



Význam hydratace v péči o geriatrické klienty

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Ilona Kozová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Pelcová





The importance of hydration in taking care of the geriatric clients

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Ilona Kozová**
Supervisor: Mgr. Alena Pelcová



Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Kozová**
Osobní číslo: **Z13000023**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Význam hydratace v péči o geriatrické klienty**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester o nutnosti správné hydratace při léčbě geriatrických klientů
2. Zjistit, zda v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace klientů jsou efektivní
3. Zjistit, jak všeobecné sestry provádí edukaci klientů o pitném režimu.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Geriatrickí klienti jsou více ohroženi rizikem hydratace, ať už kvůli jejich snížené soběstačnosti či z jiné příčiny.

Mnohdy jsou poruchy hydratace příčinou vážných zdravotních problémů a bohužel, ne vždy včas odhaleny a z toho důvodu adekvátním způsobem řešeny.

Výstupem z práce by měla být revize ošetrovatelské dokumentace s rozšířením příjmového screeningu o položky týkající se hydratace a dodržování pitného režimu.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že o problematice týkající se hydratace bude informováno 75% všeobecných sester.
2. Předpokládáme, že v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace nedokážou eliminovat riziko dehydratace.
3. Předpokládáme, že 75% všeobecných sester poskytuje neúplné informace klientům o pitném režimu.

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Výzkumné otázky budou upřesněny na základě pilotní studie.

Výzkum bude proveden metodou dotazníku v tištěné/elektronické podobě.

Data budou analyticky zpracována a vyhodnocena.

Výstup Revize ošetrovatelské dokumentace a rozšíření příjmového screeningu o položky týkající se hydratace a dodržování pitného režimu.

Místo a čas realizace výzkumu:

Krajská nemocnice Liberec, a.s., jaro 2016, oddělení všeobecné interny, oddělení následné péče.

Vzorek:

Bude osloveno 50 všeobecných sester Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. MOUREK JINDŘICH, Fyziologie 2. Vyd., Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
2. BYDŽOVSKÝ JAN, Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů 1. Vyd., Praha: Triton 2010, ISBN 978-80-7387-352-3.
3. VOKURKA MARTIN A KOL., Patofyziologie pro nelékařské směry 3. Vyd.. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2039-9.
4. MAREK JOSEF A KOL., Farmakoterapie vnitřních nemocí 4. zcela přepracované vydání 2010, Praha Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2639-7.
5. KUTNOHORSKÁ JANA, Výzkum v ošetrovatelství 1. Vyd. 2009 Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-273-4.
6. KOLEKTIV AUTORŮ, Základy ošetrování nemocných 1.vyd. Praha: Karolinum 2005. ISBN 80-246-0845-6
7. NANDA INTERNACIONAL ,Ošetrovatelské diagnózy 1. Vyd. 2013, Praha: Grada Publishing, ISBN 978-50-247-4328-8
8. FULMER T., WALLACE, Fulmer M. SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. In Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults (online),2014, 1 (cit. 2014-11-01).
Dostupné z WWW :
<http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try-this-1.pdf>.
9. MOUREK JAN, Fyziologie, 2.vyd., Praha Grada Publishing, ISBN 80-247-1190-7
10. GURKOVÁ ELENA, Hodnocení kvality života 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2011, ISBN 978-80-247-3625-9
11. Medixa.org Dehydratace (online). Dostupné z WWW: <http://cs.medixa.org/příznaky/dehydratace>.
12. Aktivita pro zdraví, Dehydratace, (online). Dostupné z WWW: <http://www.aktivitaprozdravi.cz/zdravotni-problemy/vylucovani-z-tela/dehydratace>.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Alena Pelcová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

29. května 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2016

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 13. listopadu 2015



Studentka
Ilona KOZOVÁ
Z13000023
Nám. TGM 51
463 42 HODKOVICE NAD MOHELKOU

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

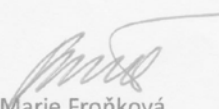
V Liberci dne 24. května 2016
č.j.: 16/8515/019032-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 18. 5. 2016, zaevidované pod č.j.: 16/8515/019032-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Význam hydratace v péči o geriatrické klienty“ a prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2017.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

d.5. 17

Podpis:

/02009

Poděkování

Poděkování patří zejména paní Mgr. Aleně Pelcové za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji především za cenné rady, připomínky, ochotu a poskytnutý čas. Dále mé poděkování patří rodině a přátelům, kteří mě podporovali během celého studia.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora:	Ilona Kozová
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Název práce:	Význam hydratace v péči o geriatrické klienty
Vedoucí práce:	Mgr. Alena Pelcová
Počet stran:	58
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2017

Souhrn:

Správná hydratace je velmi důležitá proto, aby organismus správně fungoval. Odhalit včas první příznaky dehydratace je velmi důležité hlavně u geriatrických klientů, kteří jsou vznikem dehydratace významně ohroženi.

Úloha všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o pacienty s dehydratací je nezbytná. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá anatomií, patofyziologií a ošetrovatelským procesem o pacienty s dehydratací.

Výzkumná část se zabývá informovaností sester v péči o geriatrické klienty trpící dehydratací.

Klíčová slova: hydratace, geriatrický pacient, edukace, všeobecná sestra, ošetrovatelský proces

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Ilona Kozová

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: The importance of hydration in taking care of the geriatric clients

Supervisor: Mgr. Alena Pelcová

Pages: 58

Attachments: 7

Year: 2017

Summary:

Proper hydration is very important to enable the organism function properly. Discovering the first symptoms of dehydration is very important especially with geriatric patients, who are in significant danger of dehydration.

The nurse's role in nursing care of patients is essential. The bachelor thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with anatomy, pathophysiology and nursing care for dehydrated patients.

Research part deals with awareness of nurses caring for geriatric clients suffering with dehydration.

Keywords: hydration, geriatric patient, education, general nurse, nursing process

Obsah

Seznam zkratek	14
1 Úvod	15
2 Teoretická část	16
2.1 Anatomie ledvin a vývodných cest močových	16
2.2 Regulace objemové a osmotické rovnováhy	17
2.3 Patofyziologie poruchy objemu a osmolarity	18
2.4 Postupy zaměřené na hodnocení stavu hydratace	19
2.5 Potřeba hydratace ve stáří	20
2.6 Ošetrovatelský proces u pacienta s dehydratací	21
2.7 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II u pacientů s dehydratací	25
2.8 Použití ošetrovatelských modelů v péči o pacienty s poruchou hydratace	26
3 Výzkumná část	27
3.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady	27
3.2 Metodika výzkumu	27
3.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku	28
3.3 Analýza výzkumných dat	29
4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů	48
4.1 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 1	48
4.2 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 2	48
4.3 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 3	49

5	Diskuze	51
6	Návrh doporučení pro praxi.....	54
7	Závěr.....	55
8	Seznam použité literatury	56
9	Seznam příloh.....	58

Seznam zkratek

ADH	antidiuretický hormon
ASTRUP	acidobazická rovnováha
BMI	body mass index
Cl	chloridy
CTV	celková tělesná voda
ECT	extracelulární tekutina
GIT	gastrointestinální trakt
ICT	intracelulární tekutina
K	kalium
KNL	Krajská nemocnice Liberec
Mg	magnesium
Na	natrium
P	fosfor
pH	potenciál vodíku
SZŠ	Střední zdravotnická škola

1 Úvod

Hydratace znamená stav zavodnění organismu, popisuje bilanci tekutin v organismu. Voda je zcela nezbytná proto, aby organismus fungoval. Všechny děje v lidském těle vlastně probíhají ve vodném prostředí. Co se týče geriatrických pacientů, je správná hydratace velmi důležitá. Geriatrickí pacienti jsou velmi často polymorbidní, dále jsou jim podávána často diuretika, nebo jejich příjem tekutin je omezený z důvodu onemocnění ledvin. Je nutné si také uvědomit, že senioři poměrně často nemají pocit žízně, proto nedodržují správný pitný režim a dost často se u nich projevují známky dehydratace. Příčiny dehydratace jsou často věkem podmíněné, iatrogenní, nebo psychologické. Proto je velmi důležité již u příjmu pacienta zjistit jeho návyky o pitném režimu, eventuálně odhalit známky dehydratace.

Velmi důležitá je i prevence dehydratace, tedy dbát na dostatečnou hydrataci pacienta, ale také správně edukovat rodinu, aby se předešlo zbytečným hospitalizacím či zhoršení chronických onemocnění pacienta. Bohužel se na správnou hydrataci zapomíná někdy i v sociálních zařízeních. Je nutné si uvědomit, že správná hydratace pacienta, hlavně geriatrického, významně ovlivňuje celkový jeho komfort a léčbu chronických onemocnění (Jurášková 2013).

Téma k bakalářské práci bylo vybráno z důvodu dlouhodobé spolupráce a ošetrovatelské péče o tyto pacienty. V teoretické části bakalářské práce se popisuje nejprve anatomie a činnost ledvin, které jsou pro správnou hydrataci organismu velmi důležité. Dále je zde zmíněna i patofyziologie hydratace, tzn. různé druhy dehydratace, jejichž diagnostika je důležitá hlavně pro následnou ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Výzkumná část bakalářské práce se opírá o znalosti a vědomosti všeobecných sester o základních příznacích dehydratace, dále znalosti o pitném režimu a správné edukaci pacientů o pitném režimu. Výstupem z bakalářské práce je návrh revize ošetrovatelské dokumentace s rozšířením příjmového screeningu o položky týkající se hydratace a dodržování pitného režimu.

2 Teoretická část

V teoretické části bakalářské práce je popisována správná funkce ledvin a vývodných cest močových. Nezbytnou součástí teoretické části je i patofyziologie, která se týká dehydratace a hyperhydratace organismu a zejména ošetrovatelské péče o pacienty s poruchami hydratace.

2.1 Anatomie ledvin a vývodných cest močových

Pro zajištění správné hydratace organismu hrají velmi důležitou roli ledviny a jejich správná funkce. Ledvina (ren, nefros) je párová žláza, která má typický fazolovitý tvar. Je uložena v retroperitoneálním prostoru po obou stranách bederní páteře. Ledviny jsou poměrně křehký orgán, proto jsou obaleny tukovým polštářem, který tvoří mechanickou ochranu. Velikost ledvin je průměrně 12×16×3 cm (Hudák a Kachlík 2013).

Ledviny jsou vylučovací orgán, který odstraňuje škodlivé látky (katabolity), ale i přebytky látek, které jsou tělu potřebné (ionty, voda). Podle vnitřního uspořádání rozlišujeme na průřezu ledvinou kůru a dřeň. Kůra je izoosmotická, ve dřeni směrem k papile osmolarita stoupá, je hyperosmotická. Základní a funkční jednotkou ledvin je nefron. Nefron se skládá z glomerulu, proximálního tubulu, Henleyovy kličky, distálního tubulu a sběracího kanálku. Glomerulus je klubíčko kapilár, ve kterém se realizuje první a základní stupeň vylučovací funkce ledvin tzv. glomerulární filtrace. Vzniká glomerulární filtrát, který je nepropustný pro bílkoviny. V proximálním tubulu dochází k vstřebání 75 % glomerulárního filtrátu bez hormonální kontroly. V Henleyově kličce dochází k resorpci asi 15 % glomerulárního filtrátu a vytváří se hypertonické prostředí. V distálním tubulu dochází k resorpci glomerulárního filtrátu již pod hormonální kontrolou aldosteronu a antidiuretického hormonu a to dle potřeb organismu. Ve sběracím kanálku dochází k definitivní úpravě moče, které je asi 1,5 litru za den. Těmito pochody se ledviny podílí na udržení extracelulární tekutiny (dále jen ECT) a jejího pH. Rozdělení tekutin v lidském těle je velmi důležité a významné a pro homeostázu rozhodující (Mourek 2012).

„Podíl vody na tělesné hmotnosti u dospělého muže vážícího 70 kg je 60 %, tj. 42 litrů. Nazývá se **celková tělesná voda (CTV)**. Tato voda se dále rozděluje na tekutinu v buňkách, tj. **intracelulární (ICT)**, která zaujímá 40 % tělesné hmotnosti, tj. 28 litrů, a na tekutinu mimo buňky, tj. **extracelulární (ECT)** s 20 % tělesné hmotnosti, tj. 14 litrů.“ (Mourek 2012, str. 107).

Extracelulární tekutina se ještě rozděluje na krevní plazmu (intravaskulární tekutina) a tkáňový mok, což je tekutina extravaskulární. Dále existuje ještě tekutina transcelulární. Tato tekutina vzniká na podkladě sekreční a transportní aktivity buněk. Patří sem žaludeční a střevní šťáva, moč, žluč, sliny, synoviální tekutina v kloubech a mozkomíšní mok. Ženy mají podíl vody na tělesné hmotnosti o něco menší než muži (asi o 10 %).

„Tělní tekutiny obsahují: 1. nízkomolekulární organické látky (močovina, glukóza, aminokyseliny), 2. vysokomolekulární organické látky (bílkoviny) s tzv. onkotickým tlakem (viz dále), 3. anorganické látky (elektrolyty) mající největší podíl na osmotické hodnotě tělních tekutin (Na, Cl, K, Ca, Mg, P). Hlavním kationtem extracelulárních tekutin je sodík a draslík je kationtem intracelulárního prostředí.“ (Mourek 2012, str. 108)

2.2 Regulace objemové a osmotické rovnováhy

Osmolarita je množství osmoticky aktivních látek v 1 litru roztoku. Osmolarita v organismu je udržována v rozmezí 275–295 mmol/l. Objem a osmolaritu je možno ovlivnit prostřednictvím trávicího systému (příjmem vody), ledvin (hlavní regulační orgán řízení objemu a osmolarity) a cirkulačního systému. Řídícím signálem pro gastrointestinální trakt (dále jen GIT) je pocit žízně. Činnost ledvin je ovlivňována pomocí tří hormonálních regulačních smyček a to, antidiuretickým hormonem (dále jen ADH), systémem renin-angiotenzin-aldosteron a arteriálním natriuretickým faktorem (dále jen ANF); (Navrátil 2008).

Regulační smyčka ADH - ADH je vytvořený v hypotalamu a pomocí axonů transportován do neurohypofýzy, kde je skladován a odkud je uvolňován. Stimulací pro jeho vyplavení je vzestup osmolarity. Sekrece ADH je tlumena hypervolémií a hyperosmolaritou. ADH působí v distálním tubulu a sběrném kanálku ledvin. Účinek ADH je rychlý, zhruba 10–20 minut (Vokurka 2014).

Regulační smyčka renin-angiotenzin-aldosteron má význam zejména pro regulaci objemu. Renin je enzym produkovaný juxtaglomerulárním aparátem ledviny. Renin působí na angiotenzinogen, který vytváří angiotenzin II, který má vazokonstrikční vlastnosti. (Mourek 2012). Ke zvýšené sekreci reninu vede snížení objemu cirkulující krve, které se projeví snížením perfuze ledvin. Nejvýznamnějším účinkem angiotenzinu je stimulace výdeje aldosteronu. Aldosteron působí na buňky

distálního tubulu a sběrných kanálků. Zvyšuje v nich resorpci sodíku a vody a dochází ke zvýšené sekreci draslíku (Navrátil 2008).

Vliv ANF v cévním systému vyvolává vazodilataci, v endokrinním systému blokuje sekreci ADH, reninu a aldosteronu. V ledvinách má vliv na zvýšené vylučování sodíku (Vokurka 2014).

2.3 Patofyziologie poruchy objemu a osmolarity

Poruchy objemu a osmolarity jsou velmi úzce spojeny. Rozlišujeme stavy hypovolemické a hypervolemické. Hlavní příčinou **hypovolemických stavů** je negativní bilance vody. Většinou bývá spojena s negativní bilancí sodíku. Jako následek negativní bilance tekutin vzniká dehydratace, tzn., že ztráty tekutin z organismu převažují nad jejich příjmem (Veselý 2011). Pro léčbu a ošetrovatelskou péči je důležité rozdělení dehydratací.

