

Tomislava Strsoglavac

Udruga „Korak po korak do zdravlja“, Klanjec

Emica Farago

Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za logopediju

Uključenost logopeda u proces procjene i terapiju teškoća hranjenja i gutanja

Involvement of speech and language pathologist in assessment and therapy of feeding and swallowing difficulties

Stručni rad UDK: 376.1: 616.32

SAŽETAK

Cilj ovog rada je opis djelatnosti logopeda u području procjene teškoća hranjenja i gutanja u Hrvatskoj i svijetu. Budući da se radi o relativno novom području u Hrvatskoj, ovim istraživanjem željelo se dobiti podatke o karakteristikama rada logopeda u području procjene teškoća hranjenja i gutanja. Uzorak je činilo 49 logopeda zaposlenih u zdravstvenim ustanovama. Sudionici su ispunjavali upitnik, na web-stranici, kojim se željelo ustanoviti na koji način logopedi u Hrvatskoj rade procjenu teškoća hranjenja i gutanja. Dobiveni podaci su obrađeni kvalitativnom analizom i izračunom postotaka. Kako bi se dobio bolji uvid u karakteristike procjene teškoća hranjenja i gutanja u Hrvatskoj, dobiveni podaci uspoređeni su s već poznatim podacima iz sličnih istraživanja u stranim državama. Rezultati pokazuju da 73 % logopeda - zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj – rade s osobama koje imaju teškoće hranjenja i gutanja. Analizirajući karakteristike rada logopeda u području procjene teškoća hranjenja i gutanja u Hrvatskoj, zaključak je da se procjena radi prema preporukama vanjskih stručnjaka, kod kojih je to područje razvijenije. Unatoč tome, potrebna je dodatna edukacija logopeda u tom području. Za poboljšanje kvalitete procjene potrebno je donošenje protokola za procjenu teškoća hranjenja i gutanja.

Ključne riječi:

teškoće
hranjenja i
gutanja ▪
procjena ▪
logoped

ABSTRACT

The aim of this study was to provide the description of speech and language pathologists' work in the area of assessment of feeding and swallowing difficulties in Croatia and abroad. Since this is a relatively new field in Croatia, the aim of this study was to obtain data on the characteristics of the assessment of feeding and swallowing difficulties. The sample consisted of 49 speech and language pathologists employed in health care institutions. Respondents were asked to complete a questionnaire on a web page, with the aim of establishing how speech and language pathologists in Croatia perform the assessment of feeding and swallowing difficulties. The obtained data were analyzed on the level of qualitative analysis and percentages.

To get a better insight into the characteristics of assessment of feeding and swallowing difficulties in Croatia, the data were compared with the previously known data from similar studies in other countries. The results show that 73 % of speech and language pathologists working within the health care system in Croatia are working with people who have feeding and swallowing difficulties. Through the analysis of the characteristics of assessment of feeding and swallowing difficulties in Croatia, we can conclude that, despite being a relatively new field, the evaluation is done according to the recommendations of experts in the mentioned area. However, further education in the field of speech and language assessment of feeding and swallowing difficulties is required in order to develop protocols for the evaluation of feeding and swallowing difficulties.

Keywords:

feeding and
swallowing
difficulties ▪
assessment ▪
speech and
language
pathologist

UVOD

Hranjenje i gutanje složeni su procesi i uključuju četiri faze – oralnu preparaciju bolusa, oralnu transmisiju, faringealnu i ezofagealnu fazu. Svaka od tih faza kontrolirana je različitim neurološkim mehanizmima centralnog i perifernog živčanog sustava.

Teškoće hranjenja i gutanja (disfagija) podrazumijevaju teškoće u provedbi oralne, faringealne i ezofagealne razine gutanja, a uključuju probleme sa žvakanjem hrane, pripremanjem za gutanje, iniciranjem gutanja, tjeranjem zalagaja kroz farinks, te prihvatom i transportom hrane kroz ezofagus do želuca (Logemann, 1998). Disfagija se može dogoditi bilo kome i bilo kada. Može se javiti u bilo kojoj dobi, a češće je povezana s populacijom osoba starije dobi.

Mnogo je uzroka koji dovode do teškoća hranjenja i disfagija. Najčešće su dio kliničke slike različitih neuroloških bolesti, koje dovode do oštećenja mozga i živčanog sustava. Često je povezana s bolestima koje rezultiraju anatomskim abnormalnostima ili neuromišićnim disfunkcijama usne šupljine, farinksa, larinksa i ezofagusa. Disfagija nastala zbog primarnih ezofagealnih bolesti nije rijetka, ali se ne susreće toliko često kao orofaringealna disfagija (Erlichman, 1991). U odrasloj dobi teškoće hranjenja i gutanja javljaju se nakon moždanog udara, traumatskih ozljeda mozga, jedan su od simptoma neurodegenerativnih bolesti, neuromuskularnih bolesti, anatomskih opstrukcija struktura koje sudjeluju u procesima hranjenja i gutanja, ali mogu biti i idiopatske. (Steele, 2007).

Pojavnost disfagija varira ovisno o uzroku koji do njih dovodi i starosnoj dobi. Uspoređujući podatke prije desetak i više godina s današnjim, nalazimo njihov porast – i u dječjoj i u starijoj dobi. Epidemiološka izvješća pokazuju da je učestalost disfagije češća kod starijih osoba (Bhattacharyya, 2014; Cabré i sur., 2014). Prema standardnim procjenama, 22 % odraslih osoba starijih od 50 godina ima neke od simptoma disfagija (Lindgren i Janzon, 1991). Bhattacharyya (2014) navodi podatak o incidenciji disfagija u omjeru 1:25. Stvarna prevalencija kod odraslih nije u potpunosti poznata i često je podcijenjena.

Podaci o incidenciji i prevalenciji teškoća hranjenja i gutanja u dječjoj dobi još su varijabilniji od onih za odraslu populaciju. Ipak, svi pokazuju uzlazni trend, tomu pridonosi veći postotak preživljavanja prerano rođene djece, djece s neurorazvojnim poremećajima, niske porođajne težine te djece s kompleksnim zdravstvenim problemima i kraniofacijalnim odstupanjima (Arvedson, 2008; Lefton-Greif i Arvedson, 2008). Zbog nedostatka i sustavno vođenog registra i standarda za objektivno praćenje disfagija, izostaju i objektivni podaci o njihovoj učestalosti. Prema nekim procjenama, 25 % do 42 % djece urednog razvoja pokazuje simptome teškoća hranjenja i gutanja. Kod djece s poremećajima u razvoju, navedene teškoće prisutne su od 30 % do 80 % (Arvedson, 2008).

