

# **DILEME, S KATERIMI SE SREČUJEJO MEDICINSKE SESTRE PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI BOLNIKA Z MOTNJAMI POŽIRANJA**

## **DILEMMAS FACED BY NURSES CARING FOR PATIENTS WITH SWALLOWING DISORDERS**

Bojana Hočevar Posavec, dipl. m. s., Veronika Vidmar, dipl. m. s.  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

### **Povzetek**

#### **Izhodišča:**

Motnje požiranja so naraščajoč zdravstveni problem v naši starajoči se populaciji. V ZDA ocenjujejo, da prizadene 15 % populacije v starosti nad 60 let, torej bi v Sloveniji ta motnja lahko prizadela 73.000 oseb. Motnje požiranja so tudi posledica različnih bolezni in poškodb. Namen naše raziskave je bil proučiti, s katerimi dilemami se srečujejo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi bolnika z motnjami požiranja na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča.

#### **Metode:**

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Vzorec je priložnostni. Popolno izpolnjenih je bilo 50 anket, kar je pomenilo 56-odstotni odziv.

#### **Rezultati:**

Kar 62 % anketiranih oseb je pogosto ali redno vključenih v zdravstveno obravnavo bolnikov z motnjami požiranja. Anketiranci pogosto ali redno pogrešajo protokol za oceno stanja požiranja v 67 % primerov ter napisan protokol za varno obravnavo bolnika v 66 % primerov. Pomanjkanje timskega dela pogosto ali redno moti 34 % anketiranih; 20 % se redko ali nikoli ne posvetuje z logopedom. Bolje koordinirane obravnave si želi 34 % anketiranih oseb. Kar 78 % anketiranih pa si želi pridobiti nova znanja za varno obravnavo bolnikov z motnjami požiranja.

#### **Zaključki:**

Največje dilemo medicinskih sester predstavlja nedorečenost protokola pri ocenjevanju požiranja in celotnega

### **Abstract**

#### **Background:**

*Dysphagia is an increasing health problem in our aging population. It is estimated that it affects 15 % of the population older than 60 years in the USA, so it could affect 73.000 elderly people in Slovenia. Dysphagia can also be a consequence of various diseases and injuries. The main purpose of our research was to explore which dilemmas the nurses face when caring for patients with dysphagia at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana.*

#### **Methods:**

*We conducted a survey among a convenience sample of nurses at our Institute. We received 50 completed surveys, which represented a 56 % response rate.*

#### **Results:**

*About two thirds of the respondents (62 %) were frequently or regularly involved in nursing care for patients with swallowing disorders. The respondents frequently or regularly missed a protocol for swallowing assessment in 67 % of the cases, and a written protocol for safe treatment of such patients in 66 % of the cases. Lack of teamwork was reported as often or regularly disturbing by 34 % of respondents; 20 % of the respondents rarely or never consult a speech therapist. One third (34 %) of the respondents are longing for a better-coordinated approach. Nearly four fifths (78 %) of the respondents would like to acquire new knowledge of nursing care for patients with swallowing disorders.*

#### **Conclusions:**

*The main dilemma for nurses is posed by the undefined protocol for assessment of swallowing and the lack of a*

protokola za varno obravnavo bolnika z motnjami požiranja. Potrebno je uvesti presejalni test za oceno požiranja, ki ga lahko opravi medicinska sestra, in izoblikovati jasno zaporedje ukrepov pri motnjah požiranja, vključujoč različne strokovnjake rehabilitacijskega tima. Tako bi lahko preprečili pojav neželenih dogodkov in skrajšali število dni hospitalizacije. Rehabilitacijska obravnava bi tako postala bolj kakovostna in ekonomsko učinkovita.

### **Ključne besede:**

medicinske sestre; motnje požiranja; presejalni test; protokol

*comprehensive protocol for safe nursing care for patients with dysphagia. We should introduce a screening test that can be conducted by a nurse before feeding the patient, and establish clear guidelines how to react when swallowing disorders are encountered. That would call for establishing a dysphagia team. In this way, we could prevent the occurrence of undesirable events and reduce the length of hospital stay. The rehabilitation program would thus increase its quality and improve economic efficiency.*