Izoosmolární dehydratace (izotonická) – její příčinou je ztráta izoosmolární tekutiny, což je například ztráta krve či plazmy pooperačním drénem nebo po punkci ascitu. Nedochází k posunům v osmolaritě. Mezi příznaky patří, tachykardie, vazokonstrikce, žízeň, snížený turgor, cefalea, zácpa (Šafránková a Nejedlá 2006). Základem léčby je hrazení tekutin i. v. a podávání nejčastěji fyziologického roztoku. Neméně důležité je i podávání tekutin perorálně a to dle ordinace lékaře (Vokurka 2014).

Hyperosmolární dehydratace (hypertonická) je způsobena většími ztrátami vody než solutů. Patří sem zvracení, průjemy, velké pocení, či omezení příjmu vody. Ohroženi jsou zejména staří lidé, kojenci a pacienti v bezvědomí. Reakcí na větší ztrátu vody než solutů je následný přesun vody z buněk. Příznaky jsou pocit žízně, suché sliznice, oschlý jazyk, snížený kožní turgor, u geriatrických pacientů může dojít k dezorientaci, stavům zmatenosti až ke kolapsu. U tohoto typu dehydratace podáváme (pokud to lze perorálně) čaje, slabé šťávy a minerálky. Z infuzních roztoků je vhodný roztok 5% glukózy i. v. Vždy se řídíme výsledky mineralogramu a ordinací lékaře (Vokurka 2014).

Hypoosmolární dehydratace (hypotonická) – zde jsou příčinou vzniku větší ztráty solutů než vody. Vzniká například v polyurické fázi akutního ledvinového selhání, nebo při předávkování diuretiky. Dochází zejména ke zvýšeným ztrátám natria (Vokurka 2014). Mezi základní příznaky hypoosmolární dehydratace patří neklid, zmatenost, nauzea, apatie, somnolence. Mohou se objevit i křeče (Veselý 2011).

Základem léčby hypotonické dehydratace je hrazení natria. Intravenózní hrazení natria je nutné aplikovat pomalu, aby nedošlo hlavně u geriatrických pacientů ke kardiovaskulárním komplikacím, či edému mozku (Vokurka 2014, Veselý 2011).

Mezi patofyziologii hydratace patří i hypervolemické stavy, neboli hyperhydratace. I zde je velmi důležité z ošetrovatelského hlediska včas odhalit příznaky a sestavit odpovídající plán ošetrovatelské péče.

U **hypervolemických stavů** dochází k retenci vody v organismu. Příčiny jsou v podstatě dvě. První z nich je přesun tekutiny z intersticia, což je vnímáno jako snížený objem cirkulující krve. Dochází ke stimulaci sympatiku a systému renin-angiotenzin-aldosteron a nadále k resorpci sodíku a vody v ledvinách. Mezi patologické stavy, které tento proces vyvolávají, patří městnavé srdeční selhání, cirhóza jaterní, nefrotický syndrom. Dalším mechanismem, který vede ke vzniku hyperhydratace, může být primární onemocnění ledvin, nebo patologicky zvýšená hladina faktorů, které regulují vylučování sodíku a vody v ledvinách, tedy reninu a aldosteronu (Vokurka 2014). I hyperhydrataci můžeme dělit.

Izoosmolární hyperhydratace je zapříčiněna retencí izoosmolární tekutiny. Nejčastěji je to z důvodu předávkování intravenózními infuzemi či z důvodu poruchy funkce ledvin. Mezi hlavní příznaky patří otoky dolních končetin, ascites a může dojít až k plicnímu edému. Pokud je příčinou selhání ledvin, může být příznakem oligurie až anurie.

Hyperosmolární hyperhydratace je způsobena větší retencí vody než solutů, nejčastěji z důvodů předávkování hyperosmolární infuzí, nebo z důvodu primárního nadbytku mineralokortikoidů. Z příznaků převažují otoky, ascites, nevolnost, zvracení.

U **hypoosmolární hyperhydratace** je příčinou zadržování více vody než solutů, která je nejčastěji způsobena poruchou funkce ledvin, nebo nepřiměřenou tvorbou ADH. Mezi nejčastější příznaky patří bolesti hlavy, hypertenze, otoky, zvracení (Vokurka 2014).

Terapie těchto stavů se opírá hlavně o zjištění příčiny hyperhydratace a následně je navržena terapie například diuretiky či omezením příjmu tekutin a infuzní terapie (Navrátil 2008).

2.4 Postupy zaměřené na hodnocení stavu hydratace

Zásadní je anamnéza, kdy je nutné zjistit přítomnost chronického onemocnění (ledviny, srdce). Významná je i psychiatrická anamnéza, případné příznaky demence

či změny ve smyslovém vnímání. Je zhodnocen stav nutrice. Důležitá je farmakologická anamnéza, hodnocení komorbidit, opakované infekce, předchozí hospitalizace a její příčiny. Nutné je zjistit preferované typy tekutin, eventuální omezení příjmu tekutin z důvodu chronické renální insuficience.

U pacienta je nutné zhodnotit fyziologické funkce, jako je krevní tlak, puls, tělesná teplota, BMI (Body mas index), stav kůže, sliznic, přítomnost otoků, barva moči. Z laboratorních vyšetření je důležitá hladina sodíku a draslíku v krvi, hladina urey a kreatininu, osmolalita krve a moči, vyšetření moči (chemické, sediment), pH moči a pH krve.

Při sledování příjmu a výdeje tekutin je důležité zaměřit se na přesné zhodnocení množství přijímaných i vyloučených tekutin, v akutním stavu pacienta sledujeme příjem a výdej tekutin pacienta i po 6 hodinách, řídíme se ordinací lékaře. Velmi důležitá je identifikace rizikových faktorů a přítomnost příznaků zhoršujících dehydrataci, jako je zvracení, průjem, horečka (Šafránková, Nejedlá 2006).

2.5 Potřeba hydratace ve stáří

Dehydratace je velmi závažný problém, který komplikuje většinu onemocnění, kterými trpí gerontologičtí i ostatní pacienti. Je velmi důležité příznaky dehydratace či hyperhydratace včas rozpoznat, nahlásit lékaři a okamžitě zahájit léčbu. Téma bakalářské práce je zaměřeno na význam hydratace v péči o geriatrické klienty.

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá vědní obor gerontologie. Zkoumá život starých lidí a stárnutí z mnoha pohledů. Gerontologie se dělí zpravidla na tři disciplíny a to teoretická, sociální a klinická (Kalvach 2008). Dle WHO dělíme seniory do tří kategorií: 1. 60–74 let rané stáří 2. 75–89 let, vlastní stáří, 3. 90 let a více dlouhověkost (Langmajer, Krejčířová 2007).

Stárnutím se vlastně rozumí souhrn změn ve funkcích a struktuře organismu, které způsobují jeho pokles schopností, výkonnosti, zvýšenou zranitelností. Velmi nápadné jsou biologické aspekty stárnutí, jako špatné hojení ran, zvýšená náchylnost k infekcím, degenerativní změny. Zhoršuje se smyslové vnímání, paměť, klesá inteligence, afektivní prožívání a citové vztahy. I potřeby seniorů jsou odlišné od mladších jedinců (Langmajer, Krejčířová 2007).

Potřeba hydratace patří dle Maslowovy pyramidy potřeb mezi fyziologické, neboli primární potřeby lidského těla. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, tak jsou dominantní a žádné další potřeby člověka nemotivují. Potřeba je vlastně projevem

chybění, nějakého nedostatku či nadbytku a odstranění tohoto jevu je žádoucí. V průběhu života se potřeby člověka mění, jiné jsou v mladším věku, jiné u seniorů.

Při uspokojování potřeb v ošetrovatelském procesu je nutný holistický přístup, tzn. chápat člověka jako bio-psycho-sociální osobnost. Hydratace patří mezi primární potřeby a je vlastně nezbytným předpokladem k zachování biologické homeostázy organismu (Trachtová 2013).

Dalším důležitým aspektem v uspokojování potřeb, hlavně hydratace, je soběstačnost. Soběstačností rozumíme schopnost žít normálně a v běžném prostředí se vyrovnat s nástrahami života bez pomoci druhých. Poruchy soběstačnosti vznikají většinou v důsledku velmi závažných a komplexních stavů a postižení. Porucha soběstačnosti může nastat například vlivem úrazu či z důvodu různých onemocnění. Dalším velmi důležitým aspektem v uspokojování potřeby hydratace jsou smyslové funkce a mobilita. Mobilita je výrazem činností nervového a muskuloskeletárního systému. Co se týče smyslových funkcí je potřeba věnovat pozornost poruchám zraku a sluchu (Holmerová 2014).

2.6 Ošetrovatelský proces u pacienta s dehydratací

Dehydratace je velmi závažný problém, který bohužel v ošetrovatelském procesu bývá velmi častý. Ze sesterského hlediska je nutno sestavit ošetrovatelský plán na základě zjištěných informací od pacienta či příznaků, které pacient má. Při příjmu pacienta je nutné celkové vyšetření sestrou jak objektivní, tak i subjektivní. Pokud je pacient v kontaktu nebo nejeví známky dezorientace, je nutné od pacienta získat informace, které se týkají příjmu, ale i výdeje tekutin. Pokud je při příjmu pacienta přítomna rodina, je s výhodou zjistit možné informace i od rodiny (Šafránková, Nejedlá 2006).

Velmi významným faktorem v ošetrovatelské péči o geriatrické pacienty je syndrom křehkosti. Je to komplexní geriatrický syndrom, který zahrnuje zejména neúmyslnou ztrátu hmotnosti, úbytek svalové hmoty, pocit únavy, zhoršení kognitivních funkcí, depresivitu, poruchy spánku a další. Pro syndrom křehkosti je významná i multimorbidita. Je důležité si uvědomit, že syndrom křehkosti je sám o sobě chronickou záležitostí. Může být dlouhodobě kompenzovaný, ale vlivem i malých událostí často dochází k dekompenzaci. Dalším důležitým parametrem v ošetrovatelském procesu je bolest. Pacient, a hlavně geriatrický, trpící bolestí, dost

často trpí poruchou soběstačnosti právě z důvodu bolesti. Není ohrožen jen stav hydratace, ale i stav výživy (Holmerová 2014).

Dostatečná hydratace je významným faktorem, který ovlivňuje celkový zdravotní stav jedince. Ve vyšším věku se objevují okolnosti, které ovlivňují jak příjem tekutin per os, tak zpracování a vylučování tekutin z organismu (například v důsledku onemocnění ledvin či srdce). Dehydrataci chápeme jako nadměrnou ztrátu tělesných tekutin a iontů. Velmi důležitým faktem je, že gerontologičtí pacienti mají snížený pocit žízně, ale i sníženou koncentrační schopnost ledvin, která je způsobená věkem pacienta. Ledviny nejsou schopny již regulovat množství vyloučené moči a produkují jí více, a proto dochází k větším ztrátám. Zhoršuje se i citlivost regulačních systémů a žížeň jako signál se objevuje významně později, a to asi při deficitu 0,6–1 litr. Dehydratace představuje velmi závažný problém, který ovlivňuje celkový stav pacienta. Často bývá důvodem přijetí pacienta k hospitalizaci, nebo může doprovázet jiná onemocnění, jejichž průběh zpravidla zhoršuje.

Dehydratace může mít na organismus různé dopady. Záleží na objemu nedostatku tekutin, na celkovém fyzickém i psychickém stavu pacienta. Důležité jsou i vnější faktory, jako je teplota a vlhkost vzduchu. V parném létě musí být příjem tekutin navýšen alespoň o 75 %. Pokud dojde ke ztrátě zhruba 1 % tekutin, snižuje se výkonnost, chuť k jídlu a schopnost termoregulace. Ztráta okolo 4 % může způsobit bolesti hlavy, ospalost, poruchy koncentrace. Pokud ztráta dosáhne 8 %, může dojít až k úmrtí pacienta. Dlouhodobý, i když mírný nedostatek tekutin může způsobovat časté bolesti hlavy, zácpu, častější močové infekce, nebo například vznik tromboembolické nemoci z důvodu zahuštění vnitřního prostředí, které podporuje prokoagulační aktivity. U seniorů je častější právě chronická dehydratace, která může být komplikovaná akutně vzniklým onemocněním, jako je průjem, zvracení, horečka (Pokorná 2013).

Pro ošetrovatelskou péči o gerontologického pacienta s poruchou hydratace, či s jinými chorobami či riziky, je důležitá také kvalita života seniorů. Kvalita života patří v gerontologii a ošetrovatelství mezi významné ukazatele. Dosahování nejvyšší možné míry kvality života je důležitý cíl v péči o seniory. Při měření kvality života se zaměřujeme na ukazatele jako je soběstačnost, mobilita, schopnost rozhodování, absence bolesti, zachování smyslových orgánů, určitý finanční standart, pocit užitečnosti pro jiné a další.

Při hodnocení kvality života seniorů je s výhodou zaměřit se na osoby, které o pacienta pečují, například: zdravotní stav pečujícího, míra fyzické a psychické zátěže, úroveň sociální opory, informace, které má o eventuelní sociální či ošetrovatelské pomoci. Tyto informace jsou pro ošetrojící personál důležité hlavně při plánování propuštění a zajištění péči v domácím prostředí. (Gurková 2011).

Cílem ošetrovatelské péče u pacientů s dehydratací je doplnit tekutiny do organismu a zabránit rozvoji hypovolemického šoku. Sestra sleduje a pátrá po příznacích, jako je žízeň, snížený turgor kůže, suchost sliznic a kůže, suchý jazyk, obtížné mluvení, závratě, slabost, únava, hypotenze, dále porucha vylučování moče jako je oligurie až anurie. Pacient také může být dezorientovaný místem, časem a osobou. Sestra sleduje též míru soběstačnosti, mobilitu, senzorické a kognitivní funkce a zaměří se i na spolupráci pacienta s ošetrovatelským personálem (Šafránková a Nejedlá 2006).

Sestra při zjištěných příznacích dehydratace okamžitě informuje ošetrojícího lékaře, změní fyziologické funkce a dle ordinace lékaře provede odběry venózní a kapilární krve (minerály, renální parametry, ASTRUP). Většinou je nutné zavést periferní venózní katétr a podat naordinovaný infuzní roztok. Sestaví krátkodobý ošetrovatelský plán péče a aktivně nabízí a podává pacientovi tekutiny, pokud je to možné perorálně. Pečlivě zaznamenává příjem a výdej tekutin. U pacientů s poruchou vědomí či inkontinencí zavede dle ordinace lékaře permanentní močový katétr a pravidelně sleduje množství, vzhled a příměsi v moči. U pacienta s dezorientací zajistí bezpečnost z důvodu možného pádu (Šafránková, Nejedlá 2006).

Zásadní z ošetrovatelského hlediska je přesné a pečlivé zapisování a sledování bilance tekutin, je důležité používat nádoby, které jsou označeny ryskou, kde musí být uveden objem, který bude zapisován. Záznam se musí provádět až po vypití celého obsahu. Doporučíme pacientovi správné tekutiny, které může přijímat, například neslazené málo koncentrované čaje. Běžná pitná voda či mineralizované vody jsou vhodné pouze v menším množství. Za zcela nevhodné považujeme nápoje sladké, jako Coca-Colu apod. a to pro jejich vysoký obsah cukru. Mléčné nápoje řadíme mezi potraviny a kávu pro její diuretický efekt do pitného režimu nezapočítáváme vůbec. Důležitým aspektem jsou nádoby, z kterých pacient tekutiny přijímá, musí být adekvátně uzpůsobené jeho soběstačnosti (brčko, nádoba se savičkou, pítka), (Hudáková, Majerníková 2013).

Problém s podáváním tekutin může nastat u pacientů například s poruchou polykání, nebo u pacientů s hemiparézou. U pacientů s poruchou polykání můžeme

do tekutin přidávat zahušťovadla, aby se tekutiny lépe polykaly. U pacientů s hemiparézou je důležité, aby měli správně uzpůsobené pomůcky, aby si mohli nádobu s tekutinou podat. Vždy je důležité přesvědčit se o tom, jestli je pacient v přijímání tekutin soběstačný. Pokud ne, je nutné nastavit správné ošetrovatelské intervence. Důležité je zajištění podávání tekutin kontinuálně v průběhu celého dne. Seniorům by měly být podávány tekutiny v kratších časových intervalech. Je důležité si uvědomit, že senioři ztrácí pocit žízně, proto je nutné tekutiny nabízet (Hudáková, Majerníková 2013).