Teškoće hranjenja i gutanja mogu rezultirati neadekvatnom nutricijom i/ili hidratacijom te gubitkom na težini, mogućim rizikom od upale pluća, ali i letalno – zbog aspiracije čestica hrane u dišne putove (Sura, Madhavan, Carnaby i Crary, 2012). Istraživanja pokazuju da je upala pluća uzrokovana aspiracijom jedan od vodećih uzroka smrti u starijoj dobi (Silbergleit i Basha, 2007). Procjenjuje se da oko trećine bolesnika s disfagijom razvije pneumoniju

(AHCPR, 1999). Iznimno je važno da se simptomi teškoća hranjenja i gutanja ne zanemaruju jer su posljedice do kojih oni mogu dovesti ozbiljni i opasni.

Uloga logopeda u procesu procjene teškoća hranjenja i gutanja

U Sjedinjenim Američkim Državama logopedi su oni koji primarno osiguravaju dijagnostiku, procjenu, evaluaciju i terapiju poremećaja gutanja i hranjenja, (ASHA, 2002).

Zašto je to tako? Poznato je da govor i gutanje dijele zajedničke strukture, stoga problemi gutanja i govora koegzistiraju. Naime, postoje sličnosti u funkcionalnim deficitima pacijenata u obrascima oporavka i kod govora i kod gutanja (Logemann, 1998). Zbog toga bi logoped trebao imati središnje mjesto u planiranju i provođenju terapijskih postupaka kod pacijenata s teškoćama hranjenja i gutanja.

Iako su logopedi bili uključeni u rehabilitaciju oralnog hranjenja i poremećaja gutanja kod djece s cerebralnom paralizom od 1930., ipak, tek nakon 1970. usmjerenje prema tom području postaje – kako u znanstveno-istraživačkom, tako i u praktičnom smislu (ASHA, 2002).

U proteklih trideset godina, uloga logopeda u području teškoća hranjenja i gutanja prerasla je u ulogu vodećih stručnjaka u vođenju procjene i terapije pacijenata s ovom vrstom teškoća. Formalne promjene počele su se događati krajem osamdesetih godina dvadesetog stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama, nakon službene objave Nacionalnog instituta za zdravstvo i Američkog društva za govor, jezik i slušanje (American Speech-Language-Hearing Association – ASHA, 2002) da pacijenti s teškoćama hranjenja i gutanja značajno napreduju ako dobivaju stručnu podršku logopeda.

U mnogim državama, u kojima je razvoj logopedске djelatnosti na području rada s teškoćama hranjenja i gutanja uznapredovao, postoje propisi koji se odnose na znanja i kompetencije logopeda koji radi na teškoćama hranjenja i gutanja. Udruženje audiologa i logopeda Ontaria (The College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario – CASLPO, 2007) propisuje da logopedi koji se bave procjenom teškoća hranjenja i gutanja, trebaju imati:

- a) znanja o anatomiji i neurofiziologiji normalnoga gutanja,
- b) sposobnost uzimanja svrhovite anamneze podataka,
- c) sposobnost kliničke procjene teškoća hranjenja i gutanja (prepoznavanje znakova aspiracije ili ostalih znakova teškoća hranjenja i gutanja, probe s hranom i tekućinom, pregled oralnih mehanizama koji sudjeluju u hranjenju i gutanju),
- d) vještine u procjeni funkcije govora koji su povezani s mehanizmima hranjenja i gutanja, uključujući procjenu glasa i motoričke funkcije govora,
- e) razumijevanje povezanosti disanja i gutanja.
- f) razumijevanje indikacije i ograničenja za upotrebu instrumentalne procjene u procjeni teškoća hranjenja i gutanja,
- g) svjesnost o važnosti multidisciplinarnog tima u procjenu teškoća hranjenja i gutanja.

Na području procjene teškoće hranjenja i gutanja logopedi imaju specifičnu ulogu, a odnosi se na identifikaciju pojedinaca u riziku od razvijanja teškoća hranjenja i gutanja, primjenu instrumentalne i neinstrumentalne procjene

struktura koje sudjeluju u hranjenju i gutanju (Steele, 2007), te provođenje rehabilitacijskih i habilitacijskih postupaka. Osim neinstrumentalne procjene, logopedi su u nekim državama osposobljeni i za instrumentalnu procjenu teškoća hranjenja i gutanja (Pettigrew i O'Toole, 2007). Instrumentalna procjena može uključivati radiološke metode procjene, videofluoroskopiju, endoskopiju te ostale instrumentalne procjene.

Zbog različitih uzroka i posljedica koje teškoće hranjenja i gutanja nose, intervencije unutar toga područja nadilaze tradicionalne granice između profesija i disciplina. Pacijent ima najveću korist u svom oporavku multidisciplinarnim ili transdisciplinarnim pristupom, koji uključuje sve stručnjake koji mogu pridonijeti u dijagnostičkim i rehabilitacijskim procesima. U nekim zemljama logoped je često na čelu tima za disfagiju, odnosno njegov koordinator, u skladu s potrebama pacijenta.

U najvećem postotku logopedi rade u kliničkoj sredini, no slika se mijenja i sve se više logopeda bavi teškoćama hranjenja i gutanja u okviru odgojno-obrazovnog okruženja.

Cilj ovog rada je opisati stanje u logopedskoj praksi u području teškoća hranjenja i gutanja u Hrvatskoj. Budući da se radi o relativno mladom području logopedije, ovim istraživanjem željelo se dobiti podatke o karakteristikama rada logopeda u području procjene teškoća hranjenja i gutanja. Zanimalo nas je – primjenjuju li logopedi standardni protokol procjene, bave li se procjenom i terapijom, ili jednim i drugim, djeluju li kao dio stručnog tima, imaju li završenu dodatnu edukaciju, u kojoj mjeri smatraju da drugi stručnjaci prepoznaju njihov rad u tom području.

METODE

Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 49 sudionika. Kriterij odabira bio je da su svi diplomirani logopedi i da su zaposleni u zdravstvenim ustanovama. U prikupljanje podataka uključene su 23 zdravstvene ustanove iz cijele Hrvatske. U tablici 1. prikazana su obilježja uzorka sudionika.