### **Key Words:**

*nurses; dysphagia; screening test; protocol*

## **UVOD**

Medicinske sestre (MS) morajo svoje poslanstvo opravljati kakovostno, odgovorno, varno in humano (1). Vloga MS je zelo pomembna pri zgodnjem odkrivanju motenj požiranja (MP). Imeti mora znanje in klinične izkušnje pri: prepoznavanju dejavnikov tveganja, prepoznavanju zgodnjih znakov MP, opazovanju navad hranjenja in pitja bolnika, pri uravnavanju telesne teže in hidracije (2). S tem MS pripomoremo k preprečevanju in zdravljenju zapletov, povezanih z MP (3). Bolnišnično zdravljenje je čedalje krajše, zato je mogoče, da lahko spregledamo zgodnje znake. Zavedati se moramo tudi, da so pogosti pojavi pljučnic lahko znak aspiracije in motenj požiranja (4). Še pomembnejša pa je vloga MS pri kronično napredujočih stanjih in pri starostnikih, pri katerih se motnje razvijajo počasi. Bolniki v svojih stiskah pričakujejo veliko razumevanja, strokovne skrbi in varno ter dostojno zdravstveno obravnavo (1).

Za večino ljudi je požiranje povsem normalna naloga, ki jo opravljajo brez navora, čeprav je to po Millerju (5) »najbolj kompleksen refleks živčnega sistema«, saj vključuje šest možganskih živcev in usklajeno delovanje 25 mišičnih skupin. Celotno dogajanje pa strogo nadzoruje tudi centralno živčevje (6).

Motnje požiranja so naraščajoč zdravstveni problem v naši starajoči se populaciji. S starostjo povezane spremembe fiziologije požiranja in bolezni so predhodni faktor, ki lahko vpliva na pojav MP. V Združenih državah Amerike (ZDA) MP prizadenejo 300.000 – 600.000 ljudi letno (7). Čeprav ni natančnega podatka, ocenjujejo, da prizadene 15 % starejše populacije (8). V ZDA je bilo po podatkih US Census Bureau (9) v letu 2012 skoraj 61 milijonov ljudi, starih nad 60 let. To bi pomenilo, da je ogroženih dobrih 9 milijonov starejših Američanov. Raziskovalca Leder in Suiter (10) pa sta na vzorcu 4.038 bolnikov, hospitaliziranih v terciarni akutno negovalni bolnišnici, dokazala 20-odstotni letni porast bolnikov z disfagijo med letom 2002 in 2007, med njimi je bilo 70 % oseb, starih nad 60 let.

V Sloveniji je bilo 1. 1. 2013 po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (11) 486.568 ljudi, starih nad 60 let, kar bi pomenilo, da bi jih bilo zaradi disfagije ogroženih skoraj 73.000. Žal v Sloveniji ni bila narejena nobena raziskava o prevalenci motenj požiranja. V Cobissu pod ključno besedo »motnje požiranja« dobimo le 45 zadetkov od leta 1975 naprej. Med njimi je pet diplomskih nalog, ena magistrska naloga, 4 tuje knjige, ostalo pa so prispevki na konferencah in članki. Žal ima tudi diplomatska naloga Lovše K. (12) tako majhen vzorec anketiranih (65), da ugotovitev ne moremo posplošiti na celotno populacijo starostnikov.

Faze požiranja so po Hočevar Boltežar (13) in Teasell, Foley, Martino, Bhogal in Speechley (14) štiri: oralno pripravljalna, oralno transportna, faringealna in ezofaringealna faza. Požiranje mora biti usklajeno tudi z dihanjem (13). Med požiranjem nastane kratkotrajna apneja, koncu požiranja pa vedno sledi izdih. To pomeni, da se mora ciklus dihanja ob vsakem požiranju na novo prilagoditi (15). Do motenj lahko pride v katerikoli fazi požiranja, pogosto v več fazah hkrati. Vzroki so lahko strukturni ali funkcionalni. Najpogostejše so MP pri starejših ljudeh, ki se razvijajo počasi.

Prevalenca MP pri bolnikih v splošnih bolnišnicah je po raziskavah 20 % - 30 % (16, 17). V domovih za starejše občane ima MP 50 % - 75 % oskrbovancev, od katerih jih polovica aspirira in od teh tretjina razvije pljučnico (18, 19, 20). Na kliničnih nevroloških oddelkih trpi za MP tudi do 80 % bolnikov. Kar 10 % - 38 % ljudi, starih nad 65 let, ki živijo doma, ima težave s požiranjem (21, 22, 23, 24). Ravno zato je zelo pomembno, da poznajo znake disfagije tudi medicinske sestre v splošnih ambulantah, patronaži in socialno-varstvenih zavodih.