Dalším problémem pro pacienta může být problém s vyprazdňováním, pacient nechce přijímat tekutiny, protože má poruchu mobility a má problém s vyprazdňováním, například z důvodu studu či právě zmiňované poruchy mobility. Proto je třeba pacienta správně edukovat, zajistit intimitu při vyprázdnění a dostatečnou hygienu po vyprázdnění (Pokorná 2013).

Prevence epizod dehydratace v průběhu léčby se týkají hlavně pacientů, kteří se například připravují na vyšetření a musí lačnit, nebo dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. V tomto případě je nutné parenterální podávání tekutin ve formě infuzí, které naordinuje lékař.

Dalším důležitým faktorem je péče o kůži a sliznice. Pacienti trpící dehydratací mají kůži i sliznice většinou suché, proto je důležité kůži pravidelně promazávat, kontrolovat predilekční místa, protože dehydratace přispívá bohužel i ke vzniku dekubitů. K vytírání úst používáme 3% boraxglycerin, nebo zvlhčující tyčinky různých příchutí k tomuto účelu vyrobené, které používáním podporují i tvorbu slin.

Velmi efektivní je komplexní analýza dat, hodnocení celkového stavu pacienta, sběr jednotlivých dat, pozitivní či negativní bilance tekutin, přítomnost příznaků zhoršujících stav hydratace jako je průjem, zvracení, horečka, porucha smyslových orgánů či kognitivních funkcí (Pokorná 2013).

Zásadní je i včas rozeznat rizikové faktory ze stran ošetrovatelského personálu jako je nepřesné sledování příjmu a výdeje tekutin, nedostatečná komunikace s pacientem, zapisování tekutin odhadem, nedostatečné sledování výdeje, nesprávná edukace pacientů o pitném režimu, nepřikládání významu sledování bilance tekutin (Pokorná 2013).

2.7 Ošetrovateľské diagnózy dle NANDA taxonomie II u pacientů s dehydratací

Dle ošetrovateľských diagnóz taxonomie II NANDA se tohoto problému týká několik ošetrovateľských diagnóz, které je nutné určit a naplánovat správné intervence (Herdman a Kamitsuru 2016).

Snížený objem tekutin (dehydratace) 00027: Mezi určující znaky patří například změna kožního turgoru, snížený krevní tlak, suchá kůže, snížený výdej moči, tachykardie, žízeň, slabost. Ze souvisejících faktorů je důležité zmínit aktivní pokles objemu tělesných tekutin, nebo oslabení regulačních mechanismů.

Riziko sníženého objemu tekutin (riziko dehydratace) 00028: Mezi rizikové faktory patří zejména překážka zabraňující přísunu tekutin, nadměrná ztráta tekutin, farmaka, nedostatečné znalosti o potřebě tekutin.

Zvýšený objem tekutin (hyperhydratace) 00026: Mezi určující znaky patří hlavně anasarka, úzkost, otoky, dušnost, nerovnováha elektrolytů. Související faktory jsou například nadměrný příjem tekutin nebo onemocnění ledvin (Herdman a Kamitsuru 2016).

Naplánované intervence je důležité hodnotit, a to dle stavu pacienta několikrát denně. Sestra sleduje celkový stav pacienta, množství tekutin podávaných jak intravenózně, tak i perorálně. Důležité je sledovat i výdej moči, a to dle ordinace lékaře. Pokud je pacient současně léčen i diuretiky, je nutné přesně sledovat a zapisovat do dokumentace pacienta příjem a výdej tekutin, a to po šesti hodinách. Dle diurézy se nastavuje léčba diuretiky i léčba případné dehydratace, dokud není dosaženo negativní bilance. Součástí ošetrovateľského procesu v léčbě pacientů s dehydratací je i správná edukace pacienta. Pacienta (a pokud je to možné i rodinu) edukujeme hlavně ve znalostech o pitném režimu, vhodnosti tekutin, a také o množství tekutin. Důležitá je i edukace o prvních příznacích dehydratace, jako je pocit žízně, snížené močení, slabost, bolesti hlavy, vertigo, suchost sliznic, zácpa (Herdman a Kamitsuru 2016).

2.8 Použití ošetrovatelských modelů v péči o pacienty s poruchou hydratace

Model je představa, obraz, nebo popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Modely v ošetrovatelství jsou determinované vědomostmi, praktickými zkušenostmi a filozofickými názory autorek modelů. Vždy je důležitý holistický přístup, což je systémový přístup, který je zaměřen na člověka jako celek, nejen na vlastní nemoc. Holistické ošetrovatelství chápe člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Virginia Henderson se ve svém modelu teorie základní ošetrovatelské péče zabývá nezávislostí pacienta v uspokojování základních potřeb. Jedná se o 14 elementárních potřeb, kam zahrnula jak potřeby základní, kam patří právě i příjem potravy a tekutin, tak také potřeby vyšší. K 14 elementárním potřebám přiřadila 14 komponentů základní ošetrovatelské péče, jako například pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin.

Dorothea Elizabeth Orem ve svém modelu teorie deficitu sebek péče popisuje jako cíl takovou úroveň sebek péče pacienta, aby si udržel svůj optimální stav. Cílem je zjistit překážky sebek péče a poskytnout pomoc pro dosažení optimální úrovně sebek péče. V ošetrovatelské praxi se nejvíce používá model Marjory Gordon Model funkčních vzorců zdraví, který se opírá o 12 vzorců zdraví, jako je vnímání a udržování zdraví, výživa, vylučování, aktivita, spánek, vnímání, sebek pojetí, role, reprodukce, stres, víra. Na základě těchto vzorců sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy a ostatní kroky ošetrovatelského procesu. Model M. Gordon je nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie (Pavlíková 2006).

3 Výzkumná část

Ve výzkumné části bude popsána metodika prováděného předvýzkumu a výzkumu. Budou popsány cíle a předpoklady, které byly stanovené v návrhu bakalářské práce a zhodnoceny na základě předvýzkumu. Dále se výzkumná část bude zabývat metodou sestavení dotazníku. V této části bakalářské práce budou zhodnoceny pomocí grafů a tabulek výsledky dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na zjištění vědomostí všeobecných sester o příznacích dehydratace, správné edukaci pacientů a metodách, které se používají k sesterské diagnostice prvních příznaků dehydratace.

3.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady

V bakalářské práci byly stanoveny 3 cíle, na které navazují výzkumné předpoklady. Výzkumné předpoklady byly upraveny na základě předvýzkumu, který byl proveden v Krajské nemocnici Liberec a. s. (dále jen KNL a. s.) na oddělení Všeobecné interny v březnu 2017.

Cíle práce:

1. Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester o nutnosti správné hydratace při léčbě geriatrických klientů.
2. Zjistit, zda v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace klientů jsou efektivní.
3. Zjistit, jak všeobecné sestry provádí edukaci klientů o pitném režimu.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 85 % a více všeobecných sester má znalosti týkající se hydratace geriatrických klientů.
2. Předpokládáme, že 85 % a více všeobecných sester považuje v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace za neefektivní.
3. Předpokládáme, že 85 % a více všeobecných sester poskytuje úplné informace klientům o pitném režimu.

3.2 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu pomocí dotazníku. Výzkumné šetření bylo provedeno na oddělení Všeobecné interny KNL a. s.

Na počátku výzkumného šetření byl zjištěn souhlas ředitelky ošetrovatelské péče KNL a. s. a vrchní sestry Centra interních oborů (viz Příloha č. 1).

Předvýzkum proběhl v březnu 2017, metodou dotazníku (viz Příloha č. 2). Bylo osloveno 10 respondentů (všeobecných sester). Dotazníkové šetření bylo dobrovolné a anonymní. Všech 10 dotazníků bylo správně vyplněno. Na základě předvýzkumu byl dotazník doplněn o jednu otázku, týkající se předpokladu č. 2. Výsledky předvýzkumu jsou obsaženy v příloze č. 3. Vlastní výzkum proběhl opět v březnu 2017 na oddělení Všeobecné interny KNL a.s. Bylo osloveno 50 respondentů z řad všeobecných sester.

Pro výzkum byl použit dotazník (viz Příloha č. 4), který obsahoval 16 otázek, jelikož na základě výsledku předvýzkumu byl rozšířen o jednu otázku, týkající se předpokladu č. 2. První 4 otázky byly otázky identifikační a týkaly se věku, pohlaví, délky praxe na oddělení všeobecné interny a vzdělání respondentů.

Zbylé otázky v dotazníku byly zaměřeny na zjištění vědomostí všeobecných sester o příznacích týkajících se dehydratace, edukaci o pitném režimu a metodách používaných ke zjištění prvních příznaků dehydratace. Ve čtyřech otázkách v dotazníku mohli respondenti označit více odpovědí. U osmi zbylých otázek respondenti měli označit pouze jednu správnou odpověď.

Vyhodnocení dat proběhlo pomocí popisné statistiky. Relativní četnost byla vždy zaokrouhlena na jedno desetinné číslo. Správné odpovědi jsou v grafech zobrazeny modrou a nesprávné červenou barvou.

Prvního předpokladu se týkaly 3 otázky, kde bylo možno označit jen jednu správnou odpověď. Druhého předpokladu se týkaly 4 otázky, které byly také uzavřené, a bylo možno označit jen jednu správnou odpověď. Na základě předvýzkumu byl dotazník k tomuto předpokladu rozšířen o jednu otevřenou otázku, kde bylo zjišťováno, jaké metody používají všeobecné sestry ke zhodnocení hydratace pacienta při příjmu na oddělení. Předpokladu číslo 3 se týkaly čtyři otázky, z nichž u dvou bylo možno označit více odpovědí.

3.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Bylo osloveno 50 respondentů z řad všeobecných sester pracujících na odděleních Všeobecné interny KNL a. s. Návratnost dotazníku byla 100 %. Žádný respondent se neodmítnul výzkumu zúčastnit a všechny dotazníky byly řádně vyplněny ve všech položkách.

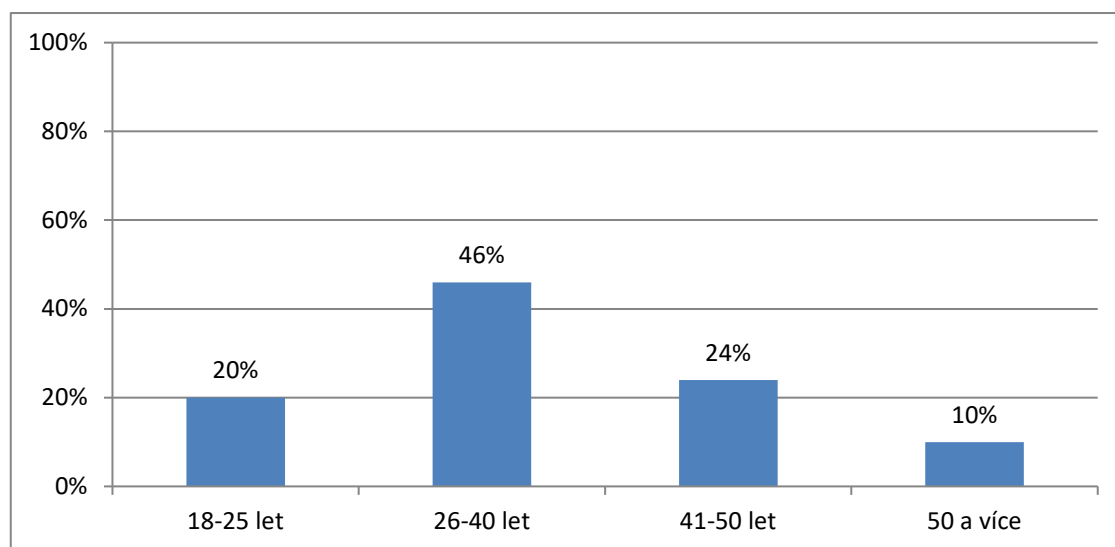
3.3 Analýza výzkumných dat

Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnoceny v programech Microsoft® Office 2007 Word a Microsoft® Office 2007 Excel. Výsledná data byla zpracována do tabulek a grafů a uvedena ve znacích n_i (absolutní četnost), f_i (relativní četnost), a Σ (celková četnost).

Analýza výzkumné položky č. 1: Prosím uveďte svůj věk

Tab. č. 1 Věk respondentů

	n_i [-]	f_i [%]
18–25 let	10	20,0
26–40 let	23	46,0
41–50 let	12	24,0
50 a více	5	10,0
Σ	50	100,0



Graf č. 1 Věk respondentů

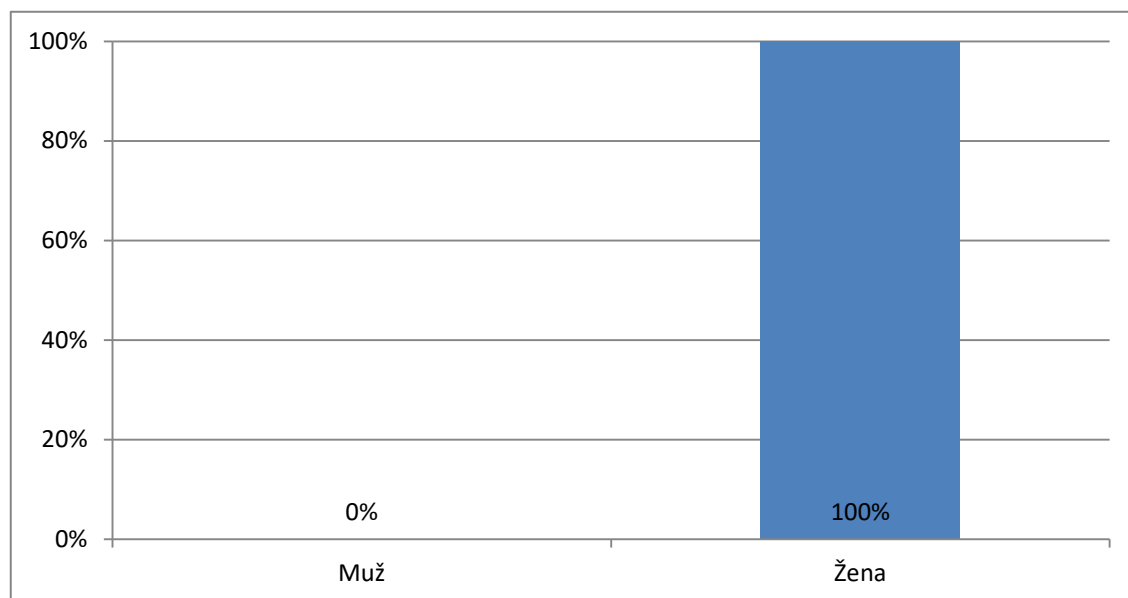
První dotazníková položka se týkala věku respondentů. Bylo zjištěno, že nejčastěji uvedený věk je 26–40 let (46 % respondentů). Druhým nejčastěji

uvedeným věkem je 41–50 let (24 % respondentů). Rozmezí věku 18–25 let zvolilo 20 % respondentů a 10 % respondentů bylo starší 50 let.