Tablica 1. Obilježja uzorka sudionika

SPOL	N	%
Žensko	46	93,87
Muško	3	6,13

RADNI STAŽ	N	%
1-5 godina	12	24,48
6-10 godina	8	16,33
11-15 godina	9	18,37
15 i više godina	20	40,82

USTANOVA	N	%
Dom zdravlja	4	8,16
Opća bolnica	7	14,29
Klinička bolnica	12	24,49
Spec.bolnica/Poliklinika	26	53,06

Istraživački materijal

Za istraživanje je sastavljen anketni upitnik, s kratkom početnom uputom i 16 pitanja zatvorenog tipa, a ispunjavanje je trajalo 10-ak minuta. Anketni upitnik ispunjavao se u web-formi, na web-stranici, time su prikupljeni podaci o odgovorima. Upitnik je bio jednostavno oblikovan, osmišljen tako da se pitanja generiraju s obzirom na prethodni odgovor. Na kraju upitnika trebalo je pritisnuti tipku „pošalji“, time su podaci učitani u bazu i sudionicima je prikazan tekst zahvale za sudjelovanje u istraživanju. Poziv na sudjelovanje u istraživanju i ispunjavanju web-upitnika poslana je na e-mail adrese iz adresara Hrvatskog logopedskog društva – sekcije logopeda zaposlenih u zdravstvu, te na e-mail adrese iz privatnog adresara. Sudionici koji nisu mogli pristupiti opisanom obliku prikupljanja podataka dobili su upitnik u „klasičnoj“ formi.

Obrada podataka

Nakon prikupljenih podataka obavljena je kvalitativna analiza upitnika te su rezultati prikazani u postocima. Rezultati su prikazani tablično i grafički.

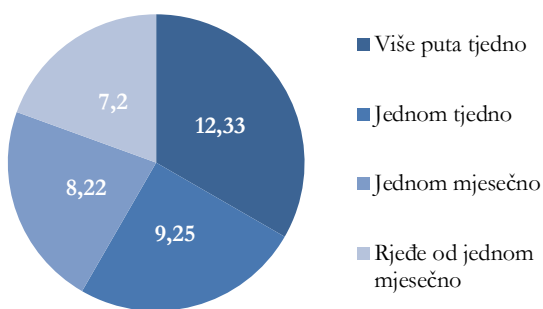
REZULTATI I RASPRAVA

Od ukupnog broja sudionika koji rade u zdravstvenim ustanovama, u dalju obradu ušli su samo logopedi koji se bave populacijom s teškoćama hranjenja i gutanja. Ukupno 36 logopeda iz zdravstvenih ustanova, odnosno 73 %, radi s teškoćama hranjenja i gutanja.

Ovaj rezultat može se usporediti s podatkom ASHA-e, koji pokazuje da se 91 % logopeda u SAD-u, u zdravstvenim ustanovama, bavi teškoćama hranjenja i gutanja (ASHA, 2002). Ta razlika može se objasniti ranijim početkom razvoja ove grane logopedskog rada u SAD-u. Početak logopedskog rada u području teškoća hranjenja i gutanja bio je tridesetih godina dvadesetog stoljeća (Erlichman, 1991). U to vrijeme u Hrvatskoj još nije postojala ni formalno obrazovanje logopeda. Broj logopeda koji su radili u području teškoća hranjenja i gutanja u početku nije bio velik, nego je rastao napredovanjem struke. Takav trend možemo očekivati i u Hrvatskoj. Iako je kod nas pravi razvoj ovog područja počeo znatno kasnije nego u Sjedinjenim Američkim Državama, imamo već značajan udio logopeda u zdravstvu koji se bave tim područjem.

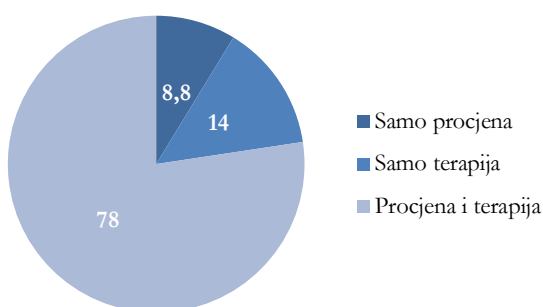
Detaljnija slika logopedskog rada na području teškoća hranjenja i gutanja dobiva se analizom podataka – o tome koliko često i s kojom populacijom logopedi rade.

Na slici 1. prikazana je distribucija prema učestalosti primjene logopedskih terapija s pacijentima koji imaju teškoće hranjenja i gutanja. Najveći broj ispitanih logopeda radi na području teškoća hranjenja i gutanja više puta tjedno (12 sudionika, odnosno 33 %), ali velik je i broj onih koji rade jedanput tjedno (25 %) i jedanput mjesečno (22 %). Dio logopeda, njih 20 %, radi s pacijentima koji imaju teškoće hranjenja i gutanja rjeđe od jedanput mjesečno. Ovakvi rezultati pokazuju težnju nekih logopeda da se češće i više bave upravo ovim područjem, što odražava vanjske trendove (Miller i Groher, 1993).

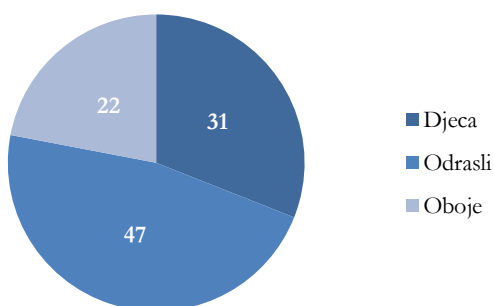


Slika 1. Učestalost rada s teškoćama hranjenja i gutanja (u %)

Također, općenitu sliku logopedskog rada na području teškoća hranjenja i gutanja upotpunjuje podatak o tome s kojom se populacijom najčešće susreću (slika 2). Odgovori ispitanih logopeda u Hrvatskoj pokazuju da najveći broj radi s populacijom odraslih (47 %), a manji broj radi i s djecom i odraslima (22 %) ili samo s djecom (31 %). Ovo su očekivani rezultati i u skladu su s podacima mnogih istraživanja koja ukazuju na češću pojavnost teškoća hranjenja i gutanja u odrasloj životnoj dobi (Marik i Kaplan, 2003).



