

POZNAVANJE MOTENJ POŽIRANJA PRI SREDNJIH MEDICINSKIH SESTRAH IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKIH V PROGRAMIH REHABILITACIJE IN DOLGOTRAJNE OSKRBE

KNOWLEDGE ABOUT DYSPHAGIA AMONG NURSES IN REHABILITATION AND LONG-TERM CARE

Maja Ogrin, spec. klin. log., Marjeta Trček Kavčič, mag. prof. log. in surdoped., mag. prof. spec. in rehab. ped., izr. prof. dr. Gaj Vidmar; univ. dipl. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Izhodišča:

Diagnostika in obravnava oseb z motnjami požiranja poteka v okviru multidisciplinarnega tima, katerega pomemben član so srednje medicinske sestre oziroma tehniki zdravstvene nege. Njihova vloga se prične pri zgodnjem prepoznavanju motenj požiranja ob sprejemu bolnika v programe rehabilitacije. Njihovo strokovno ravnanje in znanje o specifičnih potrebah osebe z motnjami požiranja pomembno prispeva k celostni oceni in obravnavi motnje znotraj negovalnih in rehabilitacijskih ustanov. V raziskavi smo želeli ugotoviti, kakšno je poznavanje motenj požiranja in specifičnih postopkov hranjenja skozi usta pri srednjih medicinskih sestrah in tehnikih zdravstvene nege, ki se pri svojem delu vsakodnevno srečujejo z osebami z motnjami požiranja.

Metode:

V raziskavo smo vključili 35 srednjih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, 18 zaposlenih na Univerzitetnem inštitutu za rehabilitacijo – Soča, 17 pa v Varstveno delovnem centru v Ljubljani. Za ocenjevanje obsega znanja o motnjah požiranja smo z dovoljenjem avtorice Alexandre Ameen uporabili vprašalnik za ocenjevanje veščin hranjenja (angl. Feeding Skills Questionnaire), ki smo ga prevedli in prilagodili za uporabo v našem okolju.

Rezultati:

Analiza zbranih podatkov je pokazala vrzeli v poznavanju težav pri hranjenju in požiranju ter poznavanju specifičnih

Abstract

Background:

Diagnostics and treatment of patients with dysphagia occurs within a multi-disciplinary team, in which nurses play an important role. Their action begins with early recognition of swallowing difficulties at the very beginning of the rehabilitation program. Further professional work and knowledge about the specific needs of patients with dysphagia significantly contribute to a comprehensive assessment and treatment of the disorder within nursing and rehabilitation institutions. We wanted to evaluate knowledge about dysphagia and specific procedures of oral feeding among nurses working with persons with dysphagia.

Methods:

We included 35 nurses in our study, 18 from the University Rehabilitation Institute in Ljubljana and 17 from the Care and Working Centre in Ljubljana, working in the area of long-term nursing and care. To assess the level of knowledge about dysphagia, we used the Feeding Skills Questionnaire with permission of its author Alexandra Ameen. The questionnaire was translated and adapted to Slovenian speaking and cultural environment.

Results:

The results revealed some gaps in the knowledge about the disorder and its symptoms. There was a lack of knowledge of specific procedures that must be carried out prior to and during feeding a person with dysphagia among the employees of the Care and Working Centre.

postopkov, ki jih je potrebno izvesti pred hranjenjem osebe s takšnimi težavami in med njim. Slabše poznavanje teh področij so izkazali zaposleni v Varstveno delovnem centru.

Zaključek:

Raziskava, ki je bila sicer narejena na majhnem vzorcu, je pokazala tako dobra kot šibka področja v poznavanju motnje požiranja in specifičnih postopkov hranjenja. Rezultati nam bodo pomagali pri izbiri ustreznih vsebin za pripravo nadaljnjih izobraževanj za zdravstvene tehnike s področja obravnave motenj požiranja.

Ključne besede:

motnje požiranja; zdravstvena nega; rehabilitacija; dolgotrajna oskrba; hranjenje

Conclusion:

Our small-sample study identified strong and weak areas in the knowledge about swallowing disorders and specific feeding procedures among the nursing staff. The results will help us to prepare adequate content for further courses on dysphagia management for them.