Analýza výzkumné položky č. 2: Prosím uveďte své pohlaví

Tab. č. 2 Pohlaví respondentů

	n_i [-]	f_i [%]
muž	0	0,0
žena	50	100,0
Σ	50	100,0



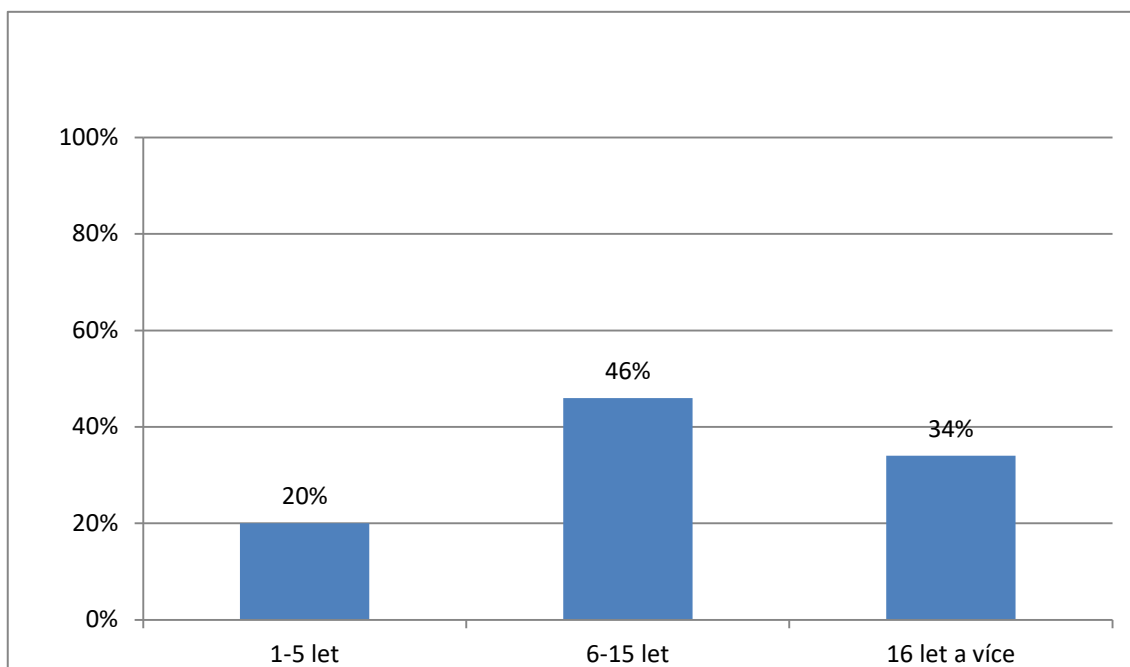
Graf č. 2 Pohlaví respondentů

Druhá dotazníková položka se zabývala pohlavím respondentů. 100 % respondentů uvedlo ženské pohlaví.

Analýza výzkumné položky č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tab. č. 3 Délka praxe ve zdravotnictví

	n_i [-]	f_i [%]
1–5 let	10	20,0
6–15 let	23	46,0
16 let a více	17	34,0
Σ	50	100,0



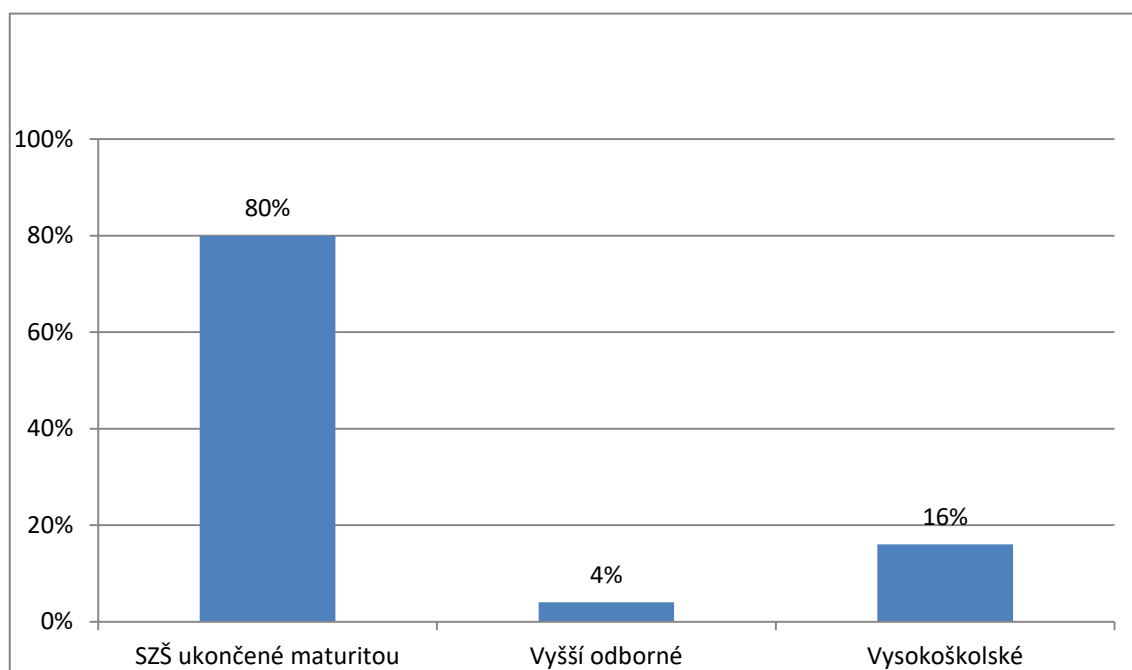
Graf č. 3 Délka praxe ve zdravotnictví

Třetí dotazníkovou položkou bylo zjištěno, že 10 respondentů (20 %) pracuje ve zdravotnictví 1–5 let, 23 respondentů (46 %) 6–15 let a 17 respondentů (34 %) více než 16 let.

Analýza výzkumné položky č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání

	n_i [-]	f_i [%]
SZŠ ukončené maturitou	40	80,0
Vyšší odborné	2	4,0
Vysokoškolské	8	16,0
Σ	50	100,0



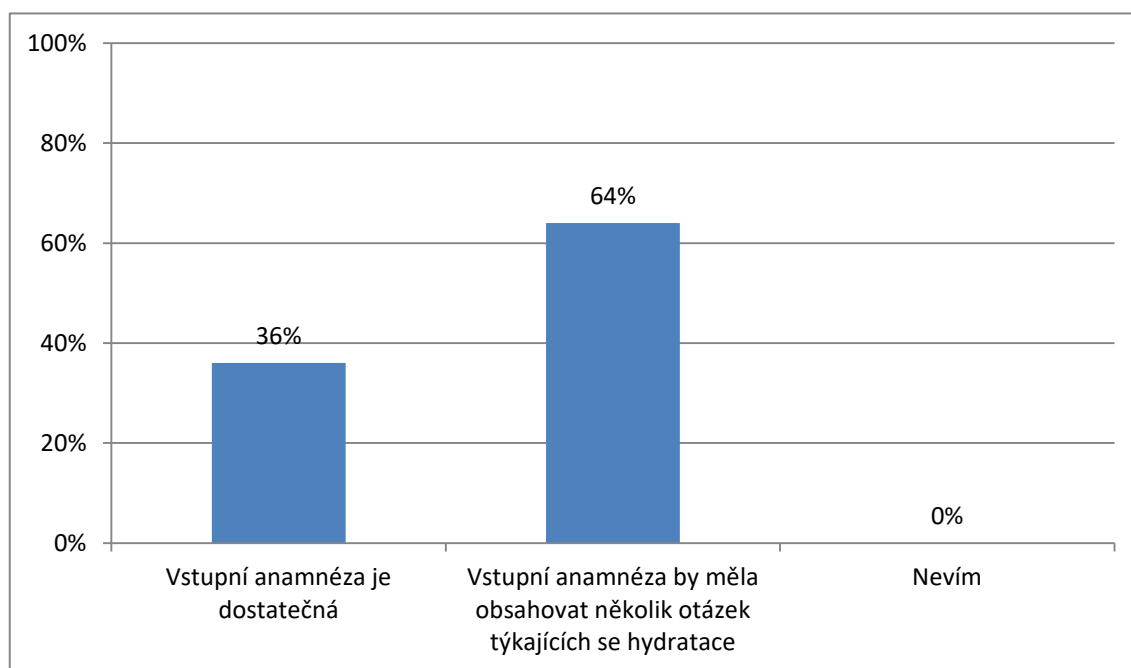
Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Čtvrtá dotazníková položka se týkala zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání. Bylo zjištěno, že nejvíce respondentů tj. 40 (80 %) má střední odborné, ukončené maturitou, 2 (4 %) mají vyšší odborné vzdělání a 8 (16 %) vzdělání vysokoškolské.

Analýza výzkumné položky č. 5: Při příjmu klienta na oddělení vyplňujete vstupní ošetřovatelskou anamnézu. Myslíte si, že by anamnéza měla obsahovat i položky týkající se například příznaků dehydratace, eventuálně návyků pacienta ohledně pitného režimu?

Tab. č. 5 Zájem respondentů o rozšíření vstupní příjmové anamnézy

	n_i [-]	f_i [%]
Myslím si, že vstupní anamnéza je dostatečná	18	36,0
Myslím si, že by anamnéza měla obsahovat několik otázek týkajících se hydratace	32	64,0
Nevím	0	0,0
Σ	50	100,0



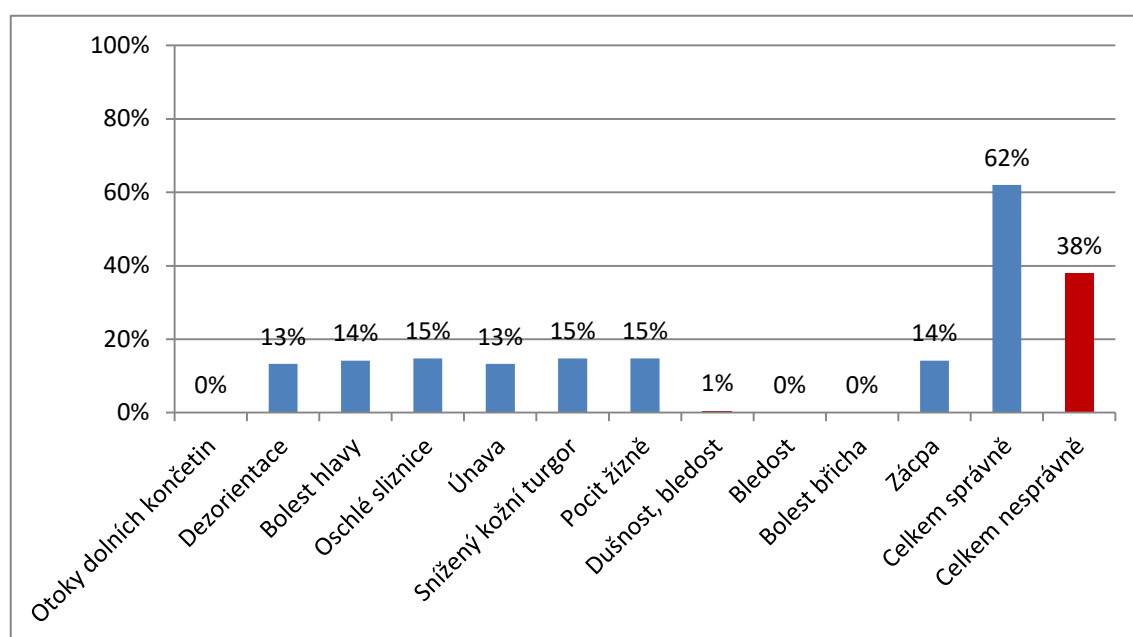
Graf č. 5. Zájem respondentů o rozšíření vstupní příjmové anamnézy

Pátá dotazníková položka zjišťovala, zda je současná vstupní anamnéza dostatečná a zda by respondenti uvítali rozšíření vstupní ošetřovatelské anamnézy o položky týkající se příznaků dehydratace a základních návyků pacienta ohledně přijímání tekutin. 32 respondentů (64 %) by uvítalo rozšíření vstupní ošetřovatelské anamnézy, 18 respondentů (36 %) nikoliv.

Analýza výzkumné položky č. 6: Prosím uveďte základní známky dehydratace (vyberte více možností):

Tab. č. 6 Základní příznaky dehydratace

ni= 338 (počet odpovědí)	ni [-]	fi [%]
Otoky dolních končetin	0	0,0
Dezorientace	45	13,3
Bolest hlavy	48	14,2
Oschlé sliznice	50	14,8
Únava	45	13,3
Snížený kožní turgor	50	14,8
Pocit žízně	50	14,8
Dušnost	2	0,6
Bledost	0	0,0
Bolest břicha	0	0,0
Zácpa	48	14,2
Σ	338	100,0
Celkem správně	31	62,0
Celkem nesprávně	19	38,0



Graf č. 6 Základní příznaky dehydratace

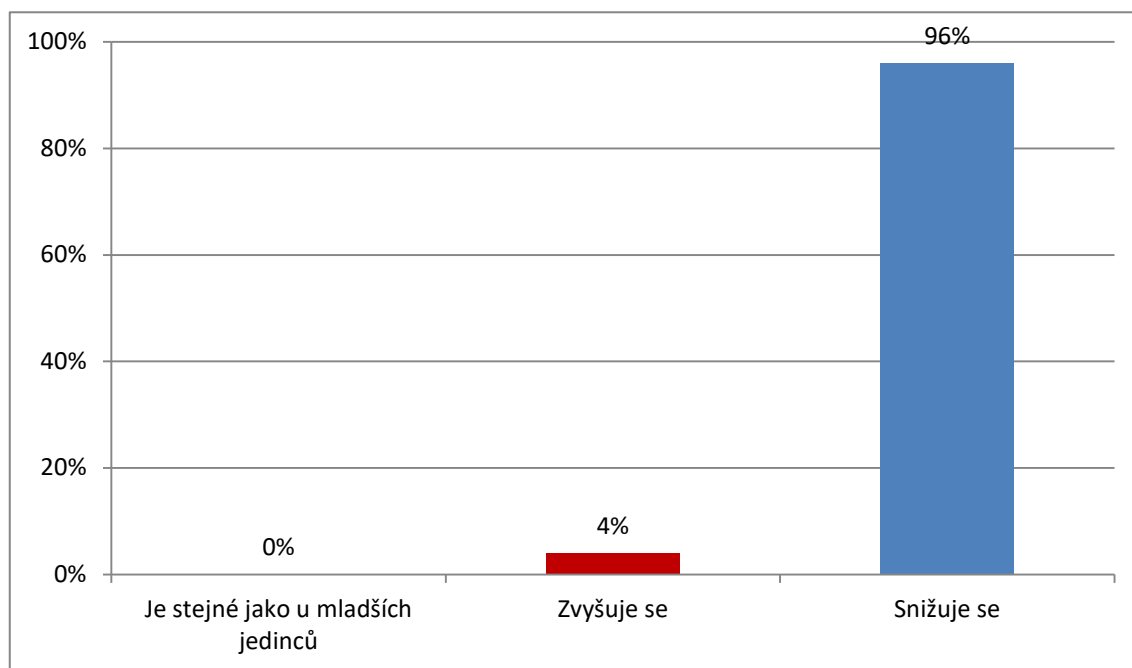
V této položce měli respondenti uvést základní známky dehydratace, bylo možno vybrat více odpovědí. Odpověď dezorientace zvolilo 45 (13,3 %) respondentů. Odpověď bolest hlavy zvolilo 48 (14,2 %) respondentů. Možnost oschlé sliznice zvolilo 50 (14,8 %) respondentů, možnost únava označilo 45 (13,3 %) respondentů. Další možné odpovědi jako byl snížený kožní turgor a pocit žízně označilo 50 (14,8 %) respondentů. Naopak možnost bledost, bolest břicha neoznačil nikdo (0 %) respondentů. Odpověď zácpa označilo 48 (14,2 %) respondentů. Nesprávnou odpověď dušnost označili 2 (0,6 %) respondenti. Další nesprávné odpovědi jako bledost, bolest břicha a otoky dolních končetin neoznačil nikdo z respondentů (0 %) respondentů.

Správné i nesprávné odpovědi označilo 38 % respondentů, žádnou nesprávnou označilo 62 % respondentů.