Slika 2. Pacijenti prema životnoj dobi (u %)



Slika 3. Opseg logopedskog rada na području teškoća hranjenja i gutanja (u %)

Logopedski rad na području teškoća hranjenja i gutanja obuhvaća procjenu, dijagnostiku i terapiju. Ispitivanjem logopeda u Hrvatskoj dobivamo podatke da većina njih radi i procjenu, dijagnostiku i terapiju (78 %, slika 3). To je

ujedno i najbolji pristup jer omogućuje kvalitetno provođenje terapije, takav stručnjak istodobno može i mora obaviti procjenu pacijentova stanja i napretka. Logopedi koji rade samo procjenu i dijagnostiku (8 %), u Hrvatskoj su vrlo rijetki. Tome pridonosi organizacija rada u zdravstvenim ustanovama i činjenica da je područje teškoća hranjenja i gutanja u početnom razvoju, te će proći još vremena prije nego što se logopedi specijaliziraju do te mjere da se mogu usmjeriti samo na jedan aspekt rada – dijagnostiku. Međutim, preporuke vanjskih stručnjaka upućuju na potrebu da se logopedi bave i procjenom i terapijom pacijenata s teškoćama hranjenja i gutanja, zbog uske povezanosti terapijskih potreba i modela te stanja i teškoća pacijenta koji dolazi s takvim problemom (Erlichman, 1991).

Protokol procjene

Sudionici obuhvaćeni ovim istraživanjem trebali su odgovoriti na niz pitanja kojima je bio cilj utvrditi način na koji oni provode procjenu. Na ta pitanja odgovarali su samo oni sudionici koji su bili aktivno uključeni u procese procjene i dijagnostike teškoća hranjenja i gutanja. Ukupno 34 sudionika sudjelovalo je na ovoj razini ispitivanja.

Sudionici su odgovarali na pitanje – primjenjuju li u svojoj procjeni točno određeni, zadani, protokol. Pitanje o protokolu bilo je zatvorenog tipa, s mogućim odgovorima da/ne.

Rezultati pokazuju da većina anketiranih logopeda (65 %) ne primjenjuje unaprijed pripremljeni protokol.

Točno definirani protokoli češće se primjenjuju kod instrumentalnih procjena, jer se radi o uvijek istoj aparaturi, koja se koristi na točno zadani način i u točno određenoj poziciji. Primjer takve pretrage koja zahtijeva točno zadani protokol je radiografsko ispitivanje akta gutanja (Longemann, 1993). Radiografska pretraga izvodi se prema protokolu odgovarajuće dobi i tjelesnom stanju pacijenta, a rezultati koje ona daje su vjerodostojni, uvijek se mogu interpretirati jer je poznat protokol kako se pretraga izvodi. Prilikom ponovljenih pretraga napredak se može objektivno utvrditi jer su obje pretrage izvedene prema istom protokolu (Groher, 1984). Uz to, literatura dokazuje da primjena protokola smanjuje rizik od upala pluća uzrokovanih aspiracijom, u odnosu na procjene bez zadanih protokola, gdje dolazi do veće pojave upala pluća uzrokovanih aspiracijom, upravo zbog nedosljednosti u procjeni, koje mogu dovesti do zanemarivanja znakova koji upućuju na aspiraciju (Hinchey i sur, 2005).

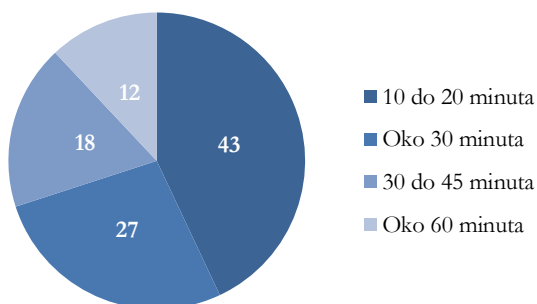
Međutim, narav klasične logopedске procjene je drukčija od instrumentalnih procjena. Radi veće objektivnosti preporučljivo je primijeniti standardizirani protokol. Logopedska procjena ima mnogo sastavnica, a uvelike ovisi o pacijentu, odnosno njegovu fizičkom stanju. Radi što kvalitetnije procjene svih komponenata važnih za donošenje odluka o daljem postupku, ponekad su potrebna određena odstupanja kako bi se procijenilo što više (Erlichman, 1991). Upravo zbog toga je ponekad opravdano odstupati od zadanog protokola, ali je potrebno imati na umu sve sastavnice koje trebaju biti procijenjene. Osim toga, važno je bilježiti sve posebnosti procjene, sva odstupanja koja su bila potrebna zbog pacijentova stanja, kao i sve sastavnice koje jesu procijenjene. Tako se prilikom

ponovne procjene mogu usporediti rezultati i utvrditi je li došlo do napretka. Bez primjene protokola za procjenu teškoća hranjenja i gutanja, teško je stvoriti uvjete za kvalitetnu usporedbu rezultata više vremenskih točka mjerenja.

U Hrvatskoj do nedavno nije bilo pisanih i standardiziranih protokola za procjenu teškoća hranjenja i gutanja. Nedavno su objavljene Smjernice za rano prepoznavanje, dijagnostiku i terapiju neurogene orofaringealne disfagije (NOD) (Poljaković, i sur., 2017). Kako navode sami autori, cilj smjernica je povećati svijest o NOD-u koji se javlja kod akutnih i kroničnih neuroloških bolesti, te dati opis dijagnostike disfagije. Naglašava se potreba multidisciplinarnog pristupa, odnosno tima u kojem sudjeluju neurolozi, internisti, logopedi, dijetetičari, farmaceuti i medicinske sestre s posebnim kompetencijama na području NOD-a.

U stranim zemljama, gdje je ovo područje razvijenije, brojni su primjeri prihvaćenih protokola koji omogućuju temeljito i učinkovito procjenjivanje svakog pacijenta, bez obzira na njegovo zdravstveno stanje. Postoje protokoli za procjenu pacijenata „u bolničkom krevetu“ (bedside evaluation), pa do onih koji procjenjuju pacijente čije zdravstveno stanje ne ograničava kretanje (Silbergleit i Basha, 2007). Uz to, postoje protokoli specifični za svaku pojedinu dob i teškoću zbog koje pacijent dolazi na procjenu, a omogućuju dosljednu procjenu, koju je kasnijim ponavljanjima moguće usporediti s prethodnim procjenama te tako spoznati stvarni napredak, bez dvojbi o vjerodostojnosti procjene (Logemann, 2007).

