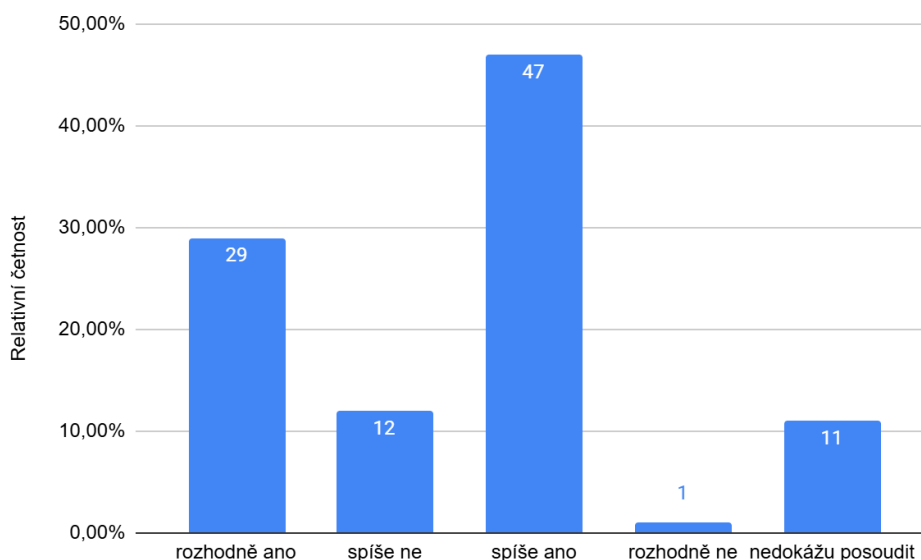
Otázka č. 11: V případě potřeby konzultuji stav pacienta s dysfagií s logopedem



Graf 11: Konzultace s logopedem při péči o pacienta

Graf č. 11 znázorňuje, zda respondenti v případě potřeby konzultují stav pacienta s dysfagií s logopedem. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 50 (50 %), dále rozhodně ano 37 (37 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 9 (9 %) respondentů, rozhodně ne 2 (2 %) respondentů a spíše ne 2 (2 %) respondentů.

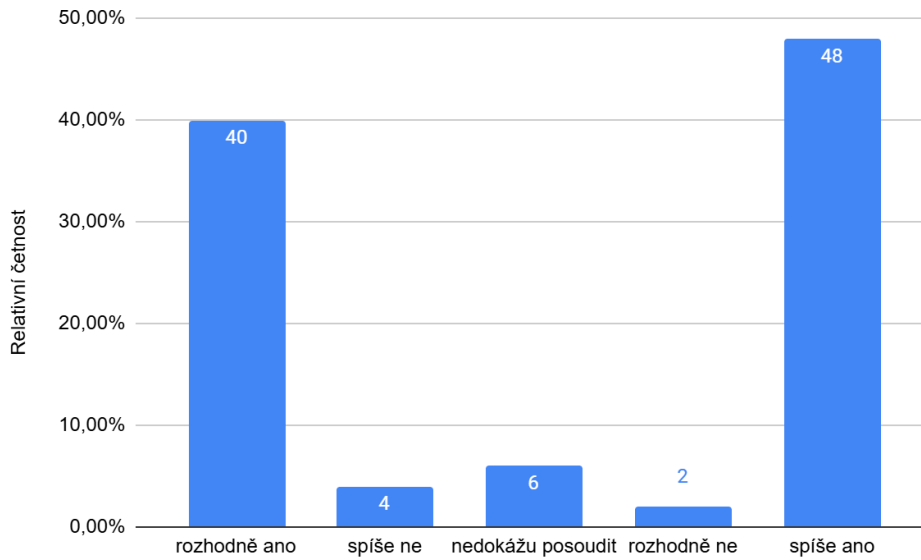
Otázka č. 12: V případě potřeby konzultuji stav pacienta s dysfagií s nutričním terapeutem



Graf 12: Konzultace s nutričním terapeutem

Graf č. 12 znázorňuje, zda respondenti v případě potřeby konzultují stav pacienta s dysfagií s nutričním terapeutem. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 47 (47 %), dále rozhodně ano 29 (29 %). Možnost spíše ne uvedlo 12 (12 %) respondentů, nedokážu posoudit 11 (11 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo rozhodně ne 1 (1 %).

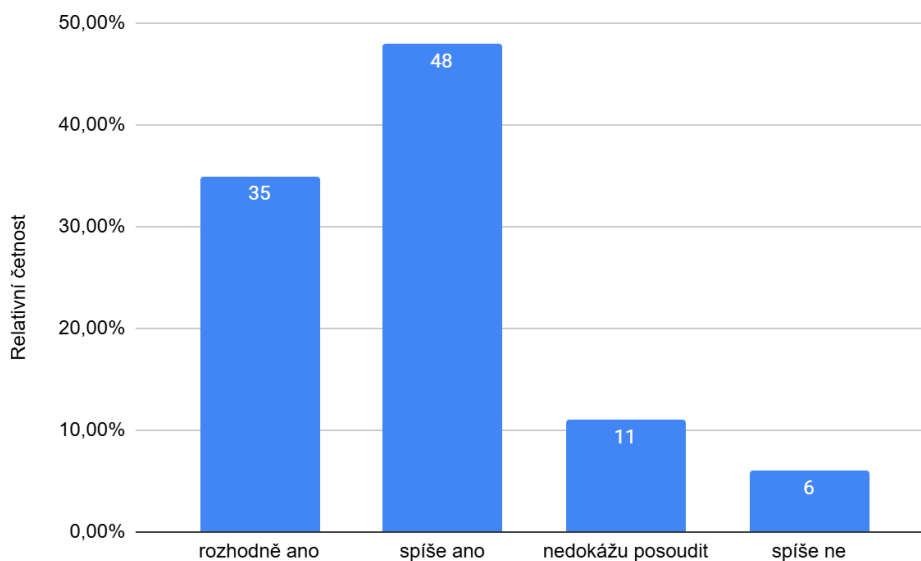
Otázka č. 13: Na mém pracovišti je dostupná možnost konzultace s logopedem při péči o pacienta s dysfagií



Graf 13: Dostupnost logopeda na pracovišti

Graf č. 13 představuje, zda je na pracovišti respondentů dostupná možnost konzultace s logopedem při péči o pacienta s dysfagií. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 48 (48 %), dále rozhodně ano 40 (40 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 6 (6 %) respondentů, spíše ne 4 (4 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo rozhodně ne 2 (2 %).

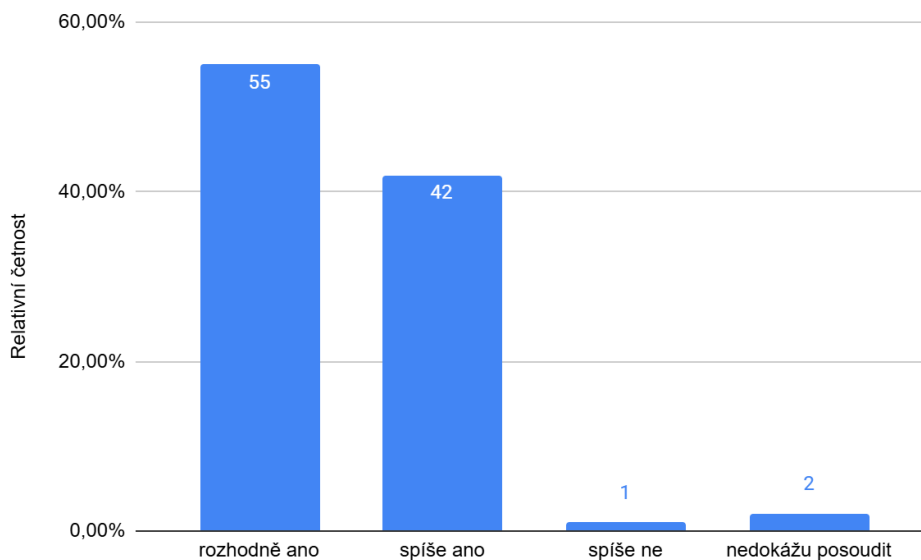
Otázka č. 14: Na mém pracovišti je dostupná možnost konzultace s nutričním terapeutem při péči o pacienta s dysfagií



Graf 14: Dostupnost nutričního terapeuta

Graf č. 14 zobrazuje, zda je na pracovišti respondentů dostupná možnost konzultace s nutričním terapeutem při péči o pacienta s dysfagií. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 48 (48 %), dále rozhodně ano 35 (35 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 11 (11 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo spíše ne 6 (6 %).