Analýza výzkumné položky č. 7: Množství celkové vody ve stáří:

Tab. č. 7 Množství celkové vody ve stáří

	n_i [-]	f_i [%]
je stejné jako u mladších jedinců	0	0,0
se zvyšuje, a proto dochází k hyperhydrataci	2	4,0
se snižuje, a proto může dojít k dehydrataci	48	96,0
Σ	50	100,0



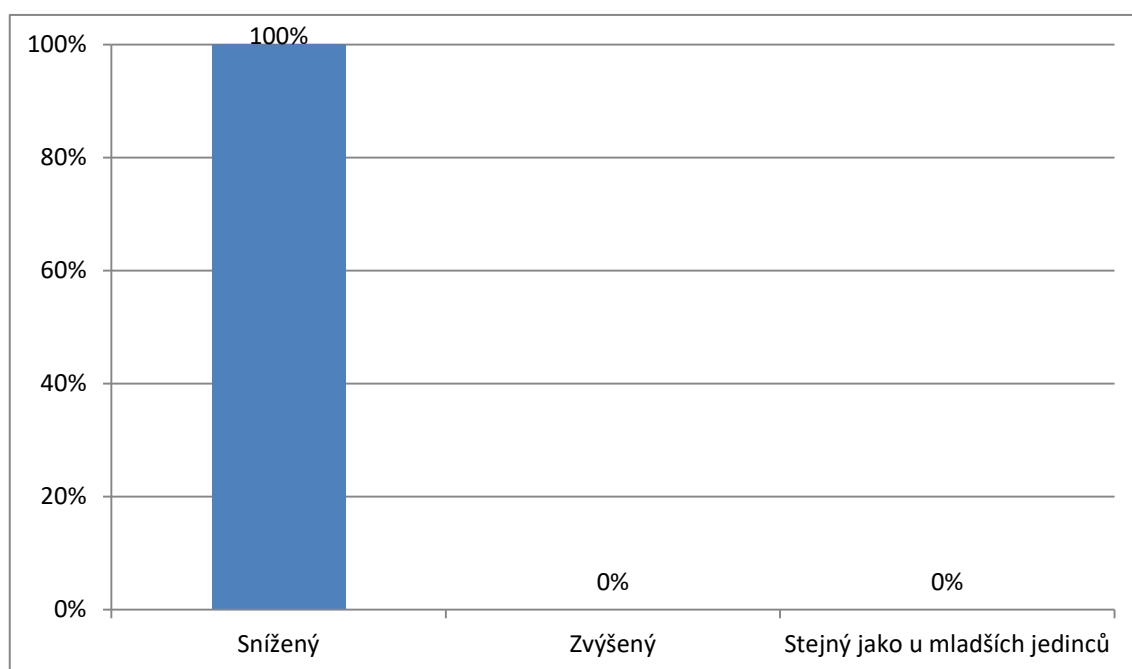
Graf č. 7 Množství celkové vody ve stáří

V této položce měli respondenti uvést, zda se celkové množství vody ve stáří snižuje nebo zvyšuje. 48 (96 %) respondentů uvedlo správně, že se ve stáří množství celkové vody snižuje. Pouze 2 (4 %) označili odpověď nesprávnou, a to, že množství celkové vody je stejné jako u mladších jedinců.

Analýza výzkumné položky č. 8: Pocit žízně u seniorů je:

Tab. č. 8 Pocit žízně u seniorů

	n_i [-]	f_i [%]
<i>Snížený</i>	50	100,0
<i>Zvýšený</i>	0	0,0
<i>Stejný jako u mladších jedinců</i>	0	0,0
Σ	50	100,0



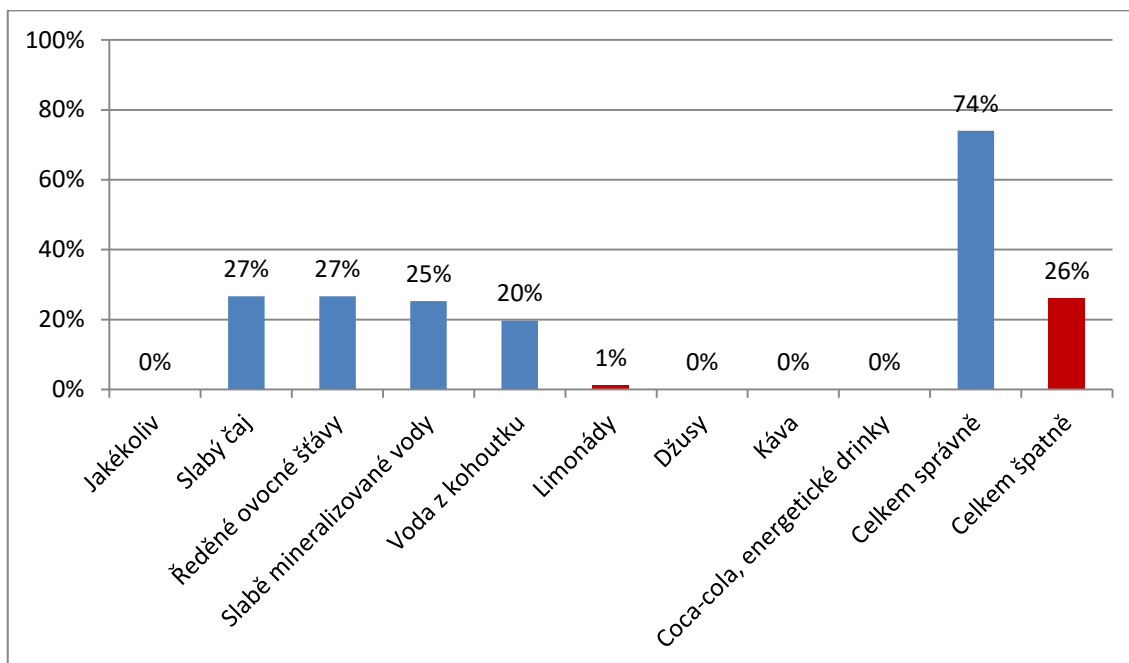
Graf č. 8 Pocit žízně u seniorů

V této položce měli respondenti uvést, zda se pocit žízně ve stáří snižuje, zvyšuje, nebo je stejný jako u mladších jedinců. Všechny 50 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď, a to, že senioři mají snížený pocit žízně.

Analýza výzkumné položky č. 9: Jaké doporučíte při edukaci pacientovi tekutiny?
(Vyberte více možností.)

Tab. č. 9 Vhodné tekutiny

ni = 178 (počet odpovědí)	ni [-]	fi [%]
Jakékoliv, ať pije, na co má chuť	0	0,0
<i>Slabý čaj</i>	48	26,7
<i>Ředěné ovocné šťávy</i>	48	26,7
<i>Slabě mineralizované vody</i>	45	25,3
<i>Voda z kohoutku</i>	35	19,7
Limonády	2	1,2
Džusy	0	0,0
Káva	0	0,0
Coca-cola, energetické drinky	0	0,0
Σ	178	100,0
<i>Celkem správně</i>	37	74,0
<i>Celkem nesprávně</i>	13	26,0



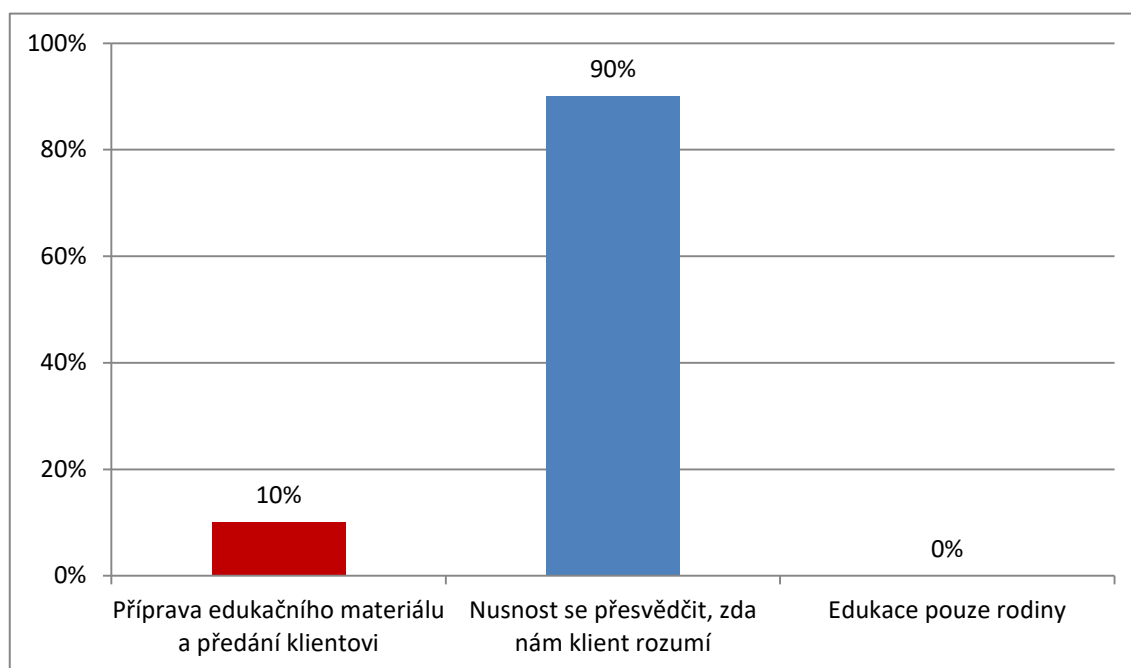
Graf č. 9 Vhodné tekutiny

V položce číslo 9 měli respondenti uvést tekutiny, které jsou vhodné k dodržování pitného režimu a k edukaci pacientů. Položku jakékoliv, džusy, káva a coca-cola neoznačil žádný z respondentů, tj. 0 (0 %). Položku slabý čaj a ředěné ovocné šťávy označilo shodně 48 (26,7 %) respondentů. Slabě mineralizované vody uvedlo 45 (25,3 %) respondentů, 35 (19,7 %) respondentů označilo možnost voda z kohoutku a 2 (1,2 %) respondenti označili možnost limonády. Správné i nesprávné odpovědi označilo 13 (26 %) respondentů. Všechny správné odpovědi označilo 37 (74 %) respondentů.

Analýza výzkumné položky č. 10: Jaké jsou zásady edukace klientů?

Tab. č. 10 Zásady edukace klientů

	n_i [-]	f_i [%]
Připravím edukační materiál, který klientovi předám	5	10,0
<i>Na začátku edukace se přesvědčím, zda mi klient rozumí</i>	45	90,0
Je lepší edukovat pouze rodinu	0	0,0
Σ	50	100,0



Graf č. 10 Zásady edukace klientů

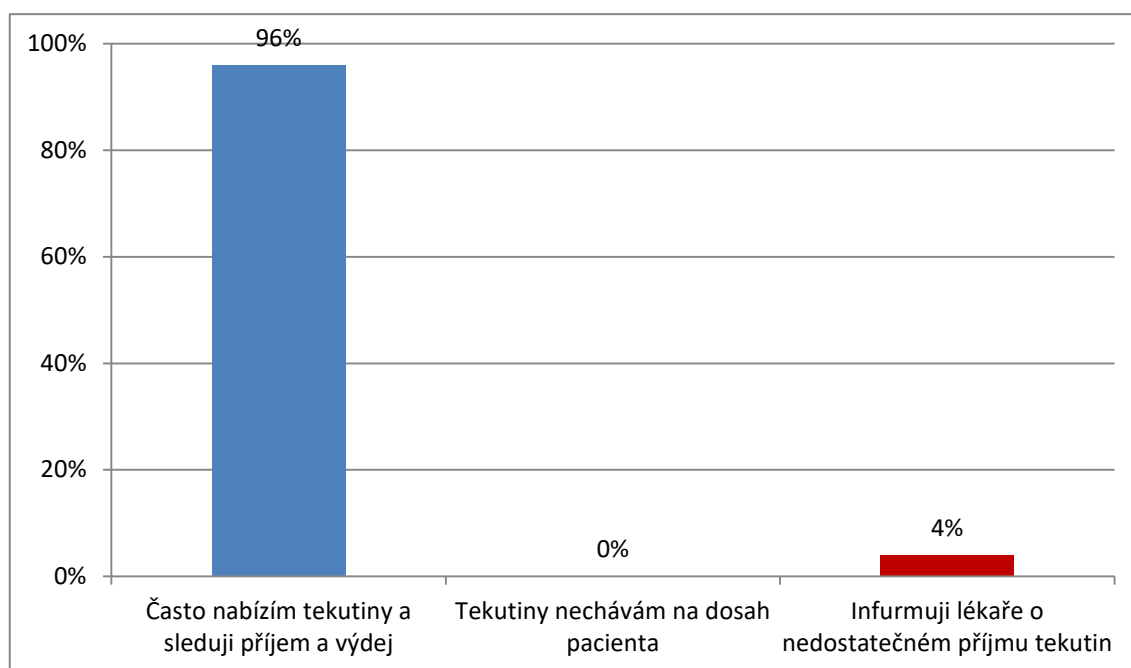
V této výzkumné položce měli respondenti určit zásady edukace klientů. 45 (90 %) respondentů označilo správnou odpověď, a to, že je důležité přesvědčit se o tom, zda klient rozumí, a zjistit jeho smyslové vnímání (zrak, sluch, orientaci).

Pouze 5 (10 %) respondentů označilo odpověď nesprávnou, která zněla, že připravím klientovi edukační materiál a předám mu ho.

Analýza výzkumné položky č. 11: Jak zajišťujete u pacienta dostatečný příjem tekutin?

Tab. č. 11 Zajištění dostatečného příjmu tekutin u pacienta

	n _i [-]	f _i [%]
<i>Často nabízím tekutiny a sleduji příjem a výdej tekutin</i>	48	96,0
<i>Tekutiny nechávám celý den na dosah pacienta</i>	0	0,0
<i>Sleduji příjem a výdej tekutin, pokud je nedostatečný, upozorním lékaře, aby naordinoval infuzi</i>	2	4,0
Σ	50	100,0



Graf č. 11 Zajištění dostatečného příjmu tekutin u pacienta

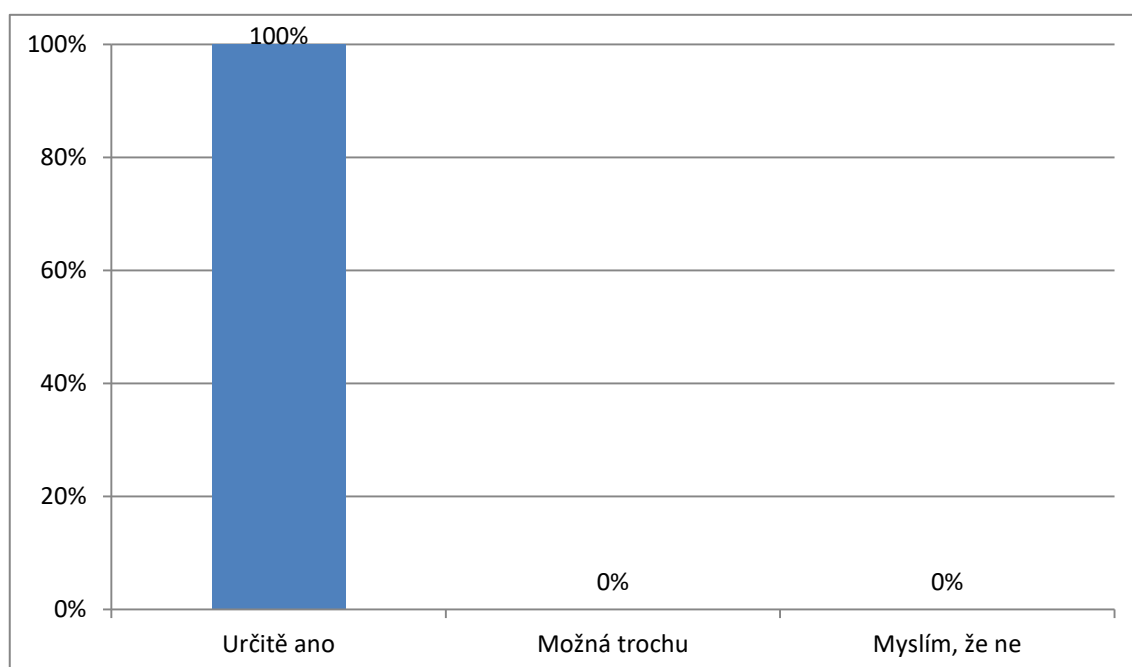
V položce číslo 11 měli respondenti odpovědět, jak zajišťují u pacienta dostatečný příjem tekutin. Správně odpovědělo 48 (96 %) respondentů, kteří označili odpověď, že často nabízí pacientovi tekutiny a sledují příjem a výdej tekutin.

Pouze 2 (4 %) respondenti by sledovali pouze příjem tekutin, a pokud by byl nedostatečný, upozornili by lékaře, aby naordinoval infuzi.