Motnje požiranja nastanejo zaradi različnih vzrokov. Pogosto so posledica možganske kapi. V literaturi najdemo podatek, da ima MP po možganski kapi 29 % - 67 % bolnikov (16, 25, 26, 27). Širok razpon pojava je posledica ocenjeva-

nja z različnimi merskimi instrumenti in v različnem obdobju. Motnje požiranja so lahko posledica degenerativnih bolezni, kot so: amiotrofična lateralna skleroza (Lou Gehrig's disease ali ALS), multipla skleroza in miastenija gravis, pri kateri se težave stopnjujejo do stanja, ko bolniki ne morejo več oblikovati grizljaja niti ga pogoltniti. Bolniki s Parkinsonovo boleznijo lahko kar v 52 % - 82 % pričakujejo MP. Pojavijo se tudi pri drugih boleznih, kot so: cerebralna paraliza, polimiozitis, Alzheimerjeva bolezen (84 %), Guillan-Barre sindrom, travmatske poškodbe glave in hrbtenjače, meningitis in možganski tumor, tumor glave, vratu in požiralnika ter njihovo zdravljenje (kirurško in z obsevanjem), boleznih dihal (kronična obstruktivna pljučna bolezen – KOPB) ali šibkost zaradi splošne oslabelosti (7, 16, 19).

Potreba po bolj pozornem zanimanju za obravnavo bolnikov z MP v zadnjem času narašča. Predvsem se z MP ukvarjajo klinični logopedi, otorinolaringologi, foniatrji in radiologi, največkrat v sklopu diagnostike. Celoten tim za obravnavo MP pa naj bi sestavljali: specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine (FRM), posebej usposobljena medicinska sestra, logoped, respiratorni fizioterapevt, dietetik in delovni terapevt. Po potrebi pa se v timsko obravnavo vključijo še gastroenteorolog, nevrolog, psihiater, psiholog, zobozdravnik, pulmolog in kirurg. Nepogrešljivo je tudi sodelovanje bolnikovih svojcev oziroma skrbnikov.

## METODE

Namen raziskovalnega prispevka je bil proučiti, s katerimi dilemami se srečujejo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi bolnika z motnjami požiranja v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča (URI - Soča).

Za zbiranje podatkov smo uporabili deskriptivno metodo dela in kvantitativno tehniko zbiranja podatkov. Uporabili smo kavzalno – neeksperimentalno metodo dela. Podatki (kot primarni viri) so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom in obdelani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel. Prikazali smo jih v obliki grafov in tabel ter jih pisno obrazložili. Prikazane so absolutne (f) in odstotne (f %) frekvence. Za analizo podatkov, ki smo jih pridobili z ocenjevalnimi lestvicami, smo uporabili izračun povprečne ocene.

Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga na podlagi pregleda literature sestavili sami. Sestavljen je iz štirih splošnih vprašanj zaprtega tipa: spol, starost, stopnja dokončane izobrazbe in število let delovne dobe. Sledijo petstopenjske Likertove lestvice s trditvami, kjer anketiranci označujejo svoje strinjanje oziroma nestrinjanje. Vključili smo tudi tri vprašanja odprtega tipa z možnostjo, da anketiranci sami napišejo svoje mnenje.

Anketiranje je potekalo od 30. 10. 2014 do 10. 11. 2014. Vsak udeleženec je v raziskavi sodeloval prostovoljno. Vsem anketirancem smo zagotovili anonimnost.

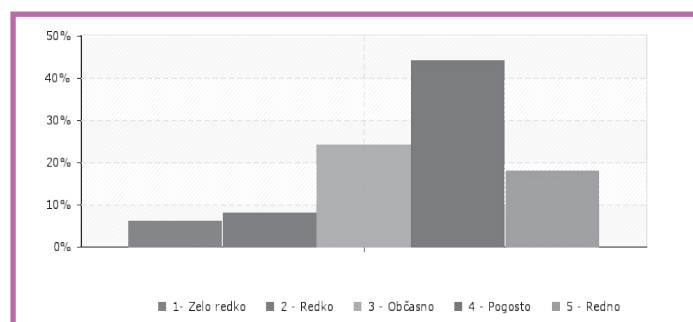
Vzorec ankete je priložnostni. Vprašalnike smo razdelili MS vseh stopenj in obeh spolov, zaposlenim na vseh šestih oddelkih v URI - Soča.

## REZULTATI

Razdelili smo 90 anket, vrnjenih je bilo 56 anket, od tega 50 pravilno izpolnjenih, kar pomeni 55,6-odstotno realizacijo. V anketi je sodelovalo 8 (16 %) anketirancev in 42 (84 %) anketirank. Rezultati anketirancev po spolu so bili pričakovani, saj tudi sicer med zaposlenimi v zdravstveni negi prevladujejo ženske. Anketiranci so bili v povprečju stari 40,7 let. Starost se je gibala med 24 in 58 let. Večina anketiranih 36 % (18) ima 5 do 14 let delovne dobe ali 25 let in več, sledi skupina anketirancev z delovno dobo 15 do 24 let 20 % (10) ter le 8 % (4) anketirancev z delovno dobo 1 do 4 leta. Nihče ni imel manj kot leto dni delovnih izkušenj.