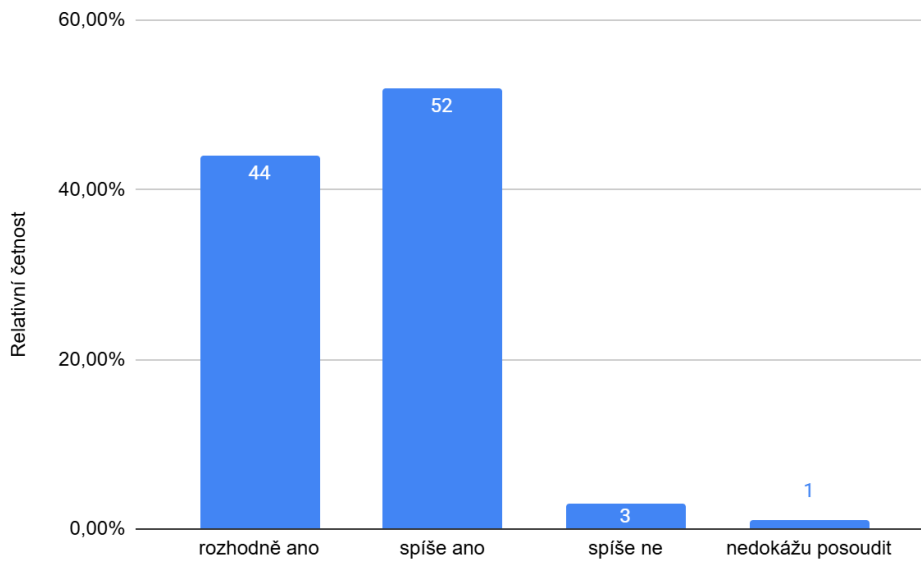
Otázka č. 15: Při péči o pacienta s dysfagií dodržuji zásady bezpečného podávání stravy a tekutin



Graf 15: Dodržování zásad bezpečného podávání stravy

Graf č. 15 uvádí, zda respondenti při péči o pacienta s dysfagií dodržují zásady bezpečného podávání stravy a tekutin. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 55 (55 %), dále spíše ano 42 (42 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 2 (2 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo spíše ne 1 (1 %).

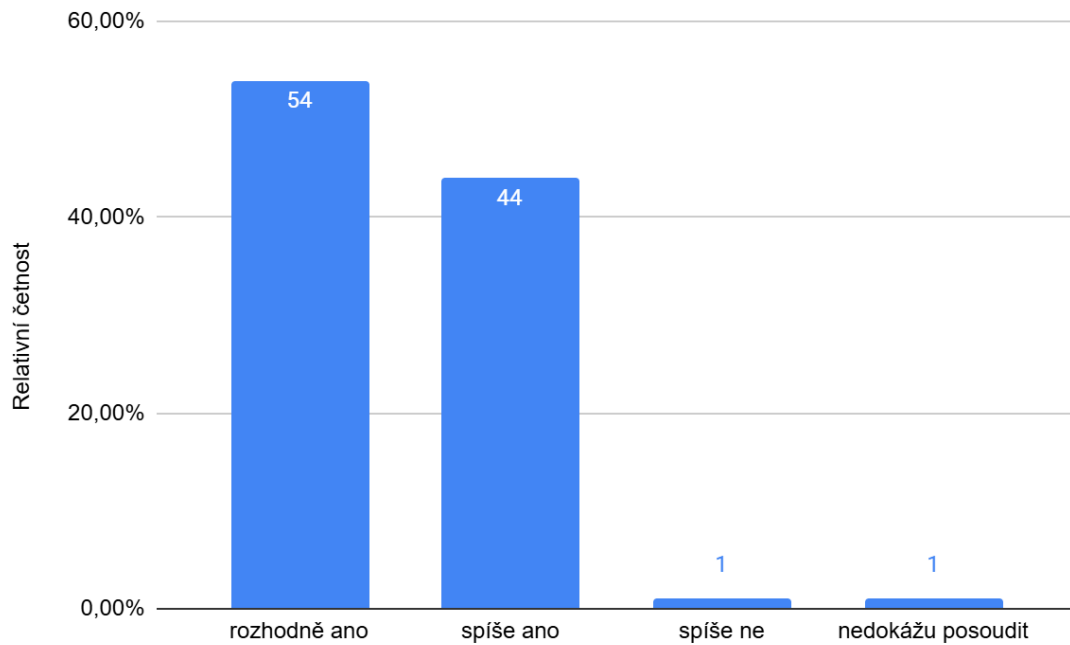
Otázka č. 16: Po podání stravy kontrolují dutinu ústní u pacientů s dysfagií vyžadujících asistenci



Graf 16: Kontrola dutiny ústní po podání stravy

Graf č. 16 představuje, zda respondenti po podání stravy kontrolují dutinu ústní u pacientů s dysfagií vyžadujících asistenci. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 52 (52 %), dále rozhodně ano 44 (44 %). Možnost spíše ne uvedlo 3 (3 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 1 (1 %).

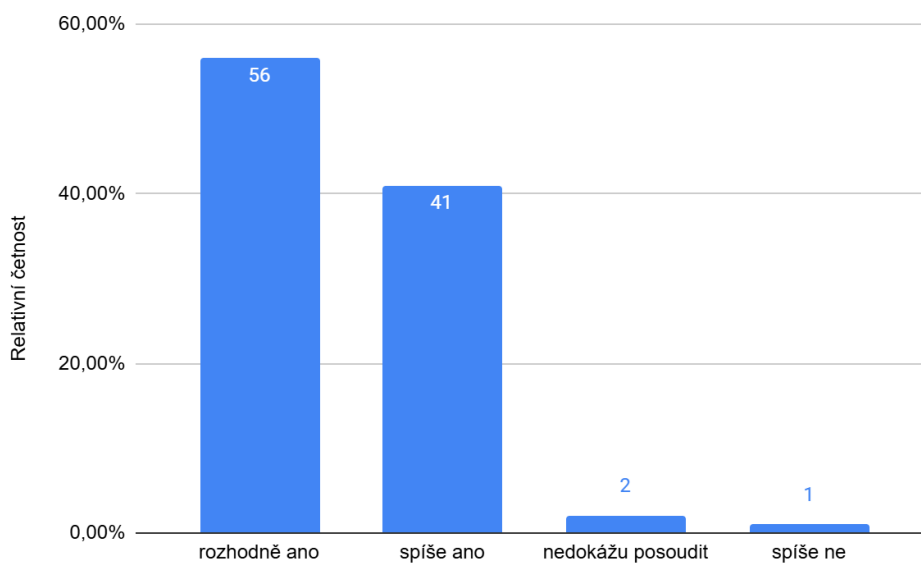
Otázka č. 17: Dbám na pravidelnou hygienu dutiny ústní u pacientů s dysfagií



Graf 17: Pravidelná hygiena dutiny ústní

Graf č. 17 zobrazuje, zda respondenti dbají na pravidelnou hygienu dutiny ústní u pacientů s dysfagií. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 54 (54 %), dále spíše ano 44 (44 %). Možnost spíše ne uvedlo 1 (1 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 1 (1 %).

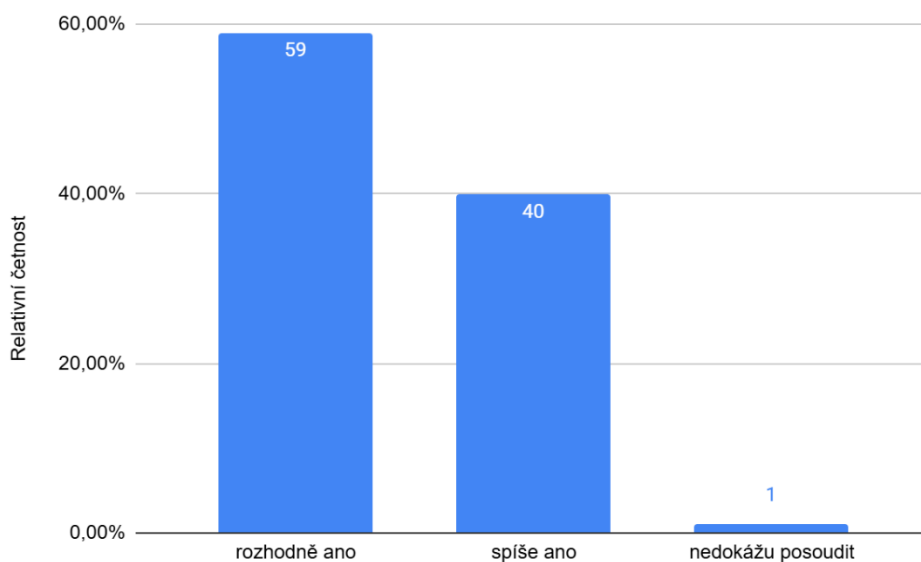
Otázka č. 18: Pacientovi s poruchou polykání by měla být podávána strava ve vzpřímené poloze



Graf 18: Poloha pacienta při podávání stravy

Graf č. 18 uvádí, zda respondenti souhlasí s tím, že pacientovi s poruchou polykání by měla být podávána strava ve vzpřímené poloze. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 56 (56 %), dále spíše ano 41 (41 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 2 (2 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo spíše ne 1 (1 %).

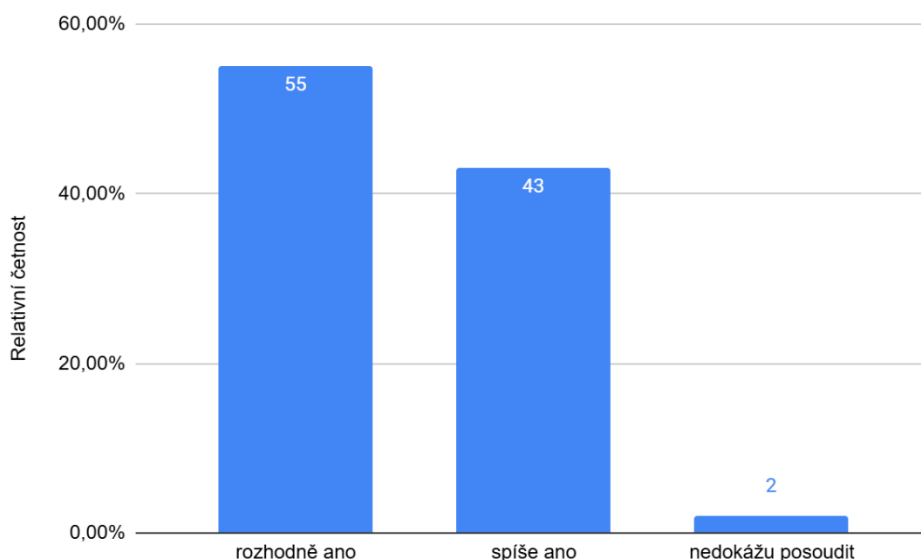
Otázka č. 19: Při podávání tekutin u pacientů s dysfagií respektují doporučenou konzistenci tekutin



Graf 19: Dodržování konzistence tekutin

Graf č. 19 zobrazuje, zda respondenti při podávání tekutin u pacientů s dysfagií respektují doporučenou konzistenci tekutin. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 59 (59 %), dále spíše ano 40 (40 %). Nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 1 (1 %).