Key words:

swallowing disorders; nursing care; rehabilitation; long-term care; feeding

UVOD

Ameriško združenje za govor, jezik in sluh (*angl.* American Speech, Language and Hearing Association, ASHA) opredeljuje motnje požiranja ali disfagijo kot težave pri potovanju grizljaja, ki lahko nastanejo na področju ustne votline, žrela in/ali požiralnika (1). Če težav pravočasno ne prepoznamo in jih ne obravnavamo ustrezno, lahko vodijo v številne zaplete. Vzrok za motnje požiranja je poleg različnih bolezni in poškodb tudi proces staranja, pri čemer so težave odraz spremenjene anatomije in fiziologije požiranja (2, 3).

Strokovne smernice združenja ASHA (1) in združenja RCSLT (*angl.* Royal Collage of Speech and Language Therapists) (4) priporočajo, naj ocenjevanje in obravnava oseb z motnjo požiranja vedno poteka znotraj multidisciplinarnega tima. V rehabilitaciji nevroloških bolnikov v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča (URI – Soča) tim za obravnavo motenj požiranja sestavljajo specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, medicinska sestra ali tehnik, logoped, respiratorni fizioterapevt, delovni terapevt in dietetik (2, 5). Za uspešno obravnavo je ključno tudi sodelovanje bolnika in njegovih svojcev. Po potrebi se timu pridružijo tudi zunanji strokovnjaki, kot so gastroenterolog, specialist otorinolaringologije, psiholog, zobozdravnik in drugi strokovni sodelavci (2). Pomembno je, da logoped kot ključni strokovnjak za obravnavo oseb z motnjo požiranja tesno sodeluje z vsemi člani tima, še posebej s srednjimi medicinskimi sestrami oziroma tehnikami zdravstvene nege (v nadaljevanju MS/MT) (6, 7). Ti se z bolnikom srečajo ob sprejemu, preko dneva preživijo z njim največ časa in so prisotni pri obrokih, zato so pomemben vir informacij o samem poteku hranjenja in morebitnih zapletih.

Odstotek bolnikov, ki potrebujejo pomoč pri hranjenju, je visok. V raziskavi, ki so jo opravile Vidmar, Mali in Horvat leta 2014, se je izkazalo, da je delno ali popolno pomoč pri hranjenju potrebovalo

87,5 % sprejetih na Oddelek za bolnike po poškodbi možganov in Oddelek za bolnike po možganski kapi na URI – Soča. (2). MS/MT morajo zato imeti ustrezno znanje in dovolj kliničnih izkušenj za dobro prepoznavanje dejavnikov tveganja, zgodnjih znakov motenj požiranja, poteka varnega hranjenja, opazovanje navad hranjenja in pitja bolnika ter za uravnavanje telesne teže in hidracije (8). MS/MT pridobijo osnovno znanje o prehranjevanju in pitju v 2. letniku srednjega izobraževanja v okviru predmeta Zdravstvena nega. Seznanijo se s potekom normalnega požiranja, drugih načinov hranjenja (enteralno in parenteralno) in z nekaterimi znaki motenj požiranja. Spoznajo se z načrtom ter potekom individualne pomoči pri hranjenju bolnika, ki lahko sedi in je sam, ter bolnika, pri katerem je gibanje omejeno in ne zmore samostojnega hranjenja (9).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno je poznavanje motenj požiranja in specifičnih postopkov hranjenja skozi usta pri MS/MT, ki se v svoji klinični praksi vsakodnevno srečujejo z bolniki z motnjo požiranja in jim nudijo pomoč pri hranjenju.

METODE

V raziskavo smo vključili 35 MS/MT, ki so se leta 2017 udeležili izobraževanja o motnjah požiranja in hranjenja pri odraslih. MS/MT smo razdelili v dve skupini: prva skupina so bili zaposleni s področja rehabilitacijske zdravstvene nege na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS (URI – Soča) ($n_1 = 18$), druga skupina pa zaposleni na področju dolgotrajne zdravstvene nege in varstva v Varstveno delovnem centru v Ljubljani ($n_2 = 17$). Vključitveni dejavnik v raziskavo je bilo delo na oddelku in/ali s populacijo odraslih oseb, ki imajo motnje pri požiranju in hranjenju.