Uz podatak o primjeni protokola procjene, od sudionika je dobiven podatak i o trajanju logopedске procjene teškoća hranjenja i gutanja (slika 4). Kraće vrijeme trajanja logopedске procjene teškoća hranjenja i gutanja ne mora biti povezano s kvalitetom procjene jer na vrijeme utječu mnogi čimbenici – poput iskustva procjenjivača, općeg stanja pacijenta, prirode problema i metodologije pristupa. Ipak, moramo uzeti u obzir širinu područja koje procjena teškoća hranjenja i gutanja obuhvaća, te prema tome zaključiti da procjena koja je vremenski traje kratko ne može obuhvatiti sve sastavnice procjene koje bi kvalitetna procjena teškoća hranjenja i gutanja trebala sadržavati.



Slika 4. Trajanje logopedске procjene (u %)

Najveći broj logopeda ispitanih u Hrvatskoj radi procjenu unutar deset do dvadeset minuta (43 %). Samo četvero sudionika na procjenu troši više od jednog sata.

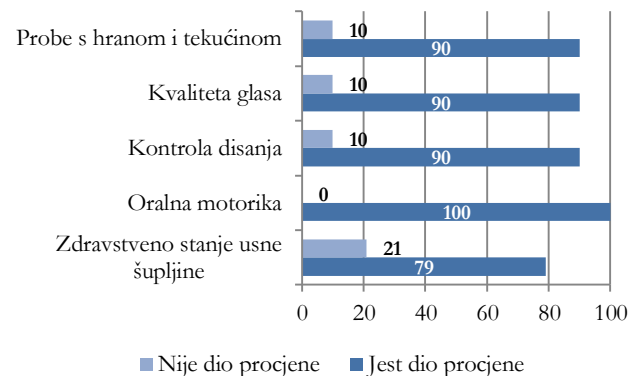
Usporedba s podacima o trajanju procjene iz stranih

izvora pokazuje da ona nikako ne može biti kraća od petnaest minuta, a trajanje je najčešće od 15 do 45 minuta (Hardy, 1999).

Sastavnice rada – procjena poremećaja hranjenja i gutanja

Postupak procjene teškoća hranjenja i gutanja sastoji se od nekoliko faza. Prva faza je prikupljanje pacijentove medicinske povijesti. Iz medicinske povijesti prikupljaju se podaci o početku simptoma te informacije o obavljenim pretragama. Vrlo je važno pregledati pacijentove ostale dijagnoze koje bi mogle utjecati na način provođenja procjene te planiranja eventualne terapije. Slijedi faza kliničke procjene statusa pacijenta u kojoj logoped prati trenutno stanje pacijenta, kako bi prikupio podatke o svijesti pacijenta, načinu hranjenja i ostalim važnim faktorima koji mogu biti povezani s disfunkcijama hranjenja i gutanja. Sljedeća faza odnosi se na kliničku procjenu oromotorne funkcije, oralne osjetljivosti, laringealne funkcije, orofaringealnog refleksa i funkcije gutanja.

Po uzoru na primjere procjene teškoća hranjenja i gutanja iz strane literature, u našem upitniku sudionici su trebali odgovoriti koje sastavnice procjene primjenjuju. Ponuđene su glavne sastavnice: procjena strukture i funkcije oralne šupljine, respiracijska funkcija, kvaliteta glasa te probe s različitim konzistencijama hrane i tekućine.



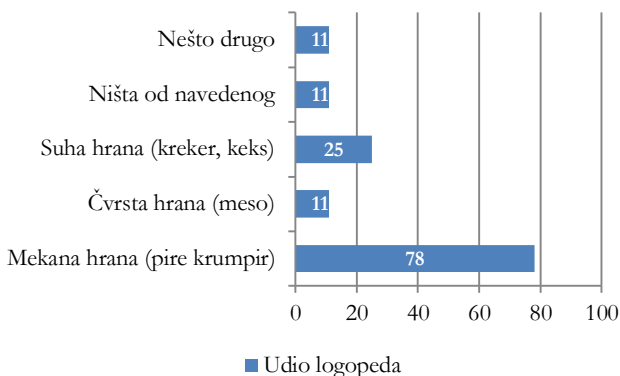
Slika 5. Sastavnice logopedске procjene (u %)

Rezultati potvrđuju da naši logopedi procjenjuju sva relevantna područja koja su povezana s teškoćama hranjenja i gutanja (slika 5). Usporedba s protokolom ASHA-e i Massachusetts General Swallow Screening test (Cohen, 2009), pokazuje da grubi opis logopedске procjene u Hrvatskoj odgovara onoj u Sjedinjenim Američkim Državama. Istraživanja pokazuju važnost procjene svake od navedenih sastavnica prilikom procjene teškoće hranjenja i gutanja. Ipak, pomalo zabrinjava rezultat da 21 % sudionika prilikom procjene teškoća hranjenja i gutanja ne procjenjuje zdravstveno stanje usne šupljine važnog čimbenika u procesu hranjenja i aktu gutanja. Pace i McCullough (2010) navode da je zdravstveno stanje usne šupljine usko povezano s rizikom od komplikacija povezanih s aspiracijom.

Isto tako Depippo, Holas i Reding (1992) u svojem

istraživanju govore o važnosti korištenja proba s hranom i tekućinom prilikom procjene teškoća hranjenja i gutanja, te o potrebi primjene hrane i tekućine različite konzistencije i veličine.

Kako bi se dobio detaljniji uvid u dio procjene koji obavljaju logopedi u Hrvatskoj, sudionicima su postavljena pitanja o probama s hranom i tekućinom, koje provode u procjeni teškoća hranjenja i gutanja. Odgovori vezani uz probe s hranom prikazani su na slici 6.