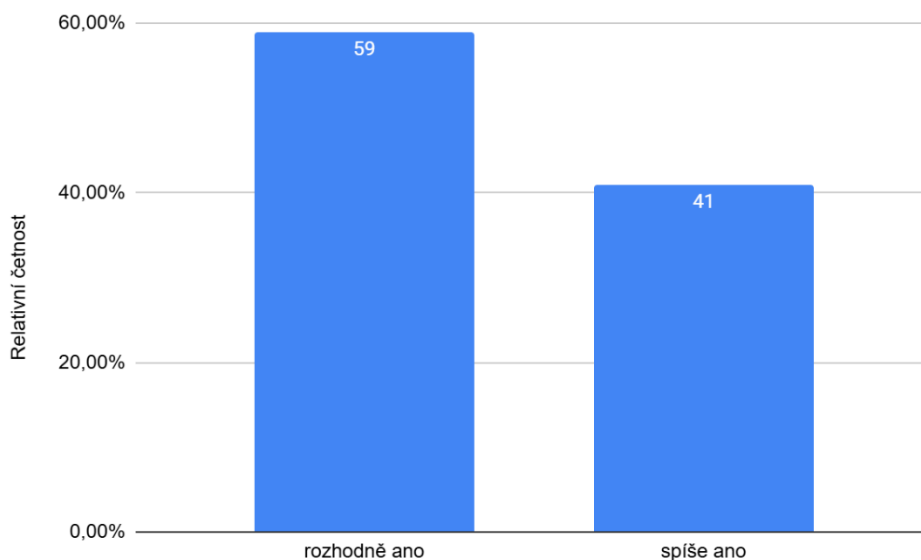
Otázka č. 20: Během podávání stravy a tekutin u pacienta s dysfagií zajišťují zvýšený dohled



Graf 20: Dohled při příjmu stravy a tekutin

Graf č. 20 představuje, zda respondenti během podávání stravy a tekutin u pacienta s dysfagií zajišťují zvýšený dohled. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 55 (55 %), dále spíše ano 43 (43 %). Nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 2 (2 %).

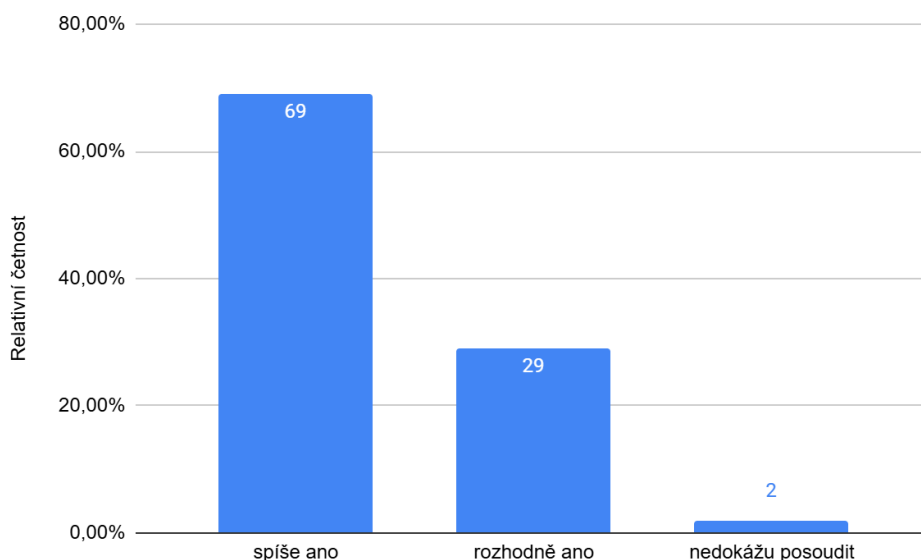
Otázka č. 21: U pacientů s dysfagií sledují možné známky aspirace



Graf 21: Sledování známek aspirace

Graf č. 21 znázorňuje, zda respondenti u pacientů s dysfagií sledují možné známky aspirace. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 59 (59 %), dále spíše ano 41 (41 %).

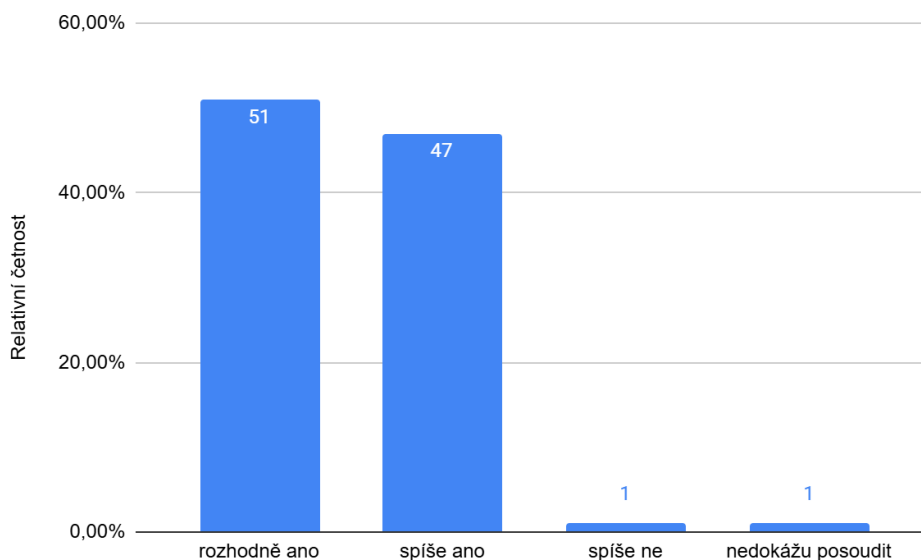
Otázka č. 22: Známkou aspirace může být změna hlasu pacienta po polknutí



Graf 22: Znalost příznaků aspirace

Graf č. 22 zobrazuje, zda respondenti vědí, že známkou aspirace může být změna hlasu pacienta po polknutí. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 69 (69 %), dále rozhodně ano 29 (29 %). Nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 2 (2 %).

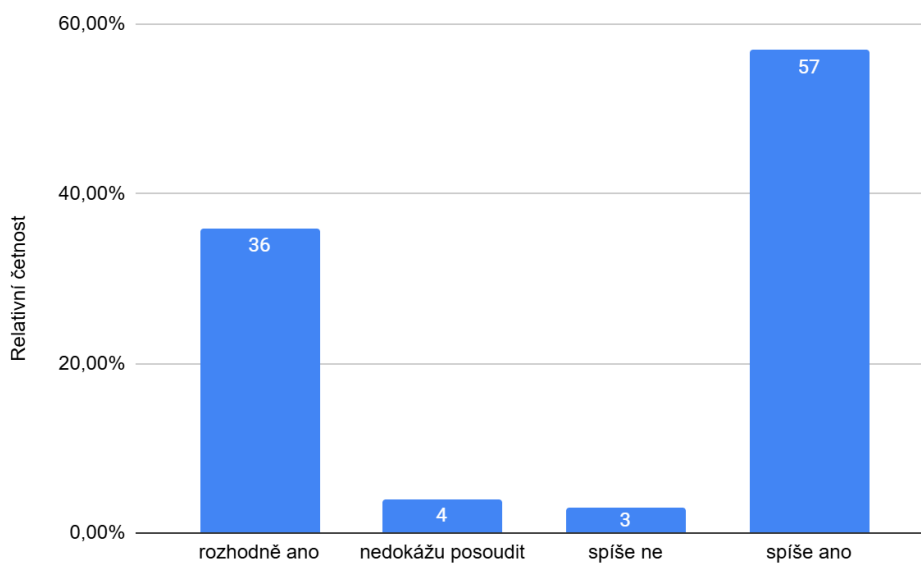
Otázka č. 23: U pacientů s dysfagií sleduji riziko vzniku malnutrice



Graf 23: Sledování rizika malnutrice

Graf č. 23 představuje, zda respondenti u pacientů s dysfagií sledují riziko vzniku malnutrice. Nejvíce respondentů uvedlo rozhodně ano 51 (51 %), dále spíše ano 47 (47 %). Možnost spíše ne uvedlo 1 (1 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo nedokážu posoudit 1 (1 %).