Za ocenjevanje obsega znanja o motnjah požiranja smo z dovoljenjem avtorice Alexandre Ameen (osebna korepondenca) uporabili vprašalnik za oceno veščin hranjenja (*angl.* Feeding

Skills Questionnaire), ki so ga izdelali za potrebe izobraževanja medicinskega osebja v bolnišnici na Malti. Vprašalnik smo prevedli in ga prilagodili za uporabo v našem okolju ter ga poimenovali Vprašalnik o motnjah požiranja in poteku hranjenja (Priloga 1).

Vprašalnik sestavlja 23 vprašanj, ki ocenjujejo znanje udeležencev o motnjah požiranja in uporabi specifičnih postopkov pred, med ali po hranjenju odraslih oseb z motnjo požiranja. Udeleženci v raziskavi so vprašalnik izpolnili na začetku prej omenjenega izobraževanja. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, udeležencem je bila zagotovljena anonimnost.

Vprašanja smo razdelili v pet vsebinskih sklopov: (1) osnovni podatki o udeležencih, (2) poznavanje motenj hranjenja, osnovnih postopkov (3) pred, (4) med in (5) po hranjenju. Podatke smo analizirali z opisno statistiko in odgovore na vprašanja primerjali med skupinama s Fisherjevim eksaktnim testom (oz. njegovo razširjeno obliko Fisher-Freeman-Halton). Glede na poznavanje narave dela zaposlenih MS/MT v rehabilitaciji smo predvidevali, da bo analiza podatkov pokazala boljše poznavanje motenj požiranja pri zaposlenih na URI – Soča.

REZULTATI

Od 35 MS/MT, vključenih v raziskavo, je bilo 25 (71 %) žensk in 10 (29 %) moških; več moških (50 % v primerjavi z 11 % na URI – Soča; $p = 0,023$) je bilo v VDC. Vsi udeleženci so imeli V. stopnjo izobrazbe. Starost se med skupinama ni statistično

značilno razlikovala ($p = 0,075$); največ udeležencev je bilo v starostnih razredih 26-35 let (37 %) in 36-45 let (26 %). Tudi delovne izkušnje z odraslimi, ki imajo motnje požiranja, se med skupinama niso statistično značilno razlikovale ($p = 0,612$); največ udeležencev (46 %) je imelo do 5 let, petina pa je imela več kot 20 let tovrstnih delovnih izkušenj.

Četrtnina udeležencev (26 %) ni bilo nikoli deležnih izobraževanja na temo motenj požiranja, ostali so del znanja pridobili v času šolanja ali v času zaposlitve; statistično značilnih razlik med skupinama ni bilo ($p = 0,145$). Večina jih je svoje znanje o motnjah požiranja ocenila kot povprečno (43 %) ali dobro (51 %), le po en udeleženec je ocenil svoje znanje kot slabo ali odlično. Statistično značilnih razlik ni bilo niti med skupinama ($p = 0,301$) niti glede na delovne izkušnje ($p = 0,762$).

Odgovore na sklop vprašanj, ki obravnava poznavanje postopkov pred pričetkom hranjenja oseb z motnjami požiranja, povzema Tabela 1. Vsi udeleženci so pravilno odgovorili, da je najboljši čas za hranjenje osebe z motnjo požiranja, ko je oseba budna in pozorna. Zaposleni na URI – Soča so pokazali nekoliko večje zavedanje o pomembnosti priprave okolja (40 %), a razlika med skupinama ni bila statistično značilna. Bili so tudi bolj dosledni pri preverjanju ustreznosti konsistence tekočine. V splošnem so bili udeleženci bolj dosledni pri preverjanju konsistentnosti hrane kot tekočine. Večina udeležencev ustrezno konsistenco tekočine doseže s postopnim dodajanjem gostila in opazovanjem požiranja osebe z motnjo požiranja.