Glede na stopnjo izobrazbe je imelo 66 % (33) anketiranih zaključeno srednjo šolo, višjo 2 % (1), visoko 30 % (15) in univerzitetno izobrazbo 2 % (1).

Anketiranci so večinoma pogosto 44 % (22), občasno 24 % (12) ali redno 18 % (9) vključeni v zdravstveno obravnavo bolnika z MP. Le 8 % (4) jih je bilo vključenih redko oz. 6 % (3) zelo redko.



**Slika 1:** Pogostost vključitve medicinske sestre v zdravstveno obravnavo bolnika z motnjami požiranja na URI -Soča.

Zanimalo nas je, pri katerih boleznih oz. medicinskih diagnozah anketiranci pomislijo, da je možen pojav MP. Dobili smo 72 % (36) odgovorov. Med njimi je najpogosteje prepoznana multipla skleroza 11 % (8), možganska kap 8 % (6), nezgodna možganska poškodba 7 % (5), po 4 % (3) cerebralna paraliza in starostniki, 3 % (2) Parkinsonova bolezen, tetraplegija, ALS, bolniki brez zob ter 1 % (1) karcinom grla in sindrom Guillain - Barre.

Najpogosteje prepoznani znak, da ima bolnik lahko MP, je s povprečno oceno 4,3 kašljanje med obrokom ali po njem. Redno ga opazi 42 % (21) anketiranih. Sledi s povprečno

**Tabela 1:** Pri katerih znakih, ki se pojavijo med hranjenjem bolnika, so anketirani pozorni in pomislijo, da gre za motnje požiranja.

	Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Redno	Skupaj	Povpr.	Std. odk.
Bolnik je zelo počasi	1 2 %	6 12 %	20 40 %	17 34 %	6 12 %	50 100 %	3,4	0,93
Vsak gržljaj večkrat pogoltno	0 0 %	4 8 %	16 32 %	22 44 %	8 16 %	50 100 %	3,7	0,84
Obrača glavo na okvarjeno stran telesa	4 8 %	5 10 %	25 50 %	10 20 %	6 12 %	50 100 %	3,2	1,04
Pri požiranju izteguje vrat	6 12 %	11 22 %	10 20 %	14 28 %	9 18 %	50 100 %	3,2	1,3
Izogiba se določene vrste hrane ali tekočine	4 8 %	2 4 %	18 36 %	19 38 %	7 14 %	50 100 %	3,5	1,05
Med obrokom ali po njem kašlja	0 0 %	2 4 %	4 8 %	23 46 %	21 42 %	50 100 %	4,3	0,78
Hrana mu zastaja v grlu	0 0 %	2 4 %	12 24 %	17 34 %	19 38 %	50 100 %	4,1	0,89
Solzne oči med hranjenjem ali pitjem	3 6 %	9 18 %	17 34 %	9 18 %	12 24 %	50 100 %	3,4	1,21
Požiranje brez predhodnega žvečenja	1 2 %	8 16 %	13 26 %	17 34 %	11 22 %	50 100 %	3,6	1,07
Bolečine pri požiranju	3 6 %	9 18 %	13 26 %	15 30 %	10 20 %	50 100 %	3,4	1,18
Ne more popolnoma zapreti ust pri pitju	3 6 %	4 8 %	11 22 %	23 46 %	9 18 %	50 100 %	3,6	1,07

oceno 4,1 zaznано opažanje o zastajanju hrane v grlu in potreba po večkratnem goltanju gržljaja (3,7). Požiranje brez predhodnega žvečenja redno opazi 22 % (11) anketiranih in nezmožnost popolnega zapiranja ust pri pitju 18 % (9). Podatki so prikazani v Tabeli 1.

več 42 % (18) jih navede aspiracijo, 14 % (6) aspiracijsko pljučnico in po 7 % (3) kašelj, dušenje in zastajanje hrane v ustih. Slinjenje navede 5 % (2) ter po 2 % (1) dehidracijo, spahovanje, iztekanje hrane, težave pri požiranju tekočine, zatikanje hrane, zaletavanje, posebni zvoki pri hranjenju.