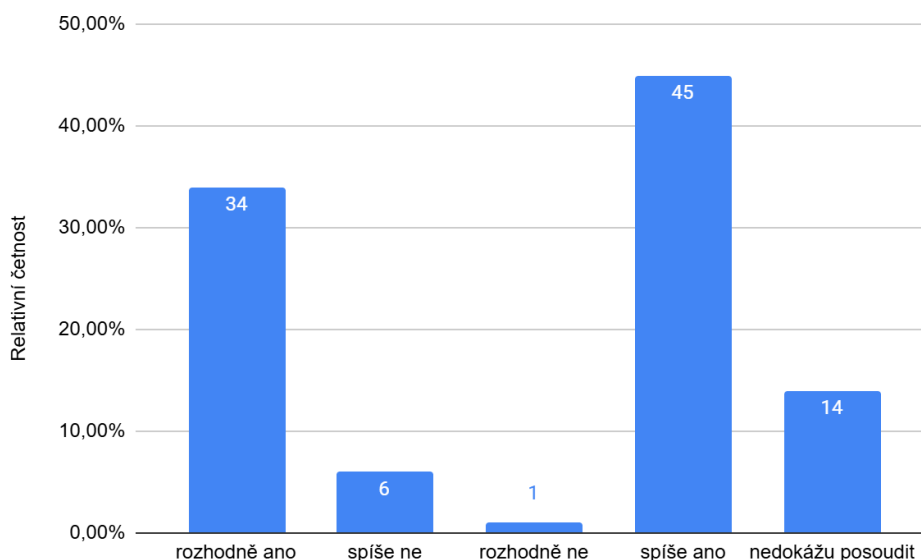
Otázka č. 24: Na mém pracovišti je u pacientů s rizikem malnutrice prováděn nutriční screening



Graf 24: Provádění nutričního screeningu

Graf č. 24 zobrazuje, zda je na pracovišti respondentů u pacientů s rizikem malnutrice prováděn nutriční screening. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 57 (57 %), dále rozhodně ano 36 (36 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 4 (4 %) respondentů, spíše ne 3 (3 %) respondentů.

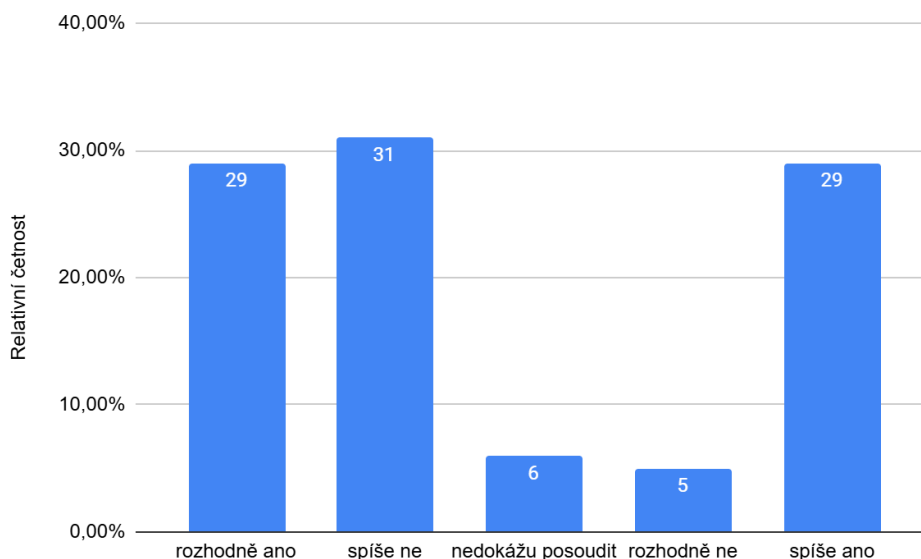
Otázka č. 25: Sestra má podle mého názoru klíčovou roli v edukaci pacienta s dysfagií a jeho rodiny



Graf 25: Role sestry v edukaci pacienta a rodiny

Graf č. 25 uvádí, zda respondenti souhlasí s tím, že sestra má klíčovou roli v edukaci pacienta s dysfagií a jeho rodiny. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 45 (45 %), dále rozhodně ano 34 (34 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 14 (14 %) respondentů, spíše ne 6 (6 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo rozhodně ne 1 (1 %).

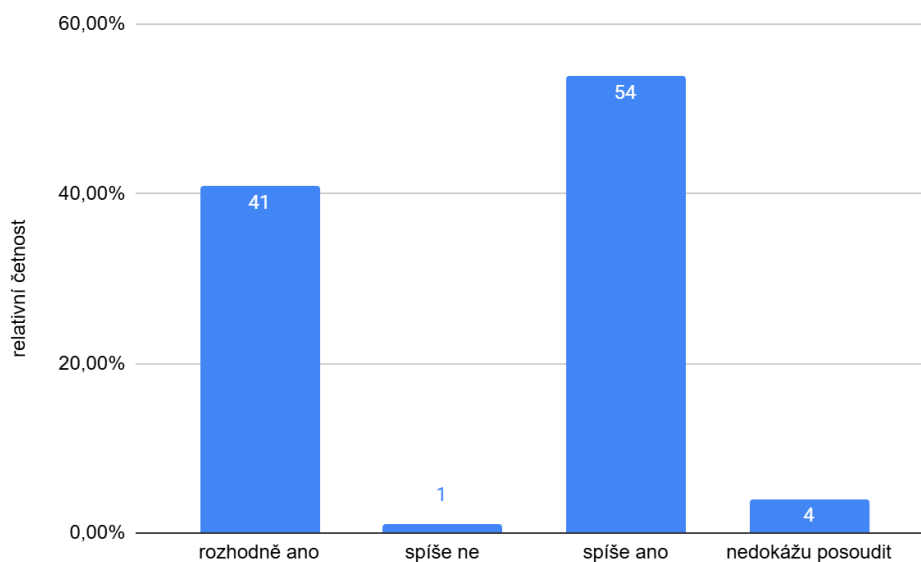
Otázka č. 26: Při edukaci pacientů s dysfagií využívám dostupné edukační materiály (např. letáky, doporučení)



Graf 26: Využívání edukačních materiálů

Graf č. 26 zobrazuje, zda respondenti při edukaci pacientů s dysfagií využívají dostupné edukační materiály. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ne 31 (31 %), dále rozhodně ano 29 (29 %) a spíše ano 29 (29 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 6 (6 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo rozhodně ne 5 (5 %).

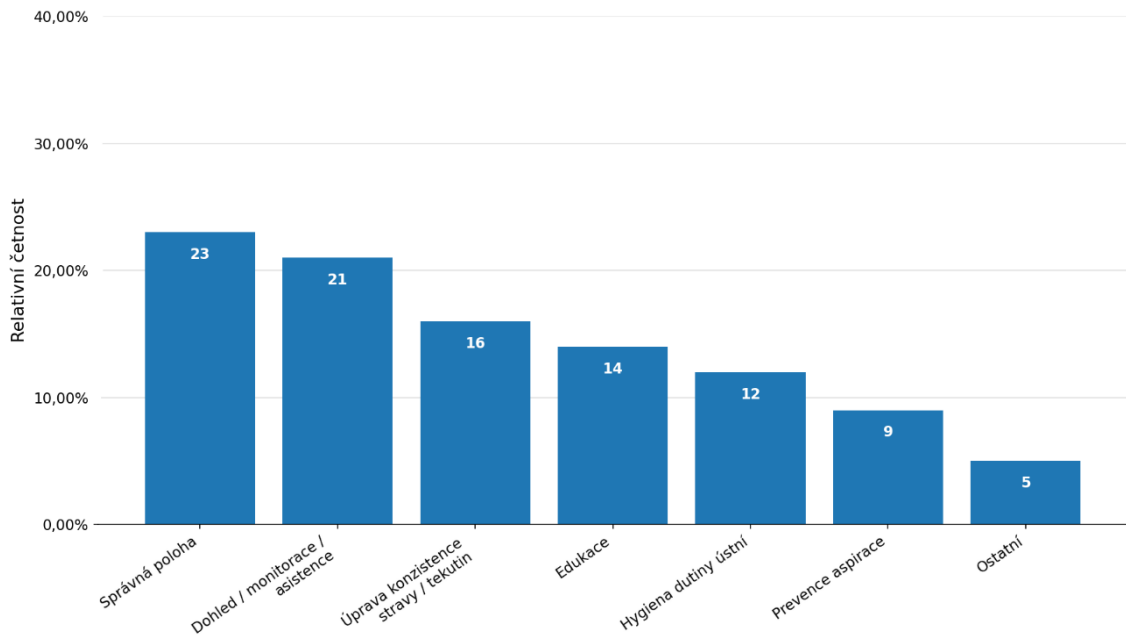
Otázka č. 27: Edukace podle mého názoru snižuje riziko komplikací u pacientů s dysfagií



Graf 27: Vliv edukace na prevenci komplikací

Graf č. 27 představuje, zda se respondenti domnívají, že edukace snižuje riziko komplikací u pacientů s dysfagií. Nejvíce respondentů uvedlo spíše ano 54 (54 %), dále rozhodně ano 41 (41 %). Možnost nedokážu posoudit uvedlo 4 (4 %) respondentů a nejméně respondentů uvedlo spíše ne 1 (1 %).

Otázka č. 28: Jaké ošetrovatelské opatření považujete za nejdůležitější při péči o pacienta s dysfagií?