Tabela 1: *Odgovori na temo poznavanja postopkov pred hranjenjem bolnika z motnjami požiranja.*

Table 1: *Responses about knowledge of procedures before the feeding a patient with dysphagia.*

Vprašanje Question	Odgovor Response	URI – Soča	VDC	p^*
Kdaj menite, da je najboljši čas za hranjenje osebe z motnjo požiranja?	Kadar je oseba budna in pozorna.	18 (100 %)	17 (100 %)	1,000
Kaj običajno naredite, preden pričnete s hranjenjem osebe z motnjo požiranja? (možnih več odgovorov)	Ugasnete radio/TV.	9 (50 %)	8 (50 %)	1,000
	Prenehate govoriti z drugimi.	11 (61 %)	14 (88 %)	0,125
	Nič od navedenega.	3 (17 %)		0,230
	Vse navedeno.	4 (22 %)	2 (12 %)	0,660
Ali pred hranjenjem preverite, ali je hrana primerne gostote/teksture za osebo z motnjo požiranja?	Vedno.	17 (94 %)	16 (94 %)	1,000
	Včasih.	1 (6 %)	1 (6 %)	
Ali preverite, ali mora biti tekočina za osebo zgoščena, preden ji jo ponudite?	Vedno.	17 (94 %)	11 (65 %)	0,039
	Včasih.	1 (6 %)	2 (12 %)	
	Nikoli.		4 (23 %)	
Kako veste, do kakšne konsistence je osebi potrebno tekočino zgostiti? (možnih več odgovorov)	Tako, da postopoma dodajam gostilo in opazujem, kaj lažje pogoltne.	16 (89 %)	10 (62 %)	0,110
	Tako, da vprašam osebo.	4 (22 %)	3 (19 %)	1,000
	Tako, da vprašam glavno sestro.	3 (17 %)	1 (6 %)	0,604
	Ne vem.		3 (19 %)	0,094

* Fisherjev eksaktni test za razliko med ustanovama

* Fisher's exact test for the difference between the groups

Tabela 2: *Odgovori na temo poznavanja postopkov med hranjenjem bolnika z motnjami požiranja.***Table 2:** *Responses about knowledge of procedures during the feeding a patient with dysphagia.*

Vprašanje Question	Odgovor Response	URI – Soča	VDC	<i>p</i> *
Kakšen se vam zdi najvarnejši položaj, v katerem hranimo osebo z motnjo požiranja?	Pokončni sedeči položaj v postelji ali na invalidskem vozičku.	18 (100 %)	17 (100 %)	1,000
Najboljši položaj tistega, ki osebo hrani, je ...	Da stoji pred osebo.	2 (11 %)		0,353
	Da sedi in je v isti ravnini z osebo ter je obrnjen k osebi.	15 (83 %)	17 (100 %)	
	Da stoji ob osebi in gleda v isto smer kot oseba, ki jo hrani.	1 (6 %)		
Kateri je po vašem mnenju najustreznejši način hranjenja, kadar oseba potrebuje pomoč?	Osebi omogočimo, da pogoltne celoten grizljaj, preden ji ponudimo naslednjega.	18 (100 %)	17 (100 %)	1,000
Ali se z osebo med hranjenjem pogovarjate?	Vedno.	3 (17 %)	2 (12 %)	0,202
	Včasih.	10 (55 %)	14 (82 %)	
	Nikoli.	5 (28 %)	1 (6 %)	

* Fisherjev eksaktni test za razliko med ustanovama

* Fisher's exact test for the difference between the groups

Tabela 3: *Odgovori na temo poznavanja postopkov po hranjenju bolnika z motnjami požiranja.***Table 3:** *Responses about knowledge of procedures after the feeding a patient with dysphagia.*

Vprašanje Question	Odgovor Response	URI – Soča	VDC	<i>p</i> *
Ali pogledate v usta osebe, ko zaključite s hranjenjem?	Vedno.	13 (72 %)	14 (82 %)	1,000
	Včasih.	4 (22 %)	3 (18 %)	
	Nikoli.	1 (6 %)		
Ali gredo osebe v vaši ustanovi takoj po končanem obroku v posteljo počivati?	Vedno.	2 (11 %)		0,253
	Včasih.	12 (67 %)	10 (59 %)	
	Nikoli.	4 (22 %)	7 (41 %)	
Kdaj je osebo, ki ima težave pri požiranju, varno dati v posteljo po zaključenem hranjenju?	Po 10-ih minutah.	3 (17 %)		0,229
	Po 20-ih minutah.	15 (83 %)	17 (100 %)	
Ali informacijo o količini zaužite hrane predate (v ustni ali pisni obliki) kolegom na oddelku ali drugim?	Vedno.	17 (78 %)	12 (71 %)	0,840
	Včasih.	4 (22 %)	4 (23 %)	
	Nikoli.		1 (6 %)	