Analýza výzkumné položky č. 12: Myslíte si, že dostatečný příjem tekutin u pacienta mohou ovlivňovat i další symptomy, jako je bolest, dušnost, porucha soběstačnosti?

Tab. č. 12 Ovlivnění příjmu tekutin jinými symptomy

	n_i [-]	f_i [%]
<i>Určitě ano</i>	50	100,0
Možná trochu	0	0,0
Myslím, že ne	0	0,0
Σ	50	100,0



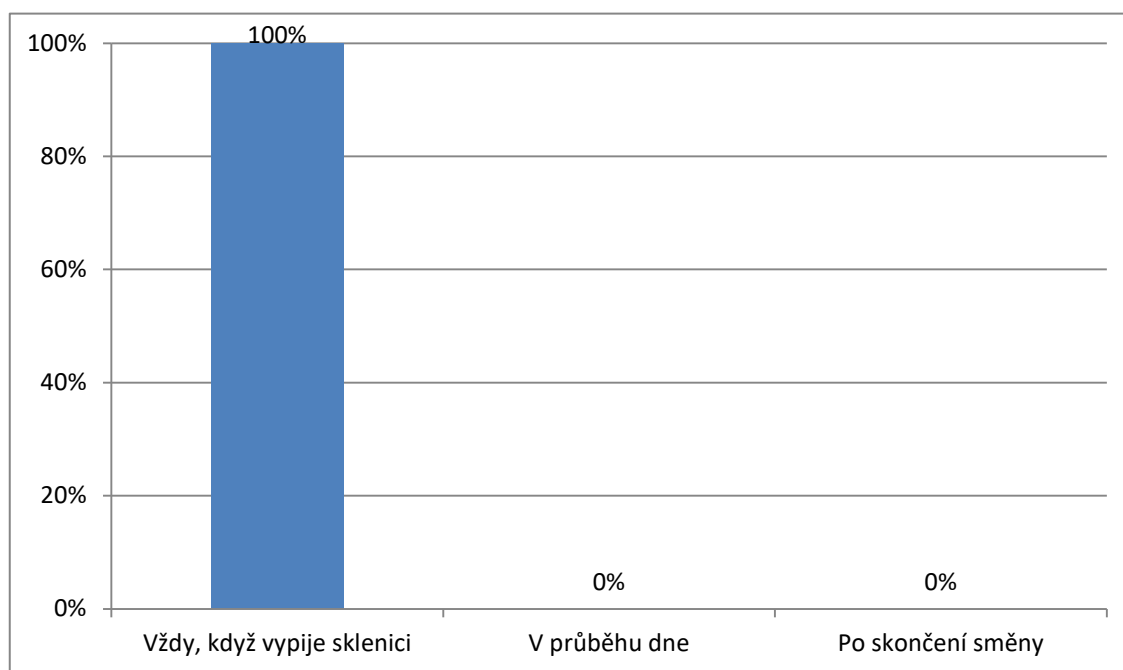
Graf č. 12 Ovlivnění příjmu tekutin jinými symptomy

Ve výzkumné položce číslo třináct odpověděli všichni respondenti 50 (100 %) správně tzn., že příjem tekutin určitě ovlivňují jiné symptomy, jako je bolest, dušnost či porucha soběstačnosti.

Analýza výzkumné položky č. 13: Jak často u pacienta zjišťujeme příjem tekutin?

Tab. č. 13 Zjišťování přijímaných tekutin

	n_i [-]	f_i [%]
<i>Vždy, když vypije sklenici, množství zapíšeme</i>	50	100,0
<i>V průběhu dne</i>	0	0,0
<i>Až po skončení směny</i>	0	0,0
Σ	50	100,0



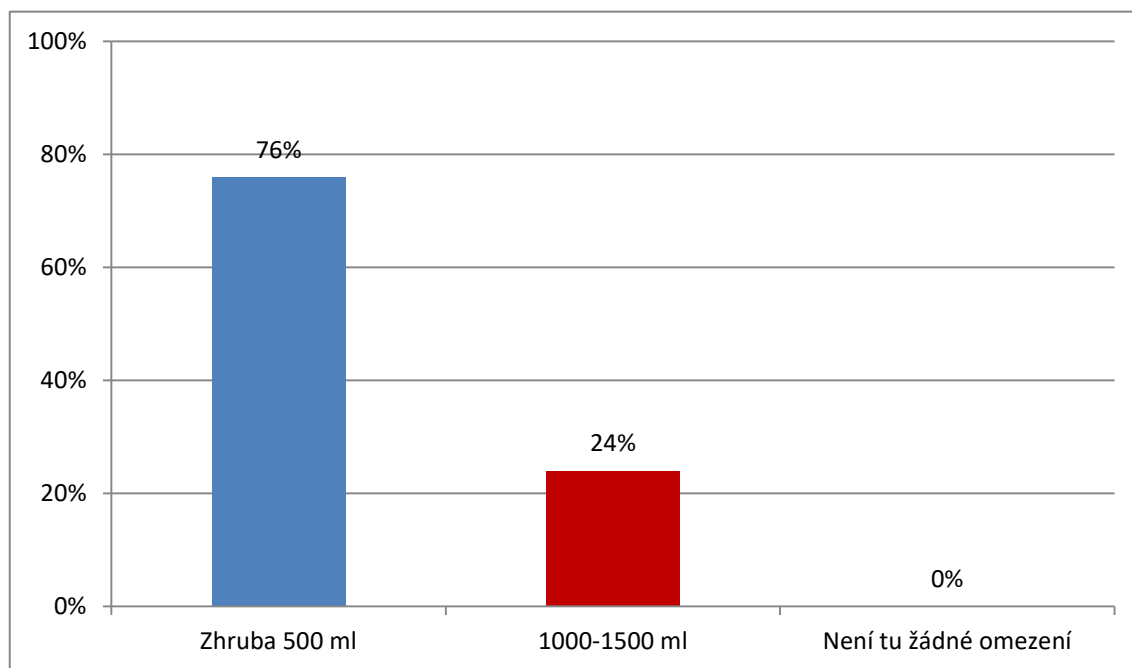
Graf č. 13 Zjišťování přijímaných tekutin

V položce čtrnáct se zjišťovalo, kdy respondenti zapisují u pacienta přijímané tekutiny. Všechny 50 respondentů (100 %) označilo správnou odpověď (Tekutiny se zapisují ihned po vypití obsahu sklenice či nádoby, z které pacient tekutiny přijímá.).

Analýza výzkumné položky č. 14: Jaké množství tekutin může přijímat klient, který je zařazený do dialyzačního programu a nemočí?

Tab. č. 14 Množství tekutin, které klient může vypít, pokud je zařazený do dialyzačního programu a nemočí

	n_i [-]	f_i [%]
<i>Zhruba 500 ml</i>	38	76,0
1000 –1500 ml	12	24,0
Není tu žádné omezení	0	0,0
Σ	50	100,0



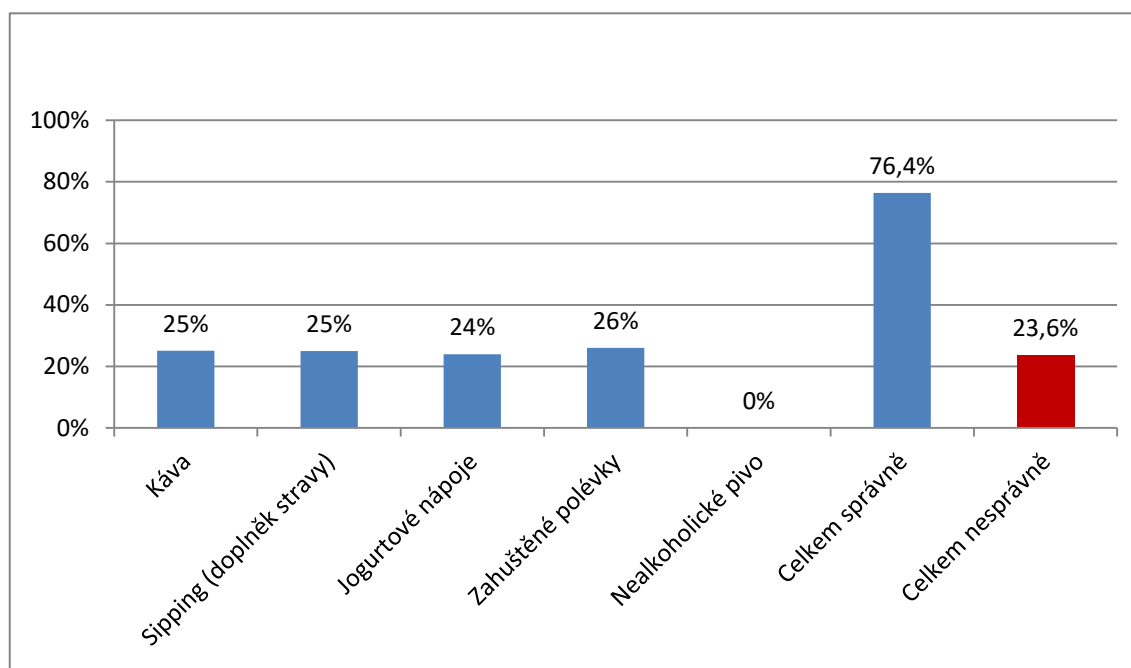
Graf č. 14 Množství tekutin, které klient může vypít, pokud je zařazený do dialyzačního programu a nemočí

Ve čtrnácté výzkumné položce byla položena otázka, týkající se množství přijímaných tekutin u pacienta, který je zařazen do dialyzačního programu a nemočí. Správně odpovědělo 38 (76 %) respondentů, a to zhruba 500 ml za 24 hodin. 12 (24 %) respondentů uvedlo množství 100 –1500 ml. Poslední možnost, není tu žádné omezení, neoznačil nikdo z respondentů.

Analýza výzkumné položky č. 15: Co nepatří mezi tekutiny?

Tab. č. 15 Co nepatří mezi tekutiny

ni=191(počet odpovědí)	n _i [-]	f _i [%]
<i>Káva</i>	48	25,1
<i>Sipping (doplňk stravy)</i>	48	25,1
<i>Jogurtové nápoje</i>	45	23,6
<i>Zahuštěné polévky</i>	50	26,2
Nealkoholické pivo	0	0,0
Σ	191	100,0
<i>Celkem správně</i>	38, 2	76, 4
Celkem nesprávně	11, 8	23, 6



Graf č. 15 Co nepatří mezi tekutiny

V patnácté výzkumné položce měli respondenti uvést, co nepatří mezi tekutiny. 48 (25,1 %) respondentů uvedlo, že káva, což je správná odpověď. Další možností byl sipping, kde opět odpovědělo 48 (25,1 %) respondentů správně.

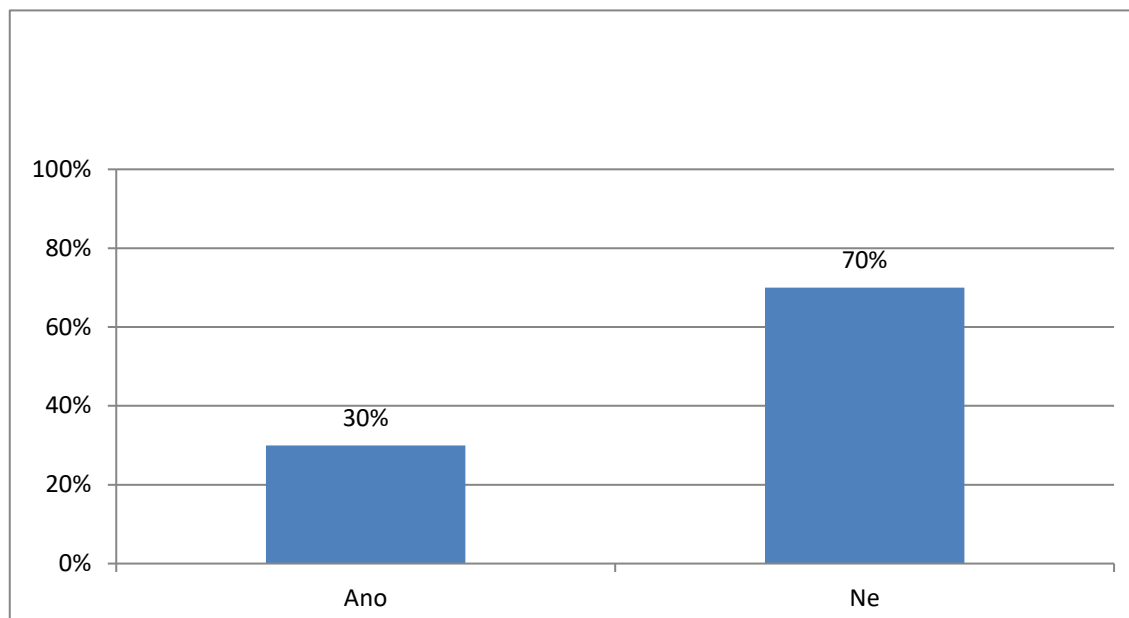
Možnost jogurtové nápoje zvolilo 45 (23,6 %) respondentů a možnost zahuštěné polévky 50 (26,2 %) respondentů. Možnost nealkoholické pivo neoznačil žádný z respondentů, což je správně.

Všechny správné odpovědi označilo 38,2 (76,4 %) respondentů, pouze některé správné odpovědi uvedlo 11,8 (23,6 %) respondentů. Nesprávnou odpověď neuvedl žádný (0 %) respondent.

Analýza výzkumné položky č. 16: Používáte nějaké metody ke zhodnocení hydratace?

Tab. č. 16 Metody používané ke zhodnocení hydratace klienta při příjmu na oddělení

	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Ano, uveďte jaké	15	30,0
Ne, nepoužívám	35	70,0
Σ	50	100,0



Graf č. 16 Metody používané ke zhodnocení hydratace klienta při příjmu na oddělení

V poslední výzkumné položce bylo zjišťováno, zda respondenti používají při příjmu pacienta na oddělení nějaké metody ke zhodnocení hydratace. Bylo zjištěno, že 35 (70 %) respondentů nepoužívá žádnou metodu ke zhodnocení hydratace u pacienta. Pouze 15 (30 %) respondentů používá nějakou metodu. 4 (8 %) respondenti hodnotí pohledem suchost sliznic, 6 (12 %) pohmatem kožní turgor a 5 (10 %) respondentů získává od pacienta informace o množství přijímaných tekutin za 24 hodin.

4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Na základě stanovených výzkumných cílů a předpokladů byla vyhodnocena data z dotazníku. Podklady byly zpracovány pomocí programu Microsoft® Office Excel 2007.

4.1 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 1

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit úroveň vědomostí všeobecných sester o nutnosti správné hydratace při léčbě geriatrických klientů. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný předpoklad č. 1, který byl na základě předvýzkumu upraven: Předpokládáme, že 85 % a více všeobecných sester má znalosti týkající se hydratace geriatrických klientů.

Předpokladu č. 1 se týkaly otázky č. 6, 7, 12, 13. Tyto otázky se týkaly zjišťování základních příznaků dehydratace, množstvím celkové vody ve stáří, ovlivňování příjmu tekutin jinými symptomy a zjišťování příjmu tekutin u pacientů.

Tab. č. 18. Analýza výzkumného předpokladu č. 1

	Otázka č. 6	Otázka č. 7	Otázka č.12	Otázka č.13	Průměr
Správně	62 %	96 %	100 %	100 %	89,5 %
Nesprávně	38 %	4 %	0 %	0 %	10,5 %

Závěr: 89,5 % všeobecných sester má vědomosti týkající se nutnosti správné hydratace při léčbě geriatrických klientů. **Výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

4.2 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 2

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace klientů jsou efektivní. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládáme, že 85 % a více všeobecných sester považuje v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace za neefektivní. Předpokladu se týkaly otázky č. 5 a 16. Tyto otázky se týkaly zjištění, zda respondenti používají nějaké metody ke zhodnocení hydratace při příjmu pacienta na oddělení a zda by uvítali ve vstupní

ošetřovatelské anamnéze položky týkající se této problematiky.