Graf 28: Ošetrovatelská opatření u pacientů s dysfagií (otevřená otázka)

Graf 28 znázorňuje nejčastější návrhy respondentů na zlepšení ošetrovatelské péče u pacientů s dysfagií na základě otevřené otázky. Nejčastěji respondenti uváděli zajištění správné polohy pacienta při příjmu stravy a tekutin, což uvedlo 23 respondentů (23 %). Druhou nejčastější oblastí byl dohled, monitorace a asistence při příjmu potravy, který zmínilo 21 respondentů (21 %). Další významnou oblastí byla úprava konzistence stravy a tekutin, kterou uvedlo 16 respondentů (16 %). Edukaci pacienta, rodiny a zdravotnického personálu zmínilo 14 respondentů (14 %). Hygienu dutiny ústní jako důležitý aspekt péče uvedlo 12 respondentů (12 %) a prevenci aspirace zmínilo 9 respondentů (9 %). Nejmenší zastoupení měla kategorie ostatní, kterou uvedlo 5 respondentů (5 %). Do této kategorie byly zařazeny méně často uváděné návrhy, které se neopakovaly ve větší míře, například multidisciplinární přístup k pacientovi, využívání speciálních pomůcek pro úpravu stravy (např. silikonové formičky), konzultace s klinickým logopedem, kontrola nutričního stavu pacienta či zajištění dostatečného času a klidného prostředí při podávání stravy.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelské postupy používané při péči o pacienty s dysfagií v klinické praxi. Na základě výsledků dotazníkového šetření lze říci, že tento cíl byl splněn, protože se podařilo zjistit nejen konkrétní ošetrovatelské intervence, ale i přístup sester ke screeningu, edukaci a mezioborové spolupráci. Výzkumný soubor tvořilo 100 respondentů, přičemž převahu tvořily ženy (78 %), což odpovídá charakteru ošetrovatelské profese. Nejvíce respondentů bylo ve věku 20–30 let (49 %) a 31–40 let (39 %) a většina měla praxi 6–20 let (72 %), což lze považovat za dostatečný předpoklad pro relevantní posouzení problematiky.

V rámci **první výzkumné otázky** bylo zjišťováno, jaké ošetrovatelské postupy sestry využívají při péči o pacienty s dysfagií. Výsledky ukázaly, že většina respondentů uvedla existenci postupů péče na pracovišti, což lze hodnotit pozitivně, jelikož zavedení standardizovaných postupů je považováno za základ bezpečné a kvalitní péče o pacienty s dysfagií. Tento výsledek odpovídá odborným doporučením, která zdůrazňují význam standardizace péče a využívání doporučených postupů v praxi (Dziewas et al., 2021; Václavík et al., 2015). Na druhou stranu skutečnost, že část respondentů si existenci postupů není jistá nebo je nevyužívá, může poukazovat na jejich nedostatečné zavedení v praxi. Podobné problémy v implementaci postupů zmiňují i Kaniová et al. (2018), kteří upozorňují na potřebu jejich důslednějšího zavádění. Tento nesoulad mezi dostupností a skutečným využíváním postupů může být způsoben například nedostatečným proškolením personálu nebo absencí jednotné metodiky na pracovišti. Doplnkově lze uvést, že i některé závěrečné práce poukazují na význam systematického a individuálního přístupu k pacientovi (Kučerová, 2023).

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na postupy při podávání stravy a tekutin. V této oblasti byly výsledky velmi příznivé. Většina respondentů dodržuje zásady bezpečného podávání stravy a tekutin, což je v souladu s doporučeními International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI, 2019), jejichž vznik a terminologii podrobně popisují Cichero et al. (2017). Tyto standardy umožňují jednotné označování konzistence stravy a tekutin a přispívají ke zvýšení bezpečnosti pacientů s dysfagií. Zároveň výsledky odpovídají doporučením Dziewase et al. (2021) a RNAO (2020), které zdůrazňují význam správného polohování pacienta, úpravy stravy a prevence aspirace. Význam úpravy konzistence stravy a tekutin jako klíčového prvku péče zdůrazňují také Cichero et al. (2017). Lze tedy říci, že v této oblasti je péče v souladu s aktuálními doporučeními. Tento závěr potvrzuje význam standardizace péče, která je v současné literatuře považována za klíčový faktor zajištění bezpečnosti pacientů s dysfagií. Přesto je vhodné upozornit, že dotazníkové šetření zachycuje subjektivní hodnocení respondentů, které nemusí vždy plně odpovídat reálné klinické praxi.

Významnou oblastí je screening dysfagie. Výsledky ukázaly, že screening je při příjmu pacienta prováděn u většiny respondentů, což odpovídá doporučením odborných společností (Dziewas et al., 2021; RNAO, 2020), které zdůrazňují význam včasné identifikace dysfagie. Zajímavým zjištěním však je, že screening nejčastěji provádí logoped, zatímco sestry se na něm podílejí méně. Tento výsledek naznačuje, že role sestry není plně využita. Na tuto skutečnost upozorňuje i Nielsen et al. (2025), kteří zdůrazňují, že sestry mohou po zaškolení screening provádět efektivně. Podobně i české zkušenosti poukazují na význam screeningu prováděného sestrou přímo u lůžka pacienta (Kaniová et al., 2018), což potvrzuje význam aktivní role sestry v časně identifikaci dysfagie. Tento závěr je v souladu i s dalšími odbornými poznatky, které zdůrazňují

význam včasného screeningu pro prevenci komplikací. Výsledky práce tak ukazují, že v této oblasti je prostor pro zlepšení, zejména ve větším zapojení sester do screeningu a posílení jejich kompetencí. Podobný význam zapojení sester do screeningu uvádí také Švejcarová (2025).

V oblasti prevence aspirace byly výsledky velmi pozitivní. Většina respondentů sleduje známky aspirace a dbá na hygienu dutiny ústní, což je v souladu s doporučeními Dziewase et al. (2021) a RNAO (2020), které zdůrazňují prevenci aspirační pneumonie, přičemž význam ošetrovatelské péče v této oblasti zdůrazňuje také Mandysová a Škvrňáková (2016). Přesto je nutné zdůraznit, že i při deklarovaném dodržování těchto postupů může v praxi docházet k jejich nedůsledné realizaci.

V oblasti nutriční péče bylo zjištěno, že většina respondentů sleduje riziko malnutrice a provádí nutriční screening, což odpovídá doporučením RNAO (2020). Zároveň velká část respondentů spolupracuje s nutričním terapeutem, což potvrzuje význam multidisciplinární spolupráce, na kterou upozorňují i Dziewas et al. (2021) a Václavík et al. (2015). Význam nutričního screeningu a spolupráce s nutričním terapeutem zdůrazňuje také Kohout et al. (2021).

Třetí výzkumná otázka se zabývala rolí sestry v edukaci pacienta a jeho rodiny. Výsledky ukázaly, že většina respondentů považuje sestru za klíčovou osobu v edukaci, což odpovídá doporučením Dziewase et al. (2021) i RNAO (2020). Na druhou stranu menší využívání edukačních materiálů ukazuje na určité rezervy v praxi, což může souviset s časovou vytižeností sester nebo nedostatečnou dostupností materiálů. Význam role sestry v edukaci pacienta zdůrazňuje také Mandysová a Škvrňáková (2016), které poukazují na edukační funkci sestry jako součást ošetrovatelského procesu.

Ve vztahu ke **čtvrté výzkumné otázce** bylo zjištěno, že většina respondentů má k dispozici dostatek pomůcek a možnost konzultace s logopedem, což potvrzuje význam mezioborové spolupráce. Tento výsledek je v souladu s doporučeními odborných zdrojů (Dziewas et al., 2021; Václavík et al., 2015), které zdůrazňují interdisciplinární přístup jako základ kvalitní péče.

Dalším důležitým aspektem je organizace péče o pacienty s dysfagií a dostupnost standardizovaných postupů v klinické praxi. Výsledky naznačují, že i přes relativně dobrou informovanost sester nemusí být postupy vždy jednotně aplikovány. Tento problém zmiňují také Dziewas et al. (2021), kteří upozorňují na rozdíly v implementaci doporučených postupů mezi jednotlivými pracovišti. Podobně Václavík et al. (2015) zdůrazňují potřebu sjednocení péče a zavedení standardů. Význam standardizace péče potvrzují také zahraniční doporučení, například RNAO (2020), která kladou důraz nejen na samotné intervence, ale i na jejich systematické provádění. V tomto kontextu lze zmínit i význam standardizace konzistence stravy podle IDDSI, jak uvádějí Cichero et al. (2017), která přispívá ke snížení rizika komplikací. V praxi však může být realizace těchto postupů ovlivněna organizačními faktory, jako je personální zatížení nebo časová náročnost péče, což může negativně ovlivnit kvalitu poskytované péče.

Celkově lze říci, že ošetrovatelská péče o pacienty s dysfagií je ve většině sledovaných oblastí na dobré úrovni a odpovídá odborným doporučením (Dziewas et al., 2021; RNAO, 2020; IDDSI, 2019; Cichero et al., 2017; Václavík et al., 2015). Pozitivně lze hodnotit zejména dodržování zásad bezpečného podávání stravy, prevenci aspirace a spolupráci mezi jednotlivými odborníky. Naopak prostor pro zlepšení se ukazuje především v oblasti většího zapojení sester do screeningu dysfagie, sjednocení postupů a širšího využívání edukačních materiálů, což by mohlo přispět ke zvýšení kvality poskytované péče.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření a jejich porovnání s odbornou literaturou lze navrhnout konkrétní opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty s dysfagií v klinické praxi.

Za klíčovou oblast lze považovat edukaci pacientů a jejich rodin, u které bylo zjištěno, že ačkoliv sestry vnímají její význam, není v praxi dostatečně podpořena využíváním edukačních materiálů. Z tohoto důvodu byl v rámci této práce vytvořen edukační leták určený pro pacienty s dysfagií a jejich blízké (Příloha I), který mohou sestry využívat při edukaci na oddělení byl v rámci této práce vytvořen edukační leták určený pro pacienty s dysfagií a jejich blízké, který mohou sestry využívat při edukaci na oddělení, například při příjmu pacienta nebo před jeho propuštěním do domácí péče. Leták je koncipován jako přehledný a obrazově orientovaný materiál a obsahuje základní informace o správné poloze pacienta při příjmu stravy a tekutin, doporučené konzistenci tekutin dle standardu IDDSI a zásadách hygieny dutiny ústní.