* Fisherjev eksaktni test za razliko med ustanovama

* Fisher's exact test for the difference between the groups

Rezultati drugega sklopa vprašanj (Tabela 2) so pokazali, da vprašani dobro poznajo nekatere postopke, pomembne za varno požiranje med samim hranjenjem (ustrezen položaj tistega, ki hrani osebo z motnjo požiranja, in priporočena hitrost hranjenja). Po drugi strani pa se velika večina MS/MT med hranjenjem pogovarja z osebo z motnjo požiranja.

Naslednji sklop vprašanj se je nanašal na poznavanje postopkov po zaključenem hranjenju (Tabela 3). Večina udeležencev v raziskavi preveri ostanke hrane v ustih po vsakem hranjenju. Delež oseb z

motnjo požiranja, ki po kosilu počivajo, je pričakovano nekoliko večji na URI – Soča, a razlika med ustanovama ni statistično značilna. Znanje o tem, kdaj po hranjenju je za osebo z motnjo požiranja varen prehod v ležeč položaj, so v popolnosti izkazali zaposleni v VDC, a tudi na URI – Soča je bila velika večina odgovorov pravilna in razlika med ustanovama ni statistično značilna. Posredovanje informacij o poteku hranjenja in požiranja ostalim članom tima poteka nekoliko bolj redno in sistematično na URI – Soča (razlika med ustanovama prav tako ni statistično značilna).

Tabela 4: *Odgovori na temo poznavanja same motnje požiranja.***Table 4:** *Responses about knowledge of dysphagia itself.*

Vprašanje Question	Odgovor Response	URI – Soča	VDC	<i>p</i> *
Ali menite, da je potrebno ustno nego opravljati tudi pri osebah, ki se hranijo po neoralni poti (NGS, PEG)?	Da.	18 (100 %)	17 (100 %)	1,000
Kaj menite, kako pogosto je potrebno ustno nego izvajati pri osebi, ki ima motnjo požiranja?	Dvakrat na dan, zjutraj in zvečer.	4 (22 %)	4 (24 %)	0,840
	Večkrat na dan, obvezno pa pred in po vsakem obroku.	14 (78 %)	12 (71 %)	
	Tolikokrat, kolikor dopušča čas oziroma obremenjenost z delom na oddelku.		1 (6 %)	
Ali menite, da prepoznate klinične znake motenj požiranja, če bi se pojavili med hranjenjem?	Da.	13 (72 %)	15 (88 %)	0,570
	Ne.	1 (6 %)	1 (6 %)	
	Ne vem.	4 (22 %)	1 (6 %)	
Kaj se vam zdi pomembno pri izvajanju ukrepov pri osebi z motnjo požiranja? (možnih več odgovorov)	Dajanje informacij sami osebi in svojcem.	1 (6 %)	1 (6 %)	1,000
	Sodelovanje z drugimi strokovnjaki (člani tima).	1 (6 %)		1,000
	Poznavanje motnje.	4 (22 %)	3 (18 %)	1,000
	Vse navedeno.	13 (72 %)	14 (82 %)	0,691

* Fisherjev eksaktni test za razliko med ustanovama

* Fisher's exact test for the difference between the groups

Odgovori o poznavanju same motnje (Tabela 4) so pokazali, da približno štiri petine vprašanih meni, da bi znali prepoznati znake motnje požiranja, petina pa jih v to ni prepričana. Kašelj, zaletavanje pri uživanju hrane, pitju in požiranju slin ter težave z dihanjem ali celo dušenje so bili najpogostejše navedeni klinični znaki motenj požiranja. Pri naštevanju kliničnih znakov motenj požiranja so bili nekoliko uspešnejši zaposleni na URI – Soča. Vsi vprašani so pritrtilno odgovorili na vprašanje o pomenu izvajanja ustne nege tudi pri osebah, ki se ne hranijo skozi usta, velika večina pa je ustrezno odgovorila tudi glede pogostosti te nege. Statistično značilnih razlik med ustanovama ni bilo.

RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli dobiti vpogled v poznavanje motenj požiranja in specifičnih postopkov hranjenja MS/MT zaposlenih na področju medicinske rehabilitacije in dolgotrajne oskrbe. Podobne domače in tuje raziskave so pokazale vrzeli v poznavanju motenj požiranja, presejalnih postopkov za ugotavljanje znakov motnje požiranja in prepozno napotitev k logopedu. Večina teh raziskav se je osredinila na ravnanja v akutnem obdobju zdravljenja bolnikov po kapi (6, 10, 11).

Glede na povprečno starost udeležencev raziskave (okoli 40 let), je imela večina malo delovnih izkušenj z osebamimi z motnjami požiranja. Potrebna znanja so večinoma pridobili v času srednjega strokovnega izobraževanja in v klinični praksi. Zaskrbljujoč je podatek, da četrtnina vprašanih ni bila nikoli deležna izobraževanja s področja obravnave motenj požiranja. Na rezultat samoocene znanja o motnjah požiranja je verjetno vplivalo, koliko se posa-

mezna MS oz. posamezni MT v svoji klinični praksi srečujejo z bolniki z MP, z različno intenziteto njihovih težav in pogosto pridruženimi motnjami, ki vplivajo na potek in varnost požiranja (npr. dihalne težave, spoznavne motnje, hitra utrudljivost). Zaradi heterogenosti težav in nenehnega menjavanja bolnikov na oddelkih URI – Soča morajo biti MS/MT pri svojem delu tam fleksibilni in obvladati širok nabor postopkov varnega hranjenja. V VDC se srečujejo z vseživljenjsko obravnavo in oskrbo pretežno iste populacije oskrbovancev, med katerimi jih precej potrebuje pomoč pri hranjenju – veliko je takih, ki potrebujejo nadzor pri količini vnosa hrane v usta (npr. preveliki grizljaji, prehiter vnos hrane).

Z razlikami v naravi dela MS/MT lahko pojasnimo tudi razlike v odgovorih na vprašanja o postopkih, ki jih je potrebno izvesti pred, med in po hranjenju osebe z MP. Visoka deleža vprašanih, ki pred pričetkom hranjenja preverijo ustreznost konsistence hrane in tekočine, preden jo ponudijo osebi z MP, sta spodbudna, a s stanjem v klinični praksi še ne moremo biti povsem zadovoljni. Ustrezna konsistenca hrane in tekočine je namreč eden od pomembnih pogojev za varen potek požiranja in preprečevanje zapletov ter zato pogost terapevtski pristop (13, 14). Pri tem se MS/MT srečujejo s številnimi težavami, saj ni jasnih smernic za gostenje hrane in tekočin. Trenutno so v uporabi evropske smernice, ki vsebujejo splošna določila glede prilagajanja konsistence hrane in tekočine (15). V praksi zato lahko prihaja do različnega tolmačenja posameznih stopenj zgoščevanja in posledično neželenih zapletov. V raziskavi Hočevar Posavec in Vidmar (8) je bil kot najbolj prepoznaven znak motnje požiranja naveden kašelj, kar je skladno z ugotovitvami naše raziskave. Na prisotnost kašlja pa se ne moremo vedno zanašati, saj lahko zaradi motenj občutenja

v področju žrela in grla prihaja do tihih aspiracij, pri katerih je kašelj odsoten (8, 13). Na motnje požiranja lahko vplivajo tudi okoljski dejavniki (npr. hrup v okolju, pogovor), ki otežujejo osredinjenost na sam potek hranjenja. Zbrani podatki kažejo, da se tega nekoliko bolj zavedajo zaposleni na URI – Soča, kar je lahko odraz komunikacije in pogostega sodelovanja med člani tima.

Tudi postopki po zaključku hranjenja prispevajo k zmanjševanju zapletov. Pri preverjanju ostankov hrane v ustih po zaključku hranjenja so nekoliko bolj dosledni v VDC, kar bi lahko pojasnili z zmanjšano kontrolo oseb z motnjo požiranja nad hranjenjem zaradi pridruženih motenj v duševnem razvoju. Ostanki hrane v ustih lahko po hranjenju zaidejo v dihalne poti in povzročijo številne zaplete, zaradi česar je pomembna tudi ustna nega. Redna in ustrezna ustna nega vpliva na količino bakterij v ustih in s tem zmanjša morebitne zaplete v primeru aspiracije (13), česar se je zavedala večina vprašanih.