Slika 6. Hrana koja se koristi pri procjeni teškoća hranjenja i gutanja (u %)

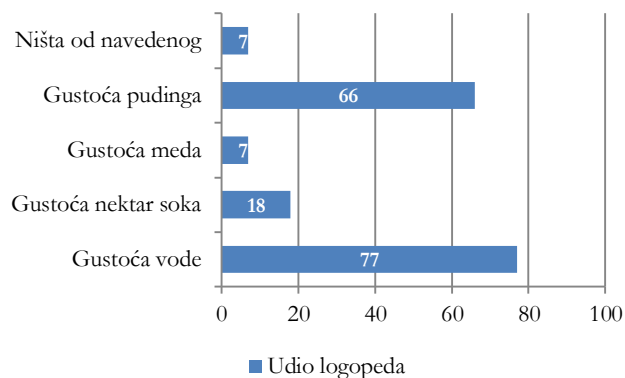
Prilikom odgovaranja na ovo pitanje, logopedi su imali mogućnost odabrati više od jednog odgovora. Njihovi odgovori prikazani su u svakom stupcu kao postotak logopeda koji je zaokružio taj odgovor, bez obzira na to je li zaokružio i neki drugi odgovor. Rezultati pokazuju da većina logopeda ne koristi različite vrste hrane prilikom procjene. Rezultat koji bi bio u skladu s vanjskim standardima procjene, pokazivao bi da logoped tijekom procjene svakog pacijenta s teškoćama hranjenja i gutanja primjenjuje više različitih proba s hranom (McCollough i Martino, 2013). Samo na taj način dobivaju se potpune informacije o različitim razinama teškoća i područjima na kojima se one događaju.

Na isti su način sudionici odgovarali na pitanje o različitim probama gutanja s tekućinama. Ni ovdje rezultati ne pokazuju dovoljan broj različitih konzistencija tekućine u procjeni. Najveći broj logopeda koristi vodu i polutekućinu poput pudinga, dok ostale konzistencije gotovo uopće nisu zastupljene (slika 7). Ovakav način procjene rizičan je za precjenjivanje ili podcjenjivanje pacijentova stanja i sposobnosti za samostalno hranjenje i gutanje. Najveći broj aspiracija nastaje prilikom gutanja rijetkih tekućina, poput vode (Doggett i sur., 2001). Ako logoped procjenjuje samo pomoću proba s vodom, postoje dvije opasnosti – prva je aspiracija tekućine, a druga je podcjenjivanje njegovih stvarnih mogućnosti, ako su probe neuspješne. Ako su probe s tekućinom uspješne, moguće je i precjenjivanje sposobnosti gutanja jer postoje mnoga stanja koja priče uredan prijenos bolusa gušće ili složenije konzistencije. S druge strane, ako logoped procjenjuje samo pomoću proba nalik na puding, postoji mogućnost precjenjivanja njegovog stanja, zbog čega se riskira aspiracija tekućina i nemogućnost samostalnog hranjenja zbog otežanog žvakanja ili manipulacije bolusom čvrste hrane (McCollough i Martino,

2013).

Uz izravnu procjenu teškoća hranjenja i gutanja, postoji mogućnost prikupljanja podataka od pacijenta upitnikom za samoprocjenu. Većina logopeda u Hrvatskoj, njih 80 %, ne primjenjuje upitnike za samoprocjenu teškoća hranjenja i gutanja.

Novije studije naglašavaju veliku važnost nadopune tradicionalne procjene teškoća hranjenja i gutanja, tako da pacijent sam ispunjava upitnik za samoprocjenu. Tako se mogu dobiti podaci o različitim aspektima pacijentovih teškoća, posebice o teškoćama koje nisu vidljive i ne može ih procijeniti logoped. Domene koje se predlažu kao dijelovi testova za samoprocjenu su fizička, funkcionalna i emocionalna. Time se može dobiti potpunija slika o pacijentovim teškoćama, a način prikupljanja podataka je takav da se može ponoviti ili uspoređivati s očekivanim vrijednostima te dati podatke koji se mogu uspoređivati (Lauret i sur., 2012). Navedeni razlozi ukazuju na potrebu uvođenja upitnika samoprocjene, kao još jednog elementa u procjeni teškoća hranjenja i gutanja.



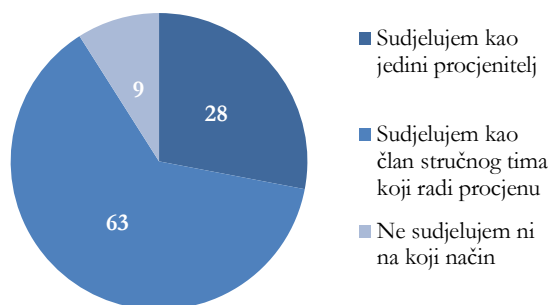
Slika 7. Tekućina koja se koristi pri procjeni teškoća hranjenja i gutanja (u %)

Logopedi kao dio stručnog tima

Kako bi se dobili podaci o suradnji logopeda s drugim stručnjacima u procjeni teškoća hranjenja i gutanja, sudionicima je postavljeno pitanje koje se tiče njihove uloge prilikom procjene teškoća hranjenja i gutanja, a njihovi odgovori prikazani su na slici 8.

Najveći udio sudionika opisao je svoju ulogu u procjeni teškoća hranjenja i gutanja kao dio stručnog tima (63 %). To znači da logoped svojom procjenom utječe na krajnju odluku o nalazu, daljem postupku, terapiji, praćenju, ponovnim procjenama i odluci o završetku terapije kod pacijenta koji ima teškoće hranjenja i gutanja. U većem broju stranih zemalja logoped koji radi s disfagijama dio je stručnog tima, ravnopravno sudjeluje u dijagnostičkom procesu i donošenju odluka. Stručni tim se formira ovisno o potrebama pacijenta, a logoped je često i na čelu takvog tima. Takav pristup je i u Hrvatskoj, iako logoped nema uvijek dovoljan utjecaj na konačnu odluku o pacijentu koji ima teškoće hranjenja i gutanja. U krajnjem interesu pacijenta je donošenje dobre odluke, zbog toga je potrebno afirmirati status logopeda u području poremećaja hranjenja i

gutanja i postići veći utjecaj na konačne odluke stručnog tima u kojem on sudjeluje.



Slika 8. Uloga logopeda u procjeni teškoća hranjenja i gutanja (u %)

Vidljivo je da dio logopeda u Hrvatskoj djeluje kao jedini procjenitelj (28 %) teškoća hranjenja i gutanja, što je suprotno preporukama iz strane literature, gdje se naglašava da je uloga logopeda biti dio stručnog tima, a ne jedini procjenitelj, koji donosi odluku o nalazu i daljoj terapiji (Kennedy, 1992). Jednako tako, odluke koje se donose o pacijentu s teškoćama hranjenja i gutanja, ne mogu se donositi bez sudjelovanja logopeda u procjeni. Bilo da je logoped koordinator stručnog tima ili samo jedan od procjenitelja, njegova specifična znanja na području svih struktura i procesa uključenih u hranjenje i gutanje nadopuna su znanjima drugih stručnjaka.