Zavedení tohoto edukačního materiálu do běžné praxe může přispět ke sjednocení edukace poskytované pacientům, usnadnit práci sester a zároveň zvýšit porozumění pacientů a jejich rodin doporučeným opatřením. Lze předpokládat, že lepší informovanost povede k vyšší míře dodržování režimových opatření a tím i ke snížení rizika komplikací, zejména aspirace a malnutrice, a to i po propuštění do domácí péče.

Další oblastí, která se na základě výsledků jeví jako významná, je screening dysfagie. Přestože je screening na většině pracovišť prováděn, jeho realizace je často vázána na přítomnost logopeda. V praxi však není logoped vždy okamžitě dostupný, a proto by měla být všeobecná sestra schopna provést základní screening již při příjmu pacienta. Zavedení tohoto přístupu do běžné praxe, například formou krátkého standardizovaného screeningu prováděného sestrou, by mohlo vést k rychlejší identifikaci rizikových pacientů a k včasnému zahájení vhodných opatření, což může významně snížit riziko vzniku komplikací.

V návaznosti na uvedené skutečnosti lze dále doporučit, aby byla větší pozornost věnována sjednocení postupů péče o pacienty s dysfagií na jednotlivých pracovištích. Přehledné, stručné a snadno dostupné postupy (např. ve formě interních standardů nebo vizuálních pomůcek na oddělení) mohou přispět k tomu, že péče bude poskytována jednotně a v souladu s aktuálními odbornými doporučeními, což je důležité zejména z hlediska bezpečnosti pacienta.

Výsledky práce rovněž potvrzují význam multidisciplinární spolupráce, zejména mezi sestrou, logopedem a nutričním terapeutem. V praxi je proto důležité tuto spolupráci aktivně podporovat, například formou pravidelných konzultací nebo sdílení informací o pacientovi, jelikož umožňuje komplexní přístup k pacientovi a přispívá ke zlepšení kvality poskytované péče.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelské postupy používané při péči o pacienty s dysfagií v klinické praxi. Teoretická část práce se zabývala vymezením pojmu dysfagie, její etiologií, diagnostikou a možnostmi léčby. Dále byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou polykání, zejména na bezpečné podávání stravy a tekutin, hygienu dutiny ústní, prevenci aspiračních komplikací, nutriční péči, screening dysfagie a edukaci pacienta a jeho rodiny. Na základě výsledků dotazníkového šetření lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl splněn a zároveň byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka zaměřená na zjištění, jaké ošetrovatelské postupy sestry v péči o pacienty s poruchou polykání využívají.

Z výsledků vyplynulo, že ošetrovatelská péče o pacienty s dysfagií je ve většině sledovaných oblastí na dobré úrovni. Sestry ve vysoké míře dodržují zásady bezpečného podávání stravy a tekutin, respektují doporučenou konzistenci stravy a tekutin a dbají na správné polohování pacienta při příjmu potravy. Současně aktivně sledují známky aspirace a věnují pozornost hygieně dutiny ústní, což má zásadní význam v prevenci aspiračních komplikací. Pozitivně lze hodnotit také přístup k nutriční péči a spolupráci s dalšími odborníky, zejména s logopedem a nutričním terapeutem. Tyto výsledky potvrzují, že sestry si uvědomují závažnost problematiky dysfagie a význam jednotlivých ošetrovatelských intervencí pro bezpečnost pacienta.

Na druhou stranu byly identifikovány i oblasti, ve kterých existuje prostor pro zlepšení. Jedná se především o zapojení všeobecných sester do screeningu dysfagie, který je v praxi často vázán na přítomnost logopeda, a o nedostatečné využívání edukačních materiálů při edukaci pacientů a jejich rodin. Tyto nedostatky mohou vést k opožděné identifikaci rizikových pacientů nebo ke snížené informovanosti pacientů, což může negativně ovlivnit průběh léčby a zvýšit riziko komplikací.

Přínosem této bakalářské práce je nejen zmapování aktuální praxe v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s dysfagií, ale také návrh konkrétního řešení zaměřeného na zlepšení edukace pacientů. V rámci práce byl vytvořen edukační leták pro pacienty s dysfagií a jejich blízké (Příloha I), který je koncipován jako přehledný a obrazově orientovaný materiál. Tento leták obsahuje základní informace o správné poloze pacienta při příjmu stravy a tekutin, doporučené konzistenci tekutin dle standardu IDDSI a zásadách hygieny dutiny ústní a může být využíván sestrami při edukaci na oddělení i při přípravě pacienta k propuštění do domácí péče.

Výsledky práce jsou využitelné v klinické praxi, zejména při zlepšování edukace pacientů, posilování role sester ve screeningu dysfagie a při sjednocování ošetrovatelských postupů. Využití edukačního letáku může přispět ke zvýšení informovanosti pacientů a jejich rodin, ke zlepšení dodržování doporučených režimových opatření a ke snížení rizika komplikací, zejména aspirace a malnutrice. Současně může usnadnit práci sester a přispět ke zkvalitnění poskytované péče.

V rámci dalšího zkoumání by bylo vhodné zaměřit se například na efektivitu využívání edukačních materiálů v praxi, na úroveň znalostí sester v oblasti dysfagie nebo na možnosti systematického zavedení screeningu prováděného všeobecnými sestrami. Další výzkum v této oblasti by mohl přispět k dalšímu zkvalitnění péče o pacienty s poruchou polykání a ke zvýšení bezpečnosti poskytované zdravotní péče.

Seznam použité literatury

- CICHERO, Julie A. Y. et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI framework. *Dysphagia*. 2017, roč. 32, č. 2, s. 293–314. DOI: 10.1007/s00455-016-9758-y. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-016-9758-y>
- DZIEWAS, Rainer et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*. 2021, roč. 6, č. 3, s. LXXXIX–CXV. DOI: 10.1177/23969873211039721. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23969873211039721>
- GROHER, Michael E. a CRARY, Michael A. *Dysphagia: clinical management in adults and children*. Third edition. St. Louis, Missouri: Mosby, 2020. ISBN 978-0-323-63648-3. DOI: 10.1016/C2017-0-00992-8.
- HORYNOVÁ, Jana. Logopedická intervence u pacientů s dysfagií v prostředí následné péče. *Geriatric a gerontologie*. 2019, 8(4), 154–157. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2019-4-20/logopedicka-intervence-u-pacientu-s-dysfagii-v-prostredi-nasledne-pece-121403>
- INTERNATIONAL DYSPHAGIA DIET STANDARDISATION INITIATIVE. *The IDDSI Standard* [online]. Dostupné z: <https://www.iddsi.org/standards/framework> [cit. 14. 3. 2026].
- KANIOVÁ, Marie, Barbora KOPECKÁ, Karel ZELENÍK, Martin BÁR, Barbora KŮRKOVÁ, Petr RESSNER a Pavel KOMÍNEK. Screening poruch polykání – zkušenosti se zaváděním screeningu u pacientů s neurologickými nemocemi. *Neurologie pro praxi*. 2018, roč. 19, č. 4, s. 294–297. DOI: 10.36290/neu.2018.108. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2018/04/13.pdf>
- KOHOUT, Pavel, Eduard HAVEL, Martin MATĚJOVIČ a Michal ŠENKYŘÍK. *Klinická výživa*. Praha: Galén, 2021. ISBN 978-80-7492-555-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-vyziva-14535/>
- KOLČAVA, Jan, Naděžda LASOTOVÁ, Pavel ŠTOURAC, Josef BEDNAŘÍK a Eva VLČKOVÁ. Validace dotazníku pro hodnocení dysfagie u pacientů s roztroušenou sklerózou – česká verze DYMUS. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2020, roč. 83/116, č. 3, s. 285–290 [cit. 10. 3. 2026]. DOI: 10.14735/amcsnn2020285.
- KUČEROVÁ, Veronika. Poruchy polykání a jejich intervence se zaměřením na přístrojové zobrazovací metody. Olomouc, 2023. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/db9n5p/> [cit. 10. 4. 2026]
- LASOTOVÁ, Naděžda, Ilona BYTEŠNÍKOVÁ a Radka FLORIANOVÁ. Poruchy polykání – diagnostika, terapie a pomůcky. *Medicína pro praxi*. 2024, roč. 21, č. 1, s. 40–46. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2024/01/07.pdf>
- LUKÁŠ, Karel a ŽÁK, Aleš. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2022. ISBN 9788027125760. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/chorobne-znaky-a-priznaky-10812/>

- MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0158-0.
- NESTLÉ HEALTH SCIENCE. *EAT-10: klinicky validovaný, na důkazech založený nástroj pro screening dysfagie* [online]. [cit. 10. 3. 2026]. Dostupné z: <https://www.nestlehealthscience.cz/cz/EAT10>
- NEUBAUER, Karel, Lenka POSPÍŠILOVÁ a Radek SKARNITZL. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Nové, aktualizované a přepracované vydání. Praha: Portál, 2025. ISBN 978-80-262-2053-4.
- NIELSEN, Anne Højager, et al. Nurse-led dysphagia screening in the intensive care unit – an implementation study. *Australian Critical Care*. 2025, 38(1), 1–7. DOI: 10.1016/j.aucc.2024.07.081 dostupné z: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(24\)00210-8/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(24)00210-8/fulltext)
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. *Oral health: supporting adults who require assistance* [online]. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario, 2020 [cit. 20. 3. 2026]. Dostupné z: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance>
- ŠČUDLA, Vlastimil, Pavel HORÁK a David KARÁSEK. *Základy diferenciální diagnostiky ve vnitřním lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6580-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zaklady-diferencialni-diagnostiky-ve-vnitrnim-lekarstvi-14596/>
- ŠVEJCAROVÁ, Veronika. *Hodnocení polykání u pacientů na oddělení následné intenzivní neurorehabilitace – klinický doporučený postup*. Praha, 2025. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Klinika anesteziologie a resuscitace. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/200010> [cit. 10. 4. 2026].
- TEDLA, Miroslav a Michal ČERNÝ a kol. *Poruchy polykání = Poruchy prehltania*. 2. aktualizované vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2018. ISBN 978-80-7311-188-5.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *R13 Dysfagie. MKN-10 klasifikace* [online]. 2024 [cit. 20. 3. 2026]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/R13>
- VÁCLAVÍK, Daniel et al. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standard léčebného plánu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2015, roč. 78/111, č. 6, s. 721–727. DOI: 10.14735/amcsnn2015721. Dostupné z: <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-6-7/pece-o-pacienty-s-dysfagii-po-cevni-mozkove-prihodestandard-lecebneho-planu-56596>
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan. *Výživa a aktivizace u rizikových pacientů*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2025. ISBN 978-80-271-5366-4

Přílohy

Příloha A – Dotazník EAT – 10

Příloha B – Dotazník DYSMUS – česká verze

Příloha C – GUSS vyšetření

Příloha D – GUSS hodnocení vyšetření

Příloha E – Přehled úrovní konzistence stravy a tekutin dle IDDSI

Příloha F – ukázka dysfagického kelímku

Příloha G – Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy (tvar kuřecího stehna)

Příloha H – Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy ve (tvar steaku)

Příloha CH – Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy (tvar rybího filé)


Příloha I – Edukační leták pro pacienty

Příloha J – Dotazník vlastní konstrukce použitý ve výzkumném šetření

Příloha A

EAT-10

Eating Assessment Tool
Screeningový nástroj pro hodnocení potíží s polykáním



| PŘÍJMENÍ | JMÉNO | POHLAVÍ | VĚK | DATUM |
|--|--|---------|-----|--|
| CÍL: | | | | |
| <p>EAT-10 pomáhá identifikovat potíže s polykáním. Může být důležité, abyste si promluvíli se svým lékařem o možnostech léčby příznaků.</p> | | | | |
| A. NÁVOD: | | | | |
| <p>U každého z následujících tvrzení napište do bílých čtverečků příslušný počet bodů (0–4), který odpovídá míře Vámi pocívaných obtíží.</p> <p>0 = v žádném případě, nepocítuji žádné obtíže 1 = obtíže jsou zcela minimální 2 = obtíže pocítuji trochu 3 = pocítuji výrazné obtíže 4 = pocítuji velmi závažné obtíže</p> | | | | |
| <p>1 Kvůli potížím s polykáním hubnu. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2 Kvůli potížím s polykáním nerad jím na veřejnosti. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3 Polykání tekutin je pro mě obtížné. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4 Polykání tuhé stravy je pro mě obtížné. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>5 Polykání tablet je pro mě obtížné. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>6 Polykání je pro mě bolestivé. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>7 Polykání mi kazí potěšení z jídla. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>8 Při polykání mi sousto vázne v krku. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>9 Mám kašel během jídla. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>10 Polykání je pro mě stresující. <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> | | | |
| B. CELKOVÉ SKÓRE: | | | | |
| <p>Sečtete všechny body u jednotlivých tvrzení a do bílých čtverečků napište celkový počet bodů (celkové skóre). Celkové skóre (max. 40 bodů)</p> | | | | <input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text" value="0"/> |
| C. CO DĚLAT DÁL: | | | | |
| <p>Pokud je celkové skóre EAT-10 3 body nebo více, můžete mít problémy s efektivním a bezpečným polykáním. Doporučujeme prodiskutovat výsledky EAT-10 s lékařem.</p> | | | | |

Obrázek 2: Dotazník EAT – 10

Zdroj: (Nestlé Health Science <https://www.nestlehealthscience.cz/cz/EAT10>)

Příloha B

Tab. 1. Dotazník DYMUS – česká verze.

| | ANO | NE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Máte potíže s polykáním pevné stravy (jako je maso, chléb apod.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Máte potíže s polykáním tekutin (jako je voda, mléko apod.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Máte během polykání pocit „knedlíku“ v krku? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Máte pocit uvíznutí jídla v krku? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kašlete nebo máte pocit dušení po požití tuhé stravy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kašlete nebo máte pocit dušení po požití tekutin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Musíte polykat opakovaně, než plně spolknete pevnou stravu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Musíte si jídlo před polknutím krájet na malé kousky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Musíte polykat opakovaně, než plně spolknete tekutinu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ztratil/a jste na váze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrázek 3: Dotazník DYSMUS

Zdroj: (Kolčava, et al., 2020)

Příloha C

| GUSS – vyšetření | | | |
|--|---|---|---|
| Jméno: | | Datum: | |
| | | Čas: | |
| 1. Předtestové vyšetření/Nepřímý test polykání | | | |
| | | ANO | NE |
| Bdělost | Pacient musí být bdělý nejméně 15 min | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| Kašel a/nebo odkašlávání | Volní kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| Polykání slin: | | | |
| • polykání úspěšné | | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| • drooling | | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| • změna hlasu | Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Celkem: | | | (5) |
| | | 1–4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2 | |
| 2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovadlo, chléb) | | | |
| V následujícím pořadí: | 1 > | 2 > | 3 > |
| | Zahuštěná tekutina* | Tekutina** | Pevná strava*** |
| Polykání | | | |
| • polykání není možné | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| • polykání opožděné (> 2 s) (pevné konzistence > 10 s) | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| • polykání úspěšné | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Kašel (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 min | | | |
| • ano | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| • ne | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Drooling | | | |
| • ano | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| • ne | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Změna hlasu: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“) | | | |
| • ano | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| • ne | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Celkem | (5) | (5) | (5) |
| | 1–4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami | 1–4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí | 1–4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma |
| Celkem: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) | (20) | | |
| * První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3–5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce. | | | |
| ** 3, 5, 10, 20 ml vody – pokud nejsou žádné symptomy přítomny, pokračujte s 50 ml vody (Daniels et al 2000; Gottlieb et al 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile pozorujete jedno z kritérií! | | | |
| *** Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny. | | | |
| ¹ Ujistěte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES | | | |

Obrázek 4: GUSS vyšetření

Zdroj: (Václavík, et al., 2015)

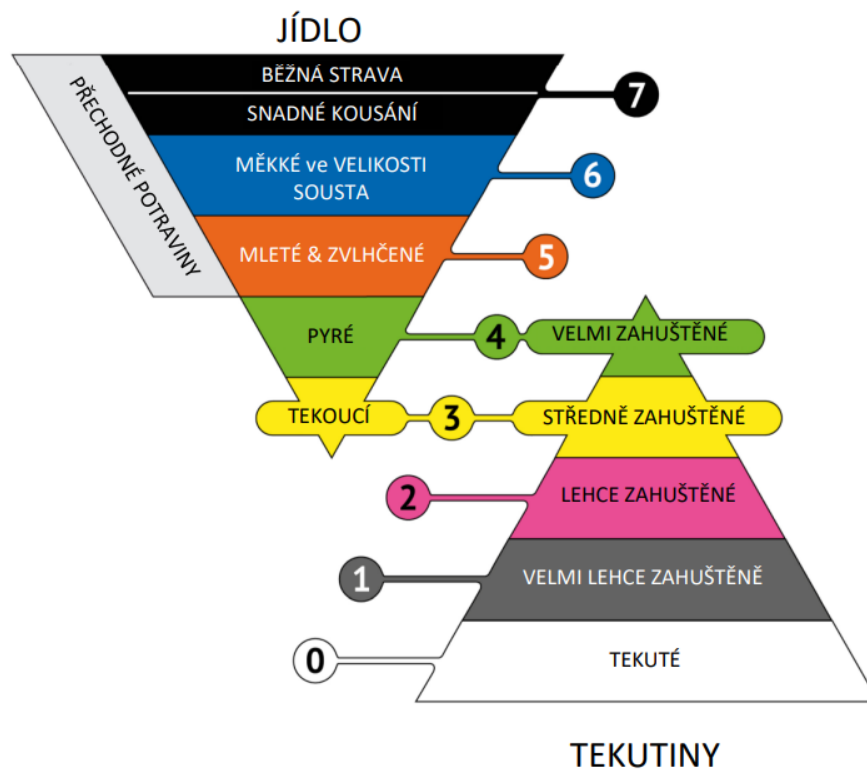
Příloha D

| GUSS – hodnocení Gugging Swallowing Screen – Trapl M et al 2007 [7]. | | | |
|---|--|---|--|
| VÝSLEDKY | STUPEŇ | DOPORUČENÍ | |
| 20 | zahuštěná tekutina/tekutina i pevná konzistence úspěšná | <ul style="list-style-type: none"> • lehké/nebo žádné příznaky dysfagie • minimální riziko aspirace | <ul style="list-style-type: none"> • normální dieta • běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry). |
| 15–19 | zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná | <ul style="list-style-type: none"> • lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace | <ul style="list-style-type: none"> • dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla) • tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku • funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VSF • upozornit klinického logopeda |
| 10–14 | zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné | <ul style="list-style-type: none"> • střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace | <p>Dysfagická dieta začínající:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zahuštěné konzistence jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou • všechny tekutiny musí být zahušťovány! • léky musejí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou • žádná medikace v tekuté formě konzistence • další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS • upozornit klinického logopeda <p><i>Doplnění nazogastrickou sondou nebo parenterální výživou.</i></p> |
| 0–9 | předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná | <ul style="list-style-type: none"> • těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace | <ul style="list-style-type: none"> • žádná strava per os • další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS • upozornit klinického logopeda <p><i>Doplnění nazogastrickou sondou nebo parenterální výživou.</i></p> |