Na vprašanje o prepoznavanju zapletov, ki se lahko pojavijo pri bolnikih z MP, smo dobili 84 % (42) odgovorov. Naj-

Anketiranci se, ko posumijo, da ima bolnik težave s požiranjem, redno posvetujejo z oddelčno DMS 72 % (36) ter

**Tabela 2:** Težave, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege bolnika z motnjami požiranja.

	1 - Nikoli	2 - Redko	3 - Občasno	4 - Pogosto	5 - Redno	Skupaj	Povpr.	Std. odk.
Pomanjkanje časa za temeljito obravnavo bolnika	3 6 %	7 14 %	15 30 %	20 40 %	5 10 %	50 100 %	3,3	1,04
Pomanjkanju znanja	4 8 %	20 40 %	19 38 %	7 14 %	0 0 %	50 100 %	2,6	0,84
Pomanjkanju pripomočkov	4 8 %	18 36 %	18 36 %	10 20 %	0 0 %	50 100 %	2,7	0,89
Pomanjkanju timskega dela	6 12 %	12 24 %	15 30 %	12 24 %	5 10 %	50 100 %	3	1,18
Pomanjkanje koordinirane zdravstvene obravnave	1 2 %	7 14 %	25 50 %	14 28 %	3 6 %	50 100 %	3,2	0,84
Pogrešam protokol za oceno stanja požiranja	2 4 %	4 8 %	10 20 %	21 43 %	12 24 %	49 100 %	3,8	1,05
Pogrešam protokol za varno obravnavo bolnika z MP	2 4 %	5 10 %	10 20 %	16 33 %	16 33 %	49 100 %	3,8	1,14

68 % (34) z MS/ZT na oddelku. Ti dve trditvi imata tudi najvišje povprečje (4,6), sledi posvet z zdravnikom 4,3, nato se obrnejo tudi na svojce in logopeda (3,5), respiratornega fizioterapevta 2,9, dietetika 2,9 in nazadnje fizioterapevta in delovnega terapevta (1,9).

Anketiranci kar v 67 % (33) pogosto ali redno pogrešajo protokol za oceno stanja požiranja in 66 % (32) jasno napisan protokol zaporedij ukrepanja pri obravnavi bolnikov z MP. S povprečno oceno 3,8 sta to najvišje ocenjeni trditvi. Sledi pomanjkanje časa za temeljito zdravstveno obravnavo (3,3) in pomanjkanje koordinirane zdravstvene obravnave (3,2). Boljše timsko delo pogosto ali redno pogreša 34 % (17) anketiranih, 36 % (18) pa jih tega občutka nima oz. ga ima redko. Podatki so predstavljeni v Tabeli 2.

Anketiranci se delno ali popolnoma strinjajo, da občutijo največje pomanjkanje znanja o poteku ocenjevanja požiranja v 37 % (18), 33 % (16) o prilagojenih tehnikah hranjenja in 14 % (7) o simptomih motenj požiranja. Najmanjši primanjkljaj znanja občuti 70 % (34) anketirancev o pomenu ustne nege, 61 % (30) o izbiri primerne konsistencije in 57 % (28) o nevarnosti nastanka aspiracije.

Kar 62 % (29) anketiranih se strinja in popolnoma strinja, da si želijo pridobivati nova znanja preko izobraževanj in učnih delavnic, ki jih organizira delodajalec. Sledi izobraževanje preko specializacije 58 % (27) in kot dodatni modul v času rednega izobraževanja 52 % (24). Spodbudno se največ 78 % (37) ne strinja in sploh ne strinja s trditvijo, da novega znanja ne potrebujejo.

## RAZPRAVLJANJE

Povprečna starost anketiranih je 40,7 let. Podatek je spodbuden, saj smo v anketo zajeli zaposlene, ki že imajo tako življenjske kot delovne izkušnje; to se odraža pri razdelitvi po delovni dobi. Kar 56 % jih ima daljšo delovno dobo od 15 let, zato lahko sklepamo, da imajo dober vpogled v samo organizacijo dela in se zavedajo pomena strokovne, varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Visok odstotek anketirancev (62 %) je v URI-Soča pogosto oz. redno vključen v zdravstveno obravnavo bolnikov z MP.

Anketiranci so kot najpogostejšo diagnozo, pri kateri pomislijo na MP, navedli multiplo sklerozo, možgansko kap in nezgodno možgansko poškodbo, verjetno je na rezultat vplivalo tudi dejstvo, da je največ oddanih anket iz nevroloških oddelkov. Zelo redki (4 %) bi MP pričakovali pri starostniku brez specifičnih bolezni. Glede na spreminjajoče se demografsko stanje bi bilo potrebno nameniti večjo pozornost tudi tej populaciji.