Stručni tim može djelovati na različite načine, a jedan je da njegovi članovi budu istodobno prisutni prilikom provođenja svih komponenti procjene. Kako bi se dobile informacije o takvom načinu rada, sudionici su odgovorili na pitanje – je li medicinsko osoblje prisutno prilikom provođenja logopedске procjene pacijenata s teškoćama hranjenja i gutanja. Većina logopeda obavlja procjenu bez sudjelovanja, odnosno prisutnosti drugog medicinskog osoblja (79 %). Takav pristup podrazumijeva da svaki član stručnog tima odvojeno obavlja procjenu, zatim njegov nalaz mogu pročitati drugi članovi tima i na osnovi toga i vlastite procjene, donijeti svoju odluku. Dakle, radi se o procjeni i planiranju rezultata samo unutar discipline. Ako se radi s probama, tada postoji i potencijalni rizik postupka procjene. Prisutnost medicinskog osoblja prilikom same procjene značajno bi povećala sigurnost, odnosno umanjila rizik negativnih posljedica aspiracije (Eisenhuber i sur., 2002).

Još jedan način djelovanja stručnog tima je upućivanje na procjenu drugim stručnjacima. Budući da članovi stručnog tima nisu kompetentni za obavljanje svih vrsta procjena, ponekad je nužno uputiti osobu drugom stručnjaku, kako bi se dobile detaljnije informacije o teškoćama koje osoba ima.

Rezultati ankete pokazali su da većina ispitanih logopeda (79 %) upućuje pacijente na instrumentalnu procjenu, dok tek manji broj (21 %) to ne čini. Takav rezultat odražava svjesnost većine logopeda da njihova procjena nije dovoljna za utvrđivanje krajnjeg nalaza i donošenje odluka – jer u Hrvatskoj logopedi ne rade instrumentalne procjene i ne mogu doći do svih podataka o procesu gutanja. U nekim državama logopedi su ovlaštteni za provođenje

instrumentalnih procjena, time se smanjuje broj upućivanja drugim stručnjacima, ali se odluke ipak donose timski. Primjer takve prakse su Sjedinjene Američke Države (ASHA, 2000), Ujedinjeno Kraljevstvo (Enderby, Pickstone, John, Cantrell, Papaioannou, 2005) i Irska (Pettigrew i O'Toole, 2007).

Osim osnovnih informacija o radu logopeda u području poremećaja hranjenja i gutanja, zanimalo nas je njihovo mišljenje o stupnju prihvaćenosti logopedске struke u odnosu na ostale struke. Zabrinjavajuće velik broj logopeda (48 %) ne smatra se cijenjenima u području teškoća hranjenja i gutanja. A cijenjenost na radnome mjestu drugi je najvažniji faktor koji utječe na zadovoljstvo radom, a posljedično i na kvalitetu rada (Ester, 2008).

U Hrvatskoj je područje logopedskog rada s teškoćama hranjenja i gutanja relativno mlado, zato se cijenjenost domaćih stručnjaka logopeda ne može uspoređivati sa zemljama s dužom tradicijom u ovom području. Dok je u Ujedinjenom Kraljevstvu upravo logoped koordinator stručnog tima i vodi glavnu riječ u području procjene, tretmana i praćenja pacijenata s disfagijom (Enderby i sur., 2005), u Hrvatskoj se logopedi još bore za prihvaćenost njihova stručnog mišljenja. Sličan primjer je Malezija, gdje logopedi pokazuju manje samopouzdanje u svojem radu i osjećaju se nedovoljno kompetentnima za rad, što je posljedica relativno kratke prisutnosti logopeda u tom području i nedavnog uvođenja sustavne edukacije za logopede koji rade na tom području (Kamal i sur., 2012). Međutim, takvu situaciju potrebno je mijenjati dodatnim edukacijama i ravnopravnijim uključivanjem logopeda u stručni tim za procjenu teškoća hranjenja i gutanja.

ZAKLJUČAK

Rezultati ankete pokazuju da su teškoće hranjenja i gutanja u djelo krugu rada 73 % logopeda, koji rade u zdravstvenim ustanovama različitog tipa. Najveći broj njih provodi dijagnostiku i rehabilitaciju navedenih teškoća. Taj rezultat je zadovoljavajući ako se uzme u obzir povijesni kontekst razvoja ovog područja u hrvatskim okvirima. Prema kriteriju starosne dobi klijenata, 47 % logopeda pruža usluge odraslima, a 31 % obuhvaća samo dječju dob. S obzirom na uzlazni trend broja slučajeva s teškoćama hranjenja i gutanja, u globalnim razmjerima, potreba za profilima logopeda koji bi pokrivali spomenuto područje bit će sve veća. U skladu sa situacijom u svijetu, uočava se da sve veći broj logopeda koji rade u odgojno-obrazovnim ustanovama svoju praksu proširuju na područje disfagija. Jedan od faktora koji tome pridonose je veća stopa preživljavanja djece s neurorazvojnim poremećajima (Lefton-Greif i Arvedson, 2008; O'Donoghue i Dean-Claytor, 2008). S druge strane, zakonske inicijative i propisi naglašavaju da sve osobe s invaliditetom imaju pravo na individualizirani obrazovni program prilagođen njihovim specifičnim potrebama. Prema tome, sve se veći broj djece s invaliditetom, kod kojih su prisutne i teškoće hranjenja i gutanja, uključuje u različite odgojno-obrazovne programe, što pretpostavlja spremnost logopeda u pružanju sluga (savjetovanje, procjena, terapija) u ovom specifičnom području. Rezultati ove ankete upućuju i na potrebu razvijanja dijagnostičkog instrumentarija i izradu standarda i

protokola procjene teškoća hranjenja i gutanja.

Unatoč činjenici što se broj istraživanja vezanih uz područje hranjenja i gutanja dramatično povećao u zadnjih 10 godina, još postoje velike potrebe za dodatnim istraživanjima na tom području. ASHA (2002) navodi da su potrebna detaljnija istraživanja, koja se specifično dotiču područja fiziologije gutanja, komplikacija nakon teškoća hranjenja i gutanja, efikasnosti tretmana teškoća hranjenja i gutanja te procjene teškoća hranjenja i gutanja s naglaskom na dječju dob.