Tab. č. 19 Analýza výzkumného předpokladu č. 2

	Otázka. č. 5	Otázka č. 16	Průměr
Efektivní	36 %	30 %	33 %
Neefektivní	64 %	70 %	67 %

Závěr: 67 % všeobecných sester považuje v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace za neefektivní. **Výzkumný předpoklad není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

4.3 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 3

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, jak všeobecné sestry provádí edukaci klientů o pitném režimu. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný předpoklad: Předpokládáme, že 85 % a více všeobecných sester poskytuje úplné informace klientům o pitném režimu. Předpokladu se týkaly otázky č. 8, 9, 10, 15. V těchto otázkách byly zjišťovány základní informace o edukaci pacientů o pitném režimu a vhodných tekutinách a dále o zásadách edukace geriatrických pacientů.

Tab. č. 20 Analýza výzkumného předpokladu č. 3

	Otázka č. 8	Otázka č. 9	Otázka č. 10	Otázka č. 15	Průměr
Správně	100 %	74 %	90 %	76,4 %	85,1 %
Nesprávně	0 %	26 %	10 %	23,6 %	14,9 %

Závěr: 85,1 % všeobecných sester poskytuje úplné informace klientům o pitném režimu. **Výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Závěr analýzy: Dle výzkumného předpokladu č. 2 se v současné době nepoužívají žádné metody k hodnocení hydratace pacienta při příjmu na oddělení. Pouze 30 % sester hodnotí při příjmu pacienta stav sliznic, kožního turgoru a získává informace o návycích pacienta ohledně příjmu tekutin.

64 % všeobecných sester dle dotazníkového šetření by uvítalo rozšíření vstupní ošetrovatelské anamnézy o položky týkající se stavu hydratace pacienta, eventuálně omezení příjmu tekutin z důvodu chronického onemocnění.

5 Diskuze

Dle demografických údajů stoupá průměrný věk obyvatelstva. S tím souvisí i zvyšování počtu hospitalizovaných seniorů. Zhruba 60 % hospitalizovaných pacientů trpí příznaky dehydratace, které je důležité odhalit již při příjmu pacienta.

Správná hydratace je velmi důležitá, aby organismus fungoval. O nutnosti správné hydratace slyšíme dnes i v médiích, čteme o ní jak v odborných člancích, tak i v odborné literatuře. Mnoho pacientů, ale i zdravých lidí si neuvědomuje, jak důležitý pitný režim je. Právě dodržováním pitného režimu lze předejít i mnoha onemocněním a komplikacím chronických onemocnění. Je velmi důležité si uvědomit, že organismus vyloučí zhruba 2000–2500 ml tekutin za 24 hodin. A proto by měl člověk přijmout zhruba stejné množství tekutin. U geriatrických klientů je dostatečná hydratace velmi důležitá, právě z důvodu časté polymorbidity a farmakoterapie. Všeobecná sestra v této oblasti zaujímá velmi důležitou roli a měla by mít v této problematice dostatečné znalosti a vědomosti (Kožíšek 2006).

Téma k bakalářské práci bylo vybráno proto, že je tato problematika velice důležitá a dost často jsou pacienti právě kvůli dehydrataci opakovaně hospitalizováni. V bakalářské práci byly stanoveny 3 cíle a 3 výzkumné předpoklady a osloveno 50 respondentů z řad všeobecných sester KNL a. s.

Prvním cílem bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry mají dostatečné vědomosti o nutnosti správné hydratace při léčbě geriatrických klientů. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že všeobecné sestry mají dostatek znalostí a vědomostí o správné hydrataci. Ale je velmi důležité, aby se všeobecné sestry v této problematice dále vzdělávaly a získané informace použily v ošetrovatelském procesu a v edukaci pacientů. Je velmi důležité, aby se sestry aktivně podílely na uspokojování potřeby hydratace hlavně u geriatrických pacientů. Geriatrickí pacienti jsou velmi ohroženi vznikem dehydratace, právě z důvodu polymorbidit, či sníženého pocitu žízně nebo z důvodu deficitu sebepéče. Úkolem sestry v ošetrovatelském procesu je právě tyto problémy odhalit a nastavit správné cíle a intervence v péči o tyto pacienty. Důležité je si uvědomit, že seniorům je nutné tekutiny nabízet, a pokud nemají z nějakého důvodu omezený příjem tekutin, nabízet každou hodinu sklenici vody, čaje či jiné vhodné tekutiny (Pavlíčková 2007). Je nutné si uvědomit, zda je pacient v přijímání tekutin soběstačný a netrpí jinými symptomy jako je například dušnost, bolest. Hrabalová se ve své bakalářské práci zabývá také hydratací, dehydratací a jejími

důsledky. Porovnáním prací byla zjištěna shoda ve vhodnosti nabízených tekutin, kdy Hrabalová ve svém výzkumu zjišťovala nejvhodnější tekutiny. Shodly jsme se na slabě mineralizovaných vodách, slabých čajích a vodě z kohoutku. Dále Hrabalová ve své práci popisuje důsledky dehydratace, jako je onemocnění GIT (zácpa, cholelithiasa) a onemocnění urogenitálního systému, kam patří hlavně infekce močových cest a urolitiasa. Proto je velice důležité, aby všeobecné sestry měly dostatek vědomostí a informací, které umožní včas odhalit příznaky dehydratace a nastavit správné ošetrovatelské intervence.

V druhém cíli bylo zjišťováno, zda v současné době používané metody k hodnocení hydratace jsou efektivní. Při příjmu pacienta na oddělení se hodnotí stav výživy, Barthelův test všedních činností, Nortonova stupnice rizika vzniku dekubitů a získávají se další potřebné informace, které jsou nutné k nastavení ošetrovatelského plánu.

Myslíme si, že je s výhodou, aby vstupní ošetrovatelská anamnéza obsahovala položky týkající se hydratace pacienta. Dle výzkumného šetření se 64 % respondentů vyjádřilo pro doplnění anamnézy o položky týkající se hydratace. Je nutné si uvědomit, že dehydratace ovlivňuje smyslové vnímání a může způsobit dezorientaci, poruchy chování až delirium (Chval 2006). Z výzkumného šetření jsme zjistili, že všeobecné sestry ve většině případů nepoužívají žádné metody k hodnocení stavu hydratace. Jen 30 % sester hodnotí stav sliznic, kožní turgor a sbírá informace ohledně návyků v pitném režimu. Šafránková a Nejdlá (2006) v literatuře rozdělují právě příznaky dehydratace a hyperhydratace. Rozdělení se týká příznaků na kůži (suchost, snížený turgor, suché sliznice při dehydrataci a naopak otoky při hyperhydrataci). Dále je v literatuře zmiňována diuréza, která je při dehydrataci nízká. Neméně důležité jsou i příznaky postižení CNS, jako je změna vědomí, dezorientace až delirium (Šafránková, Nejdlá 2006). Proto je výstupem z bakalářské práce návrh nové vstupní ošetrovatelské anamnézy, která by pomohla odhalit již při příjmu pacienta na oddělení příznaky dehydratace nebo hyperhydratace.

Třetí cíl se týkal problematiky edukace pacientů ohledně pitného režimu. Z výzkumného dotazníku vyplývá, že všeobecné sestry umí edukovat pacienty o pitném režimu i o vhodných tekutinách. Pouze 14,9 % všeobecných sester podává neúplné informace pacientům o vhodných tekutinách. Co se týče edukace, je velmi důležité zjistit i sociální situaci pacienta, s kým žije, kdo o něho pečuje. A s výhodou je právě edukovat pečující osobu, aby se předešlo opakovaným hospitalizacím právě z důvodu

dehydratace, či zhoršení chronického onemocnění, které právě dehydratace může způsobit. Pokud pacient užívá dlouhodobě diuretika, je důležité ho na tento fakt upozornit a edukovat ho o správném množství přijímaných tekutin za 24 hodin. Vždy je nutné před edukací se přesvědčit, zda nám pacient rozumí. Pokud není schopen edukaci porozumět, je nutné edukovat rodinu, či pečující osobu.

Jak již bylo uvedeno na začátku diskuse, správná hydratace je pro člověka velmi důležitá. Při vypracovávání bakalářské práce bylo zjištěno, že je tato problematika řešena studenty nelékařských i lékařských oborů, a také je na trhu široká nabídka odborné literatury, která se tímto problémem zabývá. V bakalářských pracích, ve kterých byly vyhledávány informace a které se zabývaly problematikou hydratace geriatrických klientů, se nelékaři i lékaři zabývají hlavně příznaky dehydratace, soběstačností a smyslovým vnímáním těchto pacientů. V ošetrovatelském procesu, ale i v domácím prostředí je velmi důležitá prevence. Prevence stavů dehydratace funguje i v ordinacích praktických či odborných lékařů a již děti na základní škole se učí o nutnosti dodržovat správný pitný režim.

6 Návrh doporučení pro praxi

Dle výsledků výzkumného šetření, které proběhlo na oddělení všeobecné interny KNL a. s., bylo zjištěno, že nelékařský personál by uvítal rozšíření vstupní ošetrovatelské anamnézy o položky týkající se hydratace.

Výstupem z bakalářské práce je návrh revize ošetrovatelské dokumentace a rozšíření vstupní anamnézy o již zmiňované položky (viz Příloha č. 7).

Toto rozšíření by mělo pomoci včas odhalit příznaky počínající dehydratace, eventuálně hyperhydratace, a tím zahájit včas léčbu a naplánovat odpovídající ošetrovatelský plán, včetně cílů, intervencí a následné edukace pacienta.

7 Závěr

Bakalářská práce se zabývá významem hydratace v péči o geriatrické klienty. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje anatomii ledvin a vývodných cest močových, dále patofyziologii hydratací, jejich diagnostiku a léčbu. Dále pojednává o ošetrovatelské péči, zejména se zabývá úlohou sestry při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou hydratace. Dále je v bakalářské práci zmíněn význam potřeb v péči o geriatrické klienty, ošetrovatelské modely, které lze použít v plánování ošetrovatelské péče a v neposlední řadě ošetrovatelské diagnózy. Pro realizaci výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu pomocí dotazníku. Výzkum probíhal v KNL a. s., v březnu 2017. Bylo osloveno 50 respondentů z řad všeobecných sester Centra interních oborů, hlavně lůžkové části Všeobecné interny.

Byly zvoleny tři cíle bakalářské práce. Prvním cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají dostatečné vědomosti, týkající se hydratace při léčbě geriatrických klientů. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad byl v souladu s dotazníkovým šetřením. Druhým cílem bylo zjistit, zda v současnosti používané metody pro hodnocení hydratace klientů, jsou efektivní. Tento cíl byl splněn a druhý výzkumný předpoklad nebyl v souladu s dotazníkovým šetřením. Je potřeba rozšířit vstupní ošetrovatelskou anamnézu o položky týkající se hydratace. Třetí cíl se zabýval problematikou edukace klientů o pitném režimu. I zde byl výzkumný předpoklad v souladu s dotazníkovým šetřením.

Na základě těchto výsledků byl proveden návrh revize ošetrovatelské dokumentace a vstupní ošetrovatelská anamnéza, která obsahuje položky týkající se hydratace.

8 Seznam použité literatury

- Aktivity pro zdraví, *Dehydratace* (online). [cit. 2017-03-30] Dostupné z WWW: <http://www.aktivityprozdravi.cz/zdravotni-problemy/vylucovani-z-tela/dehydratace>
- BYDŽOVSKÝ, Jan, 2010. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-352-3.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada a.s. ISBN 978-80-247-9924-1
- FULMER T., WALLACE, Fulmer M. SPICES. An Overall assesment Tool for Adults. In trythis: Best Practices in Nursing Care to Older Adults (online), 2014, 1 [cit. 2017-03-30] Dostupné z WWW: <https://consultgeri.org/try-this/general-assesment/issue-1>
- HERDMAN, T H., KAMISUTRU, S., 2016. *Ošetrovateľské diagnózy*. Vydání 2. Praha: Grada a.s. ISBN 978-50-247-4328-8
- HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče*. Praha:Grada a.s. ISBN 978-80-247-9924-1
- HRABALOVÁ, Šárka. Hydratace u seniorů (hydratace, dehydratace a její důsledky, vhodné tekutiny). Olomouc, 2012. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
- HUDÁK, Radovan. David KACHLÍK, 2013. *Memorix Anatomie*. Triton: Praha ISBN 978-80-7387-674-6
- KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-240-4
- KOŽÍŠEK, František, 2006. Pitný režim. *Výživa a potraviny*. Praha: Výživaservis, č. 2, ISSN 1211-846X
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-2713-4
- LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Vydání 2. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-0
- Medixa.org *Dehydratace* (online). [cit. 2017-02-11] Dostupné z WWW: <http://cs.medixa.org/priznaky/dehydratace>
- MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie*. Vydání 2. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-3918-2
- JURÁŠKOVÁ, Božena. *Dehydratace - rizikový faktor ve stáří*. Zveřejněno: 1/2013. [cit. 2017-01-09] Dostupné z://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr030103pdf/

- VESELÝ, Ondřej. *Dehydratace, hypovolemické stavy*. Zveřejněno: 3/2012. [cit. 2017-01-09] Dostupné z: <http://pfyziol.fup.upol.cz/castwiki2/?p=4022>
- NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské obory*. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80247-2319-8
- PAVLÍČKOVÁ, Jana. *Pitný režim v geriiatrii. Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 3, s. 118. ISSN 1801-464X
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-1211-6
- POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrování v geriiatrii, hodnotící nástroje*. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-4316-5
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada a. s. ISBN 978-80-247-1777-7
- TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2
- VOKURKA, Martin a kol., 2014. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Vydání 3. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2039-9
- CHVAL, J. Delirium nealkoholické etiologie na somatickém oddělení. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2006, č. 2, s. 82-84 [cit. 2017-04-12]. ISSN 1803-5256. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/02/09.pdf>

9 Seznam příloh

Příloha č. 1	Protokol k provádění výzkumu
Příloha č. 2	Dotazník k předvýzkumu
Příloha č. 3	Výsledky předvýzkumu
Příloha č. 4	Dotazník k výzkumu
Příloha č. 5	Souhlas s použitím stávající ošetrovatelské anamnézy
Příloha č. 6	Stávající vstupní ošetrovatelská anamnéza
Příloha č. 7	Návrh nové vstupní anamnézy

Příloha č. 1 Protokol k provádění výzkumu



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	KOZOVÁ ILONA	
Studijní program/obor 3341 OŠETŘOVATELSTVÍ NEOBECNÁ PÉČE	Osobní číslo studenta 213000023	Ročník 3.
Téma práce	HVALAM HYDRATACE V PÉČI O GERIATRICKÉ KLIENTY	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KUL a s CENTRUM INTERNÍCH OBORŮ	
Jméno vedoucího práce	MgA. ALENA FELCOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka oddělení státní péče podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím Mgr. L. ŠKODOVÁ podpis	
Datum zahájení výzkumu	13.3. 2017	
Datum ukončení výzkumu	30.3. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	50	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 30.3. 2017

podpis studenta

Příloha č. 2 Dotazník předvýzkumu

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ilona Kozová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity v mé bakalářské práci na téma Význam hydratace při léčbě geriatrických klientů. Dotazník je zcela anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jednu z nabízených odpovědí. Děkuji Vám za Váš čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

1. Prosím, uveďte svůj věk:

- a) 18-25 let
- b) 26-40 let
- d) 41-50 let
- e) 50 a více

2. Prosím, uveďte své pohlaví:

- a) žena
- b) muž

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 1-5 let
- b) 6-15 let
- c) 16 let a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední odborné, ukončené maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

5. Při příjmu klienta na oddělení vyplňujete vstupní ošetřovatelskou anamnézu. Myslíte si, že by anamnéza měla obsahovat i položky týkající se například příznaků dehydratace, eventuálně návyků pacienta ohledně pitného režimu?