Spodbudno kar 88 % anketiranih prepozna enega od prvih znakov motenj požiranja, ki ga navajajo tudi drugi avtorji in organizacije (ASHA - American Speech - Language

- Hearing Association, EBRSR - The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation) (14). Žal pa je kašelj pogosto odsoten (28, 29, 30) in nedavna raziskava je dokazala, da sta statistično pomembna znaka MP tudi požiranje brez predhodnega žvečenja (31), katerega redko ali nikoli ne prepozna 18 % anketiranih in nezmožnost popolnega zaprtja ust pri pitju. Ta znak redko ali nikoli ne prepozna 14 % anketiranih.

Pričakovano je aspiracija zaplet, ki se ga vsi najbolj bojimo, tudi 42 % anketirancev. Nanjo smo najbolj pozorni, saj ima lahko za posledico pljučnico, ki lahko ogrozi bolnikovo življenje. Podatek o pojavu aspiracije hrane pri hospitaliziranih bolnikih z MP je po Ferraris in sod. (32) in Lin in sod. (33) med 15 % do 30 %, oziroma kot navajajo Smithard, Smeeton in Wolfe (34), med 35 % do 51 %. Isti avtorji izpostavijo tudi, da se tiha aspiracija pojavi pri 9 % do 27 % bolnikov. Pljučnica se pojavi pri 20 % bolnikov in je v 60 % posledica aspiracije. Aspiracijska pljučnica povzroča visoko smrtnost, celo do 65 %, pri preživelih pa tudi slabši dolgoročni izid zdravljenja. Povišana temperatura in kašelj se pri aspiracijski pljučnici pojavita le pri 50 % obolelih (35). Pri starejših se lahko pljučnica kaže z manj tipičnimi simptomi, ki ne kažejo na respiratorno bolezen, in z znaki, kot so: zmedenost, izguba apetita in splošna oslabelelost, bolečine v trebuhu ter zmanjšana sposobnost samooskrbe (35). Disfagija je sicer pomemben dejavnik tveganja za pojav aspiracijske pljučnice, odvisnost pri hranjenju pa se je po raziskavi Langmorea in sod. (35) pokazala za najpomembnejšo. V naši raziskavi je zanimivo, da anketirani med zaplete navedejo kar nekaj simptomov motenj požiranja, toda 38 % jih ne občuti pomanjkanja znanja o prepoznavanju samih simptomov. Podobne ugotovitve o nezadostnem poznavanju znakov in simptomov so dokazali tudi v nedavno opravljeni študiji Albini in sod. (36). To dejstvo lahko pripisemo pomanjkanju znanja ter kliničnih smernic in protokolov. Naš rezultat je v neskladju s svetovnimi smernicami (14, 29, 36), ki poudarjajo pomen zgodnjega odkrivanja motenj požiranja s strani MS, ki so ob bolniku 24 ur dnevno. Po pregledu ustne votline in opravljeni ustni negi medicinska sestra izvede provokativni test požiranja, vodni test in test požiranja. Takšno je zaporedje diagnostičnih postopkov, ki se opravijo na URI - Soča (37). Toda pri testiranju kar 37 % anketiranih občuti pomanjkanje znanja in ne opravijo provokativnega (64 %) in vodnega testa (75 %). Opravijo pa poskus s hranjenjem jogurta ali pudinga pogosto in redno (40 %). Nato bi morala slediti nadaljnja poglobljena obravnavna logopeda in ostalih članov interdisciplinarnega tima za motnje požiranja. 20 % anketiranih se redko ali nikoli ne posvetuje z logopedom, ko opazijo, da ima bolnik težave. To lahko pripisemo več dejavnikom, kot npr. pomanjkanje znanja, kar redno ali nikoli ne občuti 48 % anketiranih, težava pa se pokaže pri odprtih vprašanjih. Vzrok bi bil lahko neprimerna komunikacija ali pomanjkanje časa zaradi obilice dela, s čimer se pogosto ali redno strinja 50 % anketiranih. Mogoče pa preprosto pomanjkanje timskega dela, kar pogosto oz. redno moti 34 % anketiranih.

Obstaja vrsta pripomočkov, ki olajšajo hranjenje in pitje. Posebno oblikovane skodelice omogočajo pitje brez nagnjanja glave nazaj, pitje olajšajo tudi skodelice z vnaprej določeno količino požirka tekočine. Različne so oblike, ročaji in teže skodelic, ki bolniku olajšajo pitje. Tudi žlice so posebno oblikovane. (38). Kar 44 % anketiranih je mnenja, da redko ali nikoli ne občutijo pomanjkanja pripomočkov.