LITERATURA

- 1) Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1999). *Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute care stroke patients*. [Evidence Report/Technology Assessment, No. 8, 1-6.
- 2) American Speech-Language-Hearing Association. (2002): *Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders*. ASHA Supplement 22, 73–79.
- 3) Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 118–127.
- 4) Bhattacharyya, N. (2014). The prevalence of dysphagia among adults in the United States. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 151, 765–769.
- 5) Cabré, M., Serra-Prat, M., Force, L., Almirall, J., Palomera, E. i Clavé, P. (2014). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: Observational prospective study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 69, 330–337.
- 6) CASLPO (2007). *Practice Standards and Guidelines for Dysphagia Intervention by Speech-Language Pathologist*. Toronto. http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG_EN_Dysphagia.pdf
- 7) Cohen, A. K. (2009). Creating a Swallow Screening Program at MassGeneral Hospital: a model for development and implementation. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 18(4), 123–128. doi:10.1044/sas18.4.123
- 8) Doggett, D. L., Tappe, K. A., Mitchell, M. D., Chapell, R., Coates, V. i Turkelson, C. M. (2001). Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: An evidence-based comprehensive analysis of the literature. *Dysphagia*, 16, 279–295.
- 9) DePippo, K. L., Holas, M. A i Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of neurology*, 49(12), 1259–1261.
- 10) Eisenhuber, E., Schima, W., Schober, E., Pokieser, P., Stadler, A., Scharitzer, M. i Oschatz, E. (2002). Videofluoroscopic Assessment of Patients with Dysphagia: Pharyngeal Retention Is a Predictive Factor for Aspiration. *American Journal of Roentgenology*, 178 (2), 393–398.
- 11) Enderby, P., Pickstone, C., John, A., Cantrell, A. i Papaioannou, D. (2005). *Resource Manual for Commissioning and Planning Services for SLCN*. Royal College for Speech & Language Therapists. https://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy
- 12) Erlichman, M. (1991). Public Health Service Assessment: The Role of Speech-Language Pathologists in the Management of Dysphagia. *National Student Speech Language Hearing Association Journal*, 18, 103–110.
- 13) Ester, J. L. (2008). *Factors Contributing to Nurses' Dissatisfaction with Recognition Initiatives*. School of Nursing and Health Professionals, Northern Kentucky University. <http://books.google.hr/books?id=6MSqmw1x6jwC&prints=ec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- 14) Groher, M. E. (1984). *Dysphagia: Diagnosis and Management*. Boston: Butterworth.
- 15) Hardy, T. (1999). *Bedside Evaluation of Dysphagia: B.E.D.*, Revised. Imaginart International.
- 16) Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D. i Tonn, S. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, 36(9), 1972–1976.
- 17) Jacobson, B. H. (ur): *Medical Speech-Language Pathology. A practitioner's guide*. New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 131–148.
- 18) Kamal, R. M., Ward, E. i Cornwell, P., (2012). Dysphagia training for speech-language pathologists: implications for clinical practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(6), 569–576.
- 19) Kennedy, G. D. (1992). The role of the speech and language therapist in the assessment and management of dysphagia in neurologically impaired patients. *Journal of Postgraduate Medicine*, 68, 545–548.
- 20) Lauret, C. D., Garnier, P. L., Borel, S., Tessier, C., Sauvignet, A. i Crevier-Buchman, L. (2012). Understanding the use of self-evaluation questionnaires when assessing a patient's swallowing capacity and performing follow-up activities. *Revue de laryngologie – otologie – rhinologie*, 133(1), 19–26.
- 21) Lefton-Greif, M. (2008). Pediatric dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19, 837–851.
- 22) Lefton-Greif, M. A. i Arvedson, J. C. (Guest Eds.). (2008). Pediatric dysphagia: The 10th Anniversary Issue, *Seminars in Speech and Language*, 28(3).
- 23) Lindgren, S. i Janzon, L. (1991). Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50–79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia*, 6, 187–192.
- 24) Logemann, J. A. (1993). *Manual for the videofluorographic study of swallowing* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- 25) Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders* (rev.ed), Austin, TX, PROED and St. Tammany Parish Schools Dysphagia Team.
- 26) Logemann, J. A. (2007). *Dysphagia: Basic Assessment and Management*. U: Johnson, A.F., Jacobson, B. H. (ur): *Medical Speech-Language Pathology. A practitioner's guide*. New York: Thieme Medical Publishers, Inc. 131–148.
- 27) McCollough, G. H. i Martino, R. (2013). Clinical Evaluation of Patients with Dysphagia: Importance of History Taking and Physical Exam. U: Shaker, R., Easterling, C., Belafsky, P. C. i Postma, G.N. (ur.): *Manual of Diagnostic and Therapeutic Techniques for Disorders of Deglutition*. New York: Springer. 11–33.
- 28) Marik, P. E., Kaplan, D. (2003). Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *CHEST Journal*, 124(1), 328–336.
- 29) Miller, R. M. i Groher, M. E. (1993). Speech-language pathology and dysphagia: a brief historical perspective.

Dysphagia, 8, 180–184.

30) O'Donoghue, C. R. i Dean-Claytor, A. (2008). Training and self-reported confidence for dysphagia management among speech-language pathologists in the schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 192-198.

31) Pace, C. C. i McCullough, G. H. (2010). The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. *Dysphagia*, 25(4), 307–22.

32) Pettigrew, C. M. i O'Toole, C. (2007). Dysphagia Evaluation Practices of Speech and Language Therapists in Ireland: Clinical Assessment and Instrumental Examination Decision-Making. *Dysphagia*, 22, 235–244.

33) Poljaković, Z., Vodanović, D., Vranešić Bender, D., Ljubas Kelečić, D., Starčević, K., Kolundžić, Z., Bedeković Roje, M., Mišir, M., Habus, S. i Krznarić, Ž. (2017). Smjernice za rano prepoznavanje, dijagnostiku i terapiju neurogene orofaringealne disfagije. *Liječnički Vjesnik*, 39, 118–135.

34) Silbergleit, A. K. i Basha, M. A. (2007). Speech-Language Pathology in the Intensive Care Unit. U: Johnson, A. F. i Jacobson, B. H. (ur): *Medical Speech-Language Pathology. A practitioner's guide*. New York: Thieme Medical Publishers, Inc. 260–284.

35) Steele, C. M., Allen C., Barker J., Buen P., French R. I Fedorak, A. (2007). Dysphagia service delivery by speech-language pathologists in Canada: Results of National Survey. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(4), 166–177.

36) Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. i Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287–298.

37) Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (2007). *NN 6/2007*.