ZAKLJUČEK

Vloga MS/MT pri obravnavi oseb z motnjami požiranja se prične z zgodnjim prepoznavanjem motenj požiranja ob sprejemu bolnika v programe rehabilitacije ali v ustanove za dolgotrajno oskrbo, kot so VDC in domovi za starejše občane. Njihovo nadaljnje strokovno ravnanje in znanje o specifičnih potrebah osebe z motnjo požiranja pomembno prispeva k celostni oceni motnje, učinkoviti pomoči, preprečevanju zapletov in s tem boljši kakovosti življenja oseb z motnjami požiranja. Raziskava, ki je bila sicer narejena na majhnem vzorcu, je pokazala tako dobra kot tudi šibka področja v poznavanju motnje požiranja in specifičnih postopkov hranjenja. Rezultati vprašalnika nam bodo pomagali pri izbiri ustreznih vsebin za pripravo nadaljnjih izobraževanj s področja obravnave motnje požiranja ter tako še izboljšali pomoč osebam z motnjami požiranja.

Literatura:

1. Adult dysphagia. American Speech - Language - Hearing Association Dostopno na: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/> (citirano 14. 12. 2018).
2. Vidmar V, Mali B, Horvat B. Zmanjšana zmožnost samostojnega in varnega hranjenja – pogosta težava v rehabilitacijski zdravstveni negi. *Rehabilitacija*. 2014; 13(1): 46-51.
3. Leonard R. How ageing affects our swallowing ability. National Foundation of Swallowing Disorders; 2013. Dostopno na: <https://swallowingdisorderfoundation.com/how-ageing-affects-our-swallowing-ability/> (citirano 9. 7. 2018).
4. Royal College of Speech & Language Therapists. RCSLT Clinical Guidelines. Oxon : Speechmark Publishing; 2005: 63-71.
5. Žemva N. Motnje požiranja. *Kapnik*. 2011; 9(18): 4-7.
6. Mubeen R, Butt A. Knowledge of dysphagia, its screening among nurses and awareness of role of speech and language pathologist in dysphagia. 2015. Dostopno na: <https://pdfs.semanticscholar.org/e69e/7f7514d-8cc913faf1e39839514f9337e1e02.pdf> (citirano 9. 7. 2018).
7. Tanner DC, Culbertson WR. Avoiding negative dysphagia outcomes. *OJIN: The online journal of issues in nursing*. 2014; 19(2). Dostopno na: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No2-Man-2014/Articles-Previous-Topics/Avoiding-Negative-Dysphagia-Outcomes.html> (citirano 9. 7. 2018).
8. Hočevar Posavec B, Vidmar V. Dileme, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi bolnika z motnjami požiranja. *Rehabilitacija*. 2015; 14 Supl. 1: 117-123.
9. Rozman M, Kisner N, Klasinc M, Pirnat S. Zdravstvena nega 2. Maribor: Obzorja; 2004: 58-71.
10. Albin RMN, Soares VMN, Wolf AE, Goncalves CGO. Knowledge of nursing professionals about the care to dysphagic patients in intensive care units. *CEFAC*. 2013; 15(6): 1512-1524. Dostopno na: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n6/en_45-12.pdf (citirano 9. 7. 2018).
11. Pickel Voigt A. Knowledge of nurses regarding dysphagia in patients with stroke in Namibia: a thesis. Faculty of Community and health sciences, Department of Physiotherapy, University of the Western Cape; 2014.
12. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Cray MA. Dysphagia in the elderly: management and nutrition considerations. *Clin Interv Aging*. 2012; 7: 287-98.
13. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*. 2003; 124(1): 328-36.
14. Marks L, Rainbow D. Working with dysphagia. London: Routledge; 2011: 36-72.
15. Ickenstein GW. Diagnosis and treatment of neurogenic oropharyngeal dysphagia. Bremen: UNI-MED; 2011: 79-109.