Obrázek 5: GUSS – hodnocení

Zdroj: (Václavík, et al., 2015)

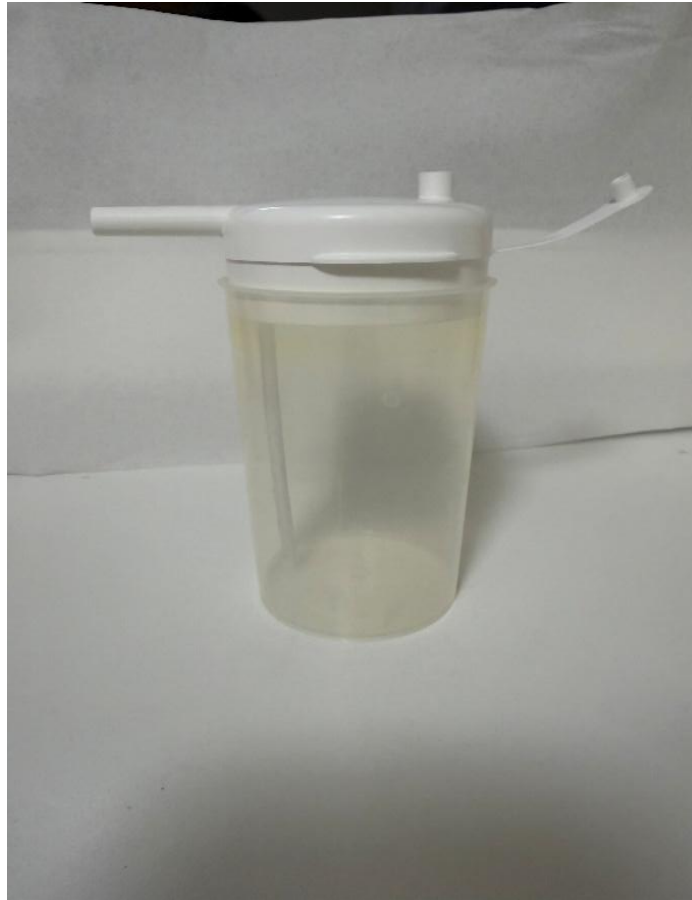
Příloha E



Obrázek 6: Přehled úrovní konzistence stravy a tekutin dle IDDSI

Zdroj: IDDSI, The IDDSI Standard (<https://www.iddsi.org/standards/framework>)

Příloha F



Obrázek 7: Ukázka dysfagického kelímku

Zdroj: vlastní fotografie, 2026

Příloha G



Obrázek 8: Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy (tvar kuřecího stehna)
Zdroj: vlastní fotografie, 2026

Příloha H



Obrázek 9: Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy ve (tvar steaku)

Zdroj: vlastní fotografie, 2026

Příloha CH



Obrázek 10: Silikonová forma pro tvarování dysfagické stravy (tvar rybího filé)

Zdroj: vlastní fotografie, 2026

Příloha I

Péče o pacienta s poruchou polykání (dysfagií)

Důležité informace pro pacienty a jejich rodiny

Porucha polykání (dysfagie) je stav, při kterém může být příjem stravy a tekutin obtížný nebo nebezpečný. Může dojít k vdechnutí potravy nebo tekutin do dýchacích cest (aspiraci), což může vést k závažným komplikacím. Dodržování doporučených opatření pomáhá zajistit bezpečný příjem stravy a snižuje riziko komplikací.



Cíl péče

- ✓ Zajistit bezpečný a dostatečný příjem stravy a tekutin
- ✓ Zabránit vdechnutí potravy do dýchacích cest
- ✓ Především závažným komplikacím

Při těchto potížích informujte zdravotnický personál.

Na co si dát pozor

- ✓ Kašel nebo dušení při jídle či pití
- ✓ Změna hlasu po polknutí (vlhký hlas)
- ✓ Zbytky jídla v ústech
- ✓ Obtížné nebo pomalé polykání
- ✓ Únava při jídle

Při potížích informujte zdravotnický personál.

Zásady bezpečného stravování

- ✓ Vždy jíst ve vzpřímené poloze (90°)
- ✓ Hlava mírně předkloněná
- ✓ Jíst pomalu, malé sousta
- ✓ Po jídle zůstat sedět alespoň 20–30 min.
- ✓ Klidné prostředí (bez spěchu)
- ✗ Nepodávat nevhodnou konzistenci stravy
- ✗ nepodávat stravu vleže

Pamatujte:

Správná péče snižuje riziko komplikací a pomáhá zajistit bezpečné stravování.

Jak upravit stravu a tekutiny

- ✓ Kašovitá nebo mixovaná strava
- ✓ Vyhnut se suchým a drobným potravinám
- ✓ Tekutiny dle doporučení zdravotnického personálu (často zahuštěné)

Při potížích informujte zdravotnický personál.

Hygiena dutiny ústní

- ✓ Čistit zuby alespoň 2× denně
- ✓ Kontrola dutiny ústní po jídle (odstranit zbytky potravy)
- ✓ Správná hygiena snižuje riziko komplikací.

Leták má informativní charakter. Vždy se řiďte individuálním doporučením zdravotnického personálu.

Obrázek 11: Edukační leták pro pacienty

Zdroj: vlastní konstrukce, 2026

Příloha J

Dotazník vlastní konstrukce použitý ve výzkumném šetření

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s dysfagií“. Jmenuji se Lilija Kovačová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava (VŠPJ).

Cílem dotazníku je zmapovat ošetrovatelské postupy používané při péči o pacienty s poruchou polykání v klinické praxi. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou využita pouze pro účely zpracování bakalářské práce. Vyplnění dotazníku zabere přibližně 3–5 minut.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu podílet se na tomto šetření.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- Muž Žena

2. Uveďte prosím Vaši věkovou kategorii:

- 20–30 let
 31–40 let
 41–50 let
 51 a více let

3. Délka praxe ve zdravotnictví:

- 0–5 let
 6–10 let
 11–20 let
 21 let a více

4. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- SŠ s maturitou
 VOŠ (DiS.)
 VŠ (Bc.)
 VŠ (Mgr.)

5. Oddělení, na kterém pracujete:

- NIP
 DIOP
 Neurologie
 JIP
 jiné: _____

6. Na mém pracovišti existují stanovené postupy péče o pacienta s dysfagií.

- rozhodně ano
 spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

7. Na mém pracovišti jsou sestry pravidelně školeny nebo edukovány v oblasti péče o pacienty s dysfagií.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

8. Při péči o pacienty s dysfagií mám k dispozici dostatek pomůcek (např. úprava stravy, polohovací pomůcky).

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

9. Na mém pracovišti se při příjmu pacientů s rizikem dysfagie provádí screening poruchy polykání.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

10. Screening poruchy polykání je na mém pracovišti nejčastěji prováděn:

všeobecnou sestrou

lékařem

logopedem

jiným zdravotnickým pracovníkem

nedokážu posoudit

11. V případě potřeby konzultuji stav pacienta s dysfagií s logopedem.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

12. V případě potřeby konzultuji stav pacienta s dysfagií s nutričním terapeutem.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

13. Na mém pracovišti je dostupná možnost konzultace s logopedem při péči o pacienta s dysfagií.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

14. Na mém pracovišti je dostupná možnost konzultace s nutričním terapeutem při péči o pacienta s dysfagií.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

15. Při péči o pacienta s dysfagií dodržuji zásady bezpečného podávání stravy a tekutin.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

16. Po podání stravy kontroluji dutinu ústní u pacientů s dysfagií vyžadujících asistenci.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

17. Dbám na pravidelnou hygienu dutiny ústní u pacientů s dysfagií.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

spíše ne

rozhodně ne

18. Pacientovi s poruchou polykání by měla být podávána strava ve vzpřímené poloze.

rozhodně ano

spíše ano

nedokážu posoudit

- spíše ne
- rozhodně ne

19. Při podávání tekutin u pacientů s dysfagií respektuji doporučenou konzistenci tekutin.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

20. Během podávání stravy a tekutin u pacienta s dysfagií zajišťuji zvýšený dohled.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

21. U pacientů s dysfagií sleduji možné známky aspirace.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

22. Známkou aspirace může být změna hlasu pacienta po polknutí.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

23. U pacientů s dysfagií sleduji riziko vzniku malnutrice.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

24. Na mém pracovišti je u pacientů s rizikem malnutrice prováděn nutriční screening.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

25. Sestra má podle mého názoru klíčovou roli v edukaci pacienta s dysfagií a jeho rodiny.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

26. Při edukaci pacientů s dysfagií využívám dostupné edukační materiály (např. letáky, doporučení).

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

27. Edukace podle mého názoru snižuje riziko komplikací u pacientů s dysfagií.

- rozhodně ano
- spíše ano
- nedokážu posoudit
- spíše ne
- rozhodně ne

28. Jaké ošetřovatelské opatření považujete za nejdůležitější při péči o pacienta s dysfagií?

.....