Za kakovostno, varno, časovno in ekonomsko učinkovito zdravstveno nego potrebujemo smernice in protokole in tega se zavedajo tudi naši anketiranci. Ravno pomanjkanje teh smernic jim predstavlja največjo težavo, pa naj bodo to nedorečen protokol pri ocenjevanju požiranja (67 %) ali protokol pri obravnavi bolnikov z MP (66 %). Boljšo koordinacijo cele zdravstvene obravnave MP si želi 34 % anketiranih. Spodbudno je, da si kar 78 % anketiranih želi pridobivati nova znanja. Delodajalec pa bi moral izkoristiti željo 62 % anketiranih in jim omogočiti interdisciplinarno izobraževanje z učnimi delavnicami, kjer bi si lahko pridobili nova znanja, spretnosti in kompetence, za kar bi prejeli tudi potrdilo o posebnih znanjih. Formalno izobraževanje v obliki specializacije pa si želi 58 % anketiranih, kar je pomembno tudi za razvoj rehabilitacijske zdravstvene nege.

## ZAKLJUČEK

V našo raziskavo smo zajeli 56 % zaposlenih MS z delovno dobo, ki je daljša od 15 let. Anketiranci so nam podali realni vpogled v dileme pri obravnavi bolnikov z MP. Večina anketiranih možnost pojava motenj požiranja pripisuje nevrološkim boleznim, kar je lahko odraz velikega števila izpolnjenih anket iz nevroloških oddelkov.

Največjo dilemo MS predstavlja nedorečen protokol pri ocenjevanju požiranja ter celotnega protokola za varno obravnavo bolnika z MP. Tu vidimo veliko priložnost URI-Soča za oblikovanja specializirane multidisciplinarnе skupine za obravnavo teh bolnikov. Skupina mora nujno vključevati specialista FRM, diplomirano MS, logopeda, respiratornega fizioterapevta, kliničnega dietetika in specialista internista. Njihova naloga bi bila proučiti že obstoječe protokole drugih držav in izdelati protokol, ki bi bil primeren za nas. Potrebno bi bilo uvesti presejalne teste za oceno požiranja, ki jih MS lahko opravijo pred hranjenjem bolnika, in jasno predpisati zaporedje ukrepov pri MP. Pripraviti bi morali izobraževanje z učnimi delavnicami za MS, kjer bi pridobile nova znanja, spretnosti in veščine za delo z bolniki, ki imajo MP, na podlagi izdanega potrdila o posebnih znanjih pa tudi nove kompetence. Potrebno je izkoristiti željo zaposlenih po izobraževanju, česar si želi kar 78 % anketiranih. Skupina bi morala imeti tudi pomembno vlogo pri izobraževanju bolnikovih svojcev ali skrbnikov o motnjah požiranja in nudenju pomoči bolnikom ter ozaveščanju širše javnosti o tem naraščajočem zdravstvenem problemu.

Zdravstvena nega mora biti varna in kakovostna. Podprta mora biti z dokazi, da je lahko tudi časovno in stroškovno učinkovita. Potrebna so nova znanja, sledenje raziskavam, vključevanje tudi v mednarodne projekte in lastno raziskovalno delo. Bolj izobražene MS in timski ciljni pristop bi omogočili pravočasno odkrivanje ogroženih bolnikov. Preprečili bi lahko tudi pojav neželenih dogodkov, kot sta aspiracija in razvoj pljučnice ter skrajšali število dni hospitalizacije. Bolnik bi lažje sodeloval v programu rehabilitacije, s tem bi bila zdravstvena obravnava bolj kakovostna in tudi ekonomsko učinkovita.

## Literatura:

1. Klemenc D. Nagovor na slavnostni akademiji v Cankarjevem domu ob praznovanju mednarodnega dneva medicinskih sester in babc. *Utrip* 2014; 22: 4–5.
2. Hines S, Wallace K, Crowe L, Finlayson K, Chang A, Pattie M. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *Int J Evid Based Healthc* 2011; 9: 148–50.
3. Albini RMN, Soares VMN, Wolf AE, Goncalves CGO. Knowledge of nursing professionals about the care to dysphagic patients in intensive care units. *Revista CE-FAC* 2013; 15: 1512–24.
4. Eisenstadt SE. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *J Am Acad Nurse Pract* 2010; 22: 17–22.
5. Miller AJ. The neurobiology of swallowing and dysphagia. *Dev Disabil Res Rev* 2008; 14: 77–86.
6. Hočevar Boltežar I. Fiziologija požiranja ter nevrološko pogojene motnje požiranja. V: Petkovšek–Gregorin R, ur. *Motnje požiranja in načini hranjenja: zbornik predavanj*, Laško, 22. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, 2012: 1–5.
7. Sura A, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging* 2012; 7: 287–98.
8. Barzi SR, Sullivan PA, Robbins J. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Semin Speech Lang* 2000; 21: 347–61.
9. United States Census Bureau's Population Estimates Program. Washington: U.S. Department of Commerce; 2012. Dostopno na <http://www.census.gov/popest/data/national/asrh/2012/index.html> (citirano 1. 2. 2015).
10. Leder SB, Suiter DM. An epidemiologic study on aging and dysphagia in the acute care hospitalized po-