- a) myslím si, že vstupní anamnéza je dostatečná
- b) myslím si, že by anamnéza měla obsahovat několik otázek týkajících se hydratace
- c) nevím

6. Prosím uveďte základní známky dehydratace (vyberte více možností):

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| a) otoky dolních končetin | g) pocit žízně |
| b) dezorientace | h) dušnost, bledost |
| c) bolest hlavy | i) bledost |
| d) oschlé sliznice | j) bolest břicha |
| e) únava | k) zácpa |
| f) snížený kožní turgor, | |

7. Množství celkové vody ve stáří:

- a) je stejné jako u mladších jedinců
- b) se zvyšuje, a proto dochází k hyperhydrataci
- c) se snižuje, a proto může dojít k dehydrataci

8. Pocit žízně u seniorů je:

- a) snížený
- b) zvýšený
- c) stejný jako u mladších jedinců

9. Jaké doporučíte při edukaci pacientovi tekutiny (vyberte více možností):

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| a) jakékoliv, ať pije, na co má chuť | f) limonády |
| b) slabý čaj | g) džusy |
| c) ředěné ovocné šťávy | h) káva |
| d) slabě mineralizované vody | i) coca-cola, energetické drinky |
| e) voda z kohoutku | |

10. Jaké jsou zásady edukace klientů?

- a) připravím edukační materiál, letáky, které klientovi dáme
- b) na začátku edukace je důležité přesvědčit se, zda nám klient rozumí, zjistit jeho smyslové vnímání (zrak, sluch, orientaci)
- c) je lepší edukovat pouze rodinu

11. Jak zajišťujete u pacienta dostatečný příjem tekutin?

- a) často nabízím tekutiny a sleduji příjem a výdej tekutin
- b) tekutiny nechávám celý den na dosah pacienta
- c) sleduji příjem a výdej tekutin, pokud je nedostatečný, upozorním lékaře, aby naordinoval infuzi

12. Myslíte si že, dostatečný příjem tekutin u pacienta mohou ovlivňovat i další symptomy, jako je bolest, dušnost, porucha soběstačnosti?

- a) určitě ano
- b) možná trochu
- c) myslím, že ne

13. Jak často u pacienta zjišťujeme příjem tekutin?

- a) vždy, když vypije sklenici, množství zapíšeme
- b) v průběhu dne
- c) až po skončení směny

14. Jaké množství tekutin může přijímat klient, který je zařazený do dialyzačního programu a nemočí?

- a) zhruba 500 ml
- b) 1000-1500 ml
- c) není tu žádné omezení

15. Co nepatří mezi tekutiny (vyberte více možností)?

- a) káva
- b) sipping (doplňky stravy)
- c) jogurtové nápoje
- d) zahuštěné polévky
- e) nealkoholické pivo

Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnoval(a) vyplnění dotazníku.

Příloha č 3. Výsledky předvýzkumu

V předvýzkumu byl použit strukturovaný dotazník, který obsahoval 16 otázek. Ve výsledcích předvýzkumu nebyly zhodnoceny demografické údaje, ty budou zhodnoceny ve výzkumu.

Prvního předpokladu se týkaly čtyři otázky.

Otázka č. 6: Prosím uveďte základní známky dehydratace, bylo možno vybrat z více možností.

Správné odpovědi	100 %
Nesprávné odpovědi	0 %

Otázka č. 7: Množství celkové vody ve stáří? (odpovědi byly předdefinované)

Správná odpověď	100 %
Nesprávná odpověď	0 %

Otázka č. 12: Myslíte si, že dostatečný příjem tekutin mohou ovlivňovat i další symptomy, jako je bolest, dušnost, porucha soběstačnosti? (odpovědi byly předdefinované)

Správná odpověď	100 %
Nesprávná odpověď	0 %

Otázka č. 13: Jak často u pacienta zjišťujeme příjem tekutin? (odpovědi byly předdefinované)

Správná odpověď	100 %
Nesprávná odpověď	0%

Předpokladu č. 2 se týkala jedna otázka.

Otázka č. 5: Při příjmu klienta na oddělení vyplňujete vstupní ošetřovatelskou anamnézu. Myslíte si, že by anamnéza měla obsahovat i položky týkající se například příznaků dehydratace, eventuálně návyků pacienta ohledně pitného režimu?

Odpověď: Ano	100 %
Odpověď: Ne	0 %
Odpověď: Nevím	0 %

Předpokladu č 3. se týkaly čtyři otázky.

Otázka č. 8: Pocit žízně u seniorů je: (odpovědi byly předdefinované)

Správná odpověď	100 %
Nesprávná odpověď	0 %

Otázka č. 9: Jaké doporučíte při edukaci pacientovi tekutiny? (bylo možno označit víc odpovědí)

Správná odpověď	80 %
Nesprávná odpověď	20 %

Otázka č. 10: Jaké jsou zásady edukace klientů? (odpovědi byly předdefinované)

Správná odpověď	90 %
Nesprávná odpověď	10 %

Otázka č. 15: Co nepatří mezi tekutiny (bylo možno označit více odpovědí)

Správná odpověď	80 %
Nesprávná odpověď	20 %

Z výsledku předvýzkumu bylo zjištěno, že 100 % respondentů (všeobecných sester) má dostatečné informace týkající se problematiky hydratace klientů. 100 % respondentů by uvítalo rozšíření vstupní ošetřovatelské anamnézy o položky týkající se hydratace. 17 % respondentů poskytuje neúplné informace týkající se pitného režimu klientů. Na základě těchto zjištěných informací byl strukturovaný dotazník rozšířen o otázku týkající se předpokladu č 2.

Celkové zhodnocení předvýzkumu

Předpoklad č. 1

	Otázka č. 6	Otázka č. 7	Otázka č. 12	Otázka č. 13	průměr
Správně	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Nesprávně	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Předpoklad č. 2

	Otázka č. 5	průměr
Správně	100 %	100 %
Nesprávně	0 %	0 %

Předpoklad č. 3

	Otázka č. 8	Otázka č. 9	Otázka č. 10	Otázka č. 15	průměr
Správně	100 %	80 %	90 %	80 %	87, 5 %
Nesprávně	0 %	20 %	10 %	20 %	12, 5 %

Příloha č. 4 Dotazník k výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ilona Kozová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity v mé bakalářské práci na téma Význam hydratace při léčbě geriatrických klientů. Dotazník je zcela anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jednu z nabízených odpovědí. Děkuji Vám za Váš čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

1) Prosím, uveďte svůj věk:

- a) 18-25 let
- b) 26-40 let
- c) 41-50 let
- d) 50 a více

2) Prosím, uveďte své pohlaví:

- a) žena
- b) muž

3) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 1-5 let
- b) 6-15 let
- c) 16 let a více

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední odborné, ukončené maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

- 5) Při příjmu klienta na oddělení vyplňujete vstupní ošetřovatelskou anamnézu. Myslíte si, že by anamnéza měla obsahovat i položky týkající se například příznaků dehydratace, eventuálně návyků pacienta ohledně pitného režimu?**
- a) myslím si, že vstupní anamnéza je dostatečná
 - b) myslím si, že by anamnéza měla obsahovat několik otázek týkajících se hydratace
 - c) nevím
- 6) Prosím uveďte základní známky dehydratace (vyberte více možností):**
- a) otoky dolních končetin
 - b) dezorientace
 - c) bolest hlavy
 - d) oschlé sliznice
 - e) únava
 - f) snížený kožní turgor,
 - g) pocit žízně
 - h) dušnost, bledost
 - i) bledost
 - j) bolest břicha
 - k) zácpa
- 7) Množství celkové vody ve stáří:**
- a) je stejné jako u mladších jedinců
 - b) se zvyšuje, a proto dochází k hyperhydrataci
 - c) se snižuje, a proto může dojít k dehydrataci
- 8) Pocit žízně u seniorů je:**
- a) snížený
 - b) zvýšený
 - c) stejný jako u mladších jedinců
- 9) Jaké doporučíte při edukaci pacientovi tekutiny (vyberte více možností):**
- a) jakékoliv, ať pije, na co má chuť
 - b) slabý čaj
 - c) ředěné ovocné šťávy
 - d) slabě mineralizované vody
 - e) voda z kohoutku
 - f) limonády
 - g) džusy
 - h) káva
 - i) coca-cola, energetické drinky

10) Jaké jsou zásady edukace klientů?

- a) připravím edukační materiál, letáky, které klientovi dáme
- b) na začátku edukace je důležité přesvědčit se, zda nám klient rozumí, zjistit jeho smyslové vnímání (zrak, sluch, orientaci)
- c) je lepší edukovat pouze rodinu

11) Jak zajišťujete u pacienta dostatečný příjem tekutin?

- a) často nabízím tekutiny a sleduji příjem a výdej tekutin
- b) tekutiny nechávám celý den na dosah pacienta
- c) sleduji příjem a výdej tekutin, pokud je nedostatečný, upozorním lékaře, aby naordinoval infuzi

12) Myslíte si že, dostatečný příjem tekutin u pacienta mohou ovlivňovat i další symptomy, jako je bolest, dušnost, porucha soběstačnosti?

- a) určitě ano
- b) možná trochu
- c) myslím, že ne

13) Jak často u pacienta zjišťujeme příjem tekutin?

- a) vždy, když vypije sklenici, množství zapíšeme
- b) v průběhu dne
- c) až po skončení směny

14) Jaké množství tekutin může přijímat klient, který je zařazený do dialyzačního programu a nemočí?

- a) zhruba 500 ml
- b) 1000-1500 ml
- c) není tu žádné omezení

15) Co nepatří mezi tekutiny (vyberte více možností)?

- a) káva
- b) sipping (doplňky stravy)
- c) jogurtové nápoje
- d) zahuštěné polévky
- e) nealkoholické pivo

16) Používáte nějaké metody ke zhodnocení hydratace klienta při příjmu na oddělení?

- a) ano, prosím uveďte jaké.....
- b) ne, nepoužívám

Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnoval(a) vyplnění dotazníku.

Příloha č. 5 Souhlas s použitím stávající ošetrovatelské anamnézy



Krajská nemocnice Liberec, a.s.
nemocnice Liberec nemocnice Turnov

Oslovení

Jméno a příjmení Mgr. Škodová Iva

Organizace KNL a.s.

Ulice Husova 10

123 45 Město

Váš dopis / ze dne:

Naše značka:

Vyřizuje:

Liberec:

Věc: Žádost

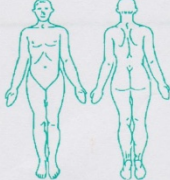
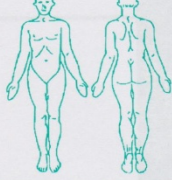
Text..... Tímto žádám o povolení použít ve své bakalářské práci „ Význam hydratace v péči o geriatrické klienty“, vstupní ošetrovatelskou anamnézu.

Děkuji Kozová Ilona ,studentka 3.ročníku kombinovaného studia oboru všeobecná sestra.

Souhlasím

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
interní oddělení
Mgr. Iva Škodová
vrchní sestra

Příloha č. 6 Stávající vstupní ošetřovatelská anamnéza

 Krajská nemocnice Liberec, a.s. nemocnice Liberec nemocnice Turnov		Husova 357/10, 460 63 Liberec IČO: 27283933		 Ošetřovatelská anamnéza vstupní / překládová Platnost od: 01. 03. 2017	
1/2					
Pacient	Identifikační číslo:	Příjem na oddělení - datum a čas:			
	Odd.:	Důležité informace:			
Kontakt	☐ Vstupní vyšetření pacienta není možné z důvodu:				
	☐ Nespolupracuje  ☐ Dezorientace  ☐ Porucha vědomí 	☐ Nevidomý/špatně vidí  ☐ Hluchý/špatně slyší  ☐ Porucha komunikace			
Bolest	☐ Ano ☐ Ne VAS:  Charakter: Lokalizace:	Kůže	☐ Otoky ☐ Defekt/dekubit ☐ OP rána Lokalizace: 		
Dýchání	☐ Dušnost ☐ Zajištění dýchacích cest ☐ Oxygenoterapie				
Soběstačnost	☐ Oblékání dopomoc  ☐ Hygiena dopomoc/celková koupel  ☐ Chůze/dopomoc  ☐ Posazovat/polohovat 	Pomůcky	☐ Brýle/kontaktní čočky ☐ Naslouchátko ☐ Zubní protézy horní, dolní ☐ Berle/hůl/ortéza/chodítka/vozik 		
Výživa	☐ Dopomoc  ☐ Dieta/zvyklosti Hmotnost: Výška:	1. Je BMI < 20,5 kg/m², BMI = ☐ Ano ☐ Ne 2. Zhubnul pacient nechtěně za poslední 3 měsíce? ☐ Ano ☐ Ne 3. Snížil pacient příjem stravy v posledním týdnu? ☐ Ano ☐ Ne 4. Je pacient závažně nemocen? ☐ Ano ☐ Ne			
	Pokud je alespoň 1 z odpovědí kladná (nebo nelze zvážit), screening je pozitivní - sestra informovala MUDr.				
Vypřažďování	☐ Problémy s močením ☐ Inkontinenční pomůcky  ☐ PMK, den: velikost:				
	☐ Problémy se stolicí ☐ Inkontinence stolice  ☐ Stomie				
Vstupní informace	☐ Seznámení s odd., signalizací, ovlad. postele ☐ Informace o prevenci pádu a dekubitů, hygiena rukou, bolest				
	☐ Identifikační náramek přiložen ☐ Předpoklad kontaktu (sociální pracovník, duchovní)				
Vstupní anamnézu sepsala:			Datum + čas:		

Příloha č. 7 Návrh nové vstupní anamnézy

Vstupní ošetřovatelské vyšetření

Jméno pacienta:

Důležité informace:

Rodné číslo:

Alergie:

Datum a čas příjmu na oddělení:

KONTAKT:

Spolupracuje	ano	RP	ne
Dezorientace	RP	ano	ne
Porucha vědomí	RD	ano	ne
Porucha sluchu	RP	ano	ne
Porucha zraku	RD	ano	ne
Porucha komunikace	ano	ne	

DÝCHÁNÍ:

Dušnost	ano	ne
Zajištění dýchacích cest	ano	ne
Oxygenoterapie	ano	ne

BOLEST:

Ano

Ne

Charakter

Lokalizace

VAS



KŮŽE:

Otoky

Defekt / dekubit

OP rána

Lokalizace



SOBĚSTAČNOST:

Oblékání dopomoc	ano	ne
------------------	-----	----

Hygiena dopomoc	ano	ne
-----------------	-----	----

Chůze dopomoc	RP	ano	ne
---------------	----	-----	----

Polohovat	RD	ano	ne
-----------	----	-----	----

POMŮCKY:

Brýle	RP	ano	ne
-------	----	-----	----

Naslouchadlo	ano	ne
--------------	-----	----

Zubní protéza	ano	ne
---------------	-----	----

Berle/hůl/chodítko/vozík	RP	ano	ne
--------------------------	----	-----	----

VÝŽIVA:

Hmotnost: Výška:

Zvyklosti:

BMI: Je BMI nižší než 20,5 kg/m²? ano ne

Snížil pacient příjem stravy? ano ne

Zhubnul pacient nechtěně za poslední 3 měsíce? ano ne

STAV HYDRATACE:

Sliznice suché vlhké Diuretika ve farmakoterapii ano ne

Kožní turgor normální snížený

Je pacient zařazený do dialyzačního programu ano ne

Omezení pitného režimu ano ne

Preferované tekutiny:

VYPRAZDŇOVÁNÍ:

Problémy s močením ano ne jaké

Inkontinence ano ne

PMK, den: velikost:

Problémy se stolicí ano ne jaké

Inkontinence ano ne

Stomie ano ne

Seznámení s oddělením, signalizací, ovládáním lůžka ano ne

Informace o prevenci pádu a vzniku dekubitů ano ne

Informace o hygieně rukou, hlášení bolesti ano ne

Identifikační náramek přiložen ano ne důvod

Předpoklad kontaktu (sociální pracovník, duchovní) ano ne

Anamnézu sepsal(a): Datum, čas:

Vysvětlivky:

RP (riziko pádu): u 2 a více odpovědí RP je pacient rizikový na pád

RD(riziko vzniku dekubitů): u odpovědi RD ano je pacient rizikový na vznik dekubitů

BMI: pokud je alespoň jedna z odpovědí kladná, informujte ošetřujícího lékaře

Hydratace: pokud pacient vykazuje známky dehydratace (snížený kožní turgor, oschlé sliznice) informujte ošetřujícího lékaře