- pulation: 2000-2007. *Gerontology* 2009; 55: 714–8.
11. Statistični letopis 2013: prebivalstvo. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na <http://www.stat.si/letopis/LetopisVsebinska.aspx?poglavje=4&lang=si&leto=2013> (citirano 1. 2. 2015).
  12. Lovše K. Motnje požiranja pri starostnikih. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2013: 55.
  13. Hočevar Boltežar I. Fiziologija in patologija glasu ter izbrana poglavja iz patologije govora. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008: 49–51.
  14. Teasell R, Foley N, Martino R, Bhogal S, Speechley M. Dysphagia and aspiration post stroke. Evidence based review of stroke rehabilitation EBRSR; 2011. Dostopno na [http://www.ebrsr.com/uploads/Module-15\\_Dysphagia\\_001.pdf](http://www.ebrsr.com/uploads/Module-15_Dysphagia_001.pdf)
  15. Paydarfar D, Gilbert RJ, Poppel CS, Nassab PF. Respiratory phase resetting and airflow changes induced by swallowing in humans. *J Physiol* 1995; 483: 273–88.
  16. Morris H. Dysphagia in the elderly - a management challenge for nurses. *Br J Nurs* 2006; 15: 558–62.
  17. Lee A, Sitoh YY, Lieu PK, Phua SY, Chin JJ. Swallowing impairment and feeding dependency in the hospitalised elderly. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28: 371–6.
  18. Steele CM, Greenwood C, Ens I, Robertson C, Seidman Carlson R. Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia* 1997; 12: 43–50.
  19. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003; 124: 1066–78.
  20. Hinchey JA, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke* 2005; 36: 1972–6.
  21. Barczy SR, Sullivan PA, Robbins J. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Semin Speech Lang* 2000; 21: 347–61.
  22. Kawashima K, Motohashi Y, Fujishima I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia* 2004; 19: 266–71.
  23. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2007; 116: 858–65.
  24. Serra-Prat M, Hinojosa G, Lopez D, Juan M, Fabre E, Voss DS, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety of swallowing in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 186–7.
  25. Smithard DG, O'Neill PA, Parks C, Morris J. Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke* 1996; 27: 1200–4.
  26. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke* 1999; 30: 744–8.
  27. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. *Stroke* 2005; 36: 2756–63.
  28. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *J Clin Nurs* 2001; 10: 463–73.
  29. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. Dostopno na <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign119.pdf> (citirano 1. 2. 2015).
  30. Mandysova P, Škvrnakova J, Ehler E, Černý M. Development of the Brief Bedside Dysphagia Screening Test in the Czech Republic. *Nurs Health Sci* 2011; 13: 388–95.
  31. Ho YH, Liu HY, Huang ST. The prevalence and signs of Dysphagia among stroke patients in rehabilitation units. *Hu Li Za Zhi* 2014; 61: 54–62.
  32. Ferraris VA, Ferraris SP, Moritz D, Welch S. Oropharyngeal dysphagia after cardiac operations. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 1792–6.
  33. Lin LC, Wu SC, Chen WS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1118–23.
  34. Smithard, D.G., Smeeton, N.C. in Wolfe, C.D. (2007). Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007; 36: 90–4.
  35. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopotin D, et al. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia* 1998; 13: 69–81.
  36. Werner H. The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist. *J Neurosci Nurs* 2005; 37: 212–5.
  37. Hočevar Posavec B. Preprečevanje nastanka aspiracijske pljučnice pri bolnikih z motnjami požiranja. V: Petkovšek–Gregorin R, ur. Motnje požiranja in načini hranjenja: zbornik predavanj, Laško, 22. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2012: 41–7.
  38. Žemva N. Varno požiranje in hranjenje. V: Petkovšek–Gregorin R, ur. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2010: 77–81.