



Hydratace u seniorů

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Kateřina Fialová**
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Mařanová





Hydration of seniors

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Kateřina Fialová**
Supervisor: Mgr. Kateřina Mařanová



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Fialová**
Osobní číslo: **Z13000058**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hydratace u seniorů**
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, zda senioři dodržují pitný režim.
2. Zjistit, zda jsou senioři informováni o významu pitného režimu.
3. Zjistit, zda jsou senioři informováni o rizicích dehydratace.
4. Vytvoření edukačního standardu s názvem Hydratace u seniorů.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Dostatečná hydratace je rovnováhou mezi příjmem a výdejem tekutin a významně ovlivňuje celkový zdravotní stav v každém věku, především ve vyšším věku, kdy lidé nepocítují žízeň a v souvislosti s tím si vhodně nerozvrhnou pitný režim během dne. Organismus ve vyšším věku není schopen fyziologicky hospodařit s tekutinami a následně dochází ke vzniku dehydratace. (Pokorná, 2013)

Výstupem z bakalářské práce bude edukační standard na téma Hydratace u seniorů.

Výzkumné předpoklady:

Výzkumné předpoklady budou revidovány na základě pilotní studie.

1. Předpokládáme, že 75% seniorů nedodržuje pitný režim.
2. Předpokládáme, že 60% seniorů je informována o důležitosti pitného režimu.
3. Předpokládáme, že 75% seniorů nezná rizika dehydratace.

Metoda:

Kvantitativní metoda.

Technika práce, vyhodnocení dat:

Pomocí dotazníku, tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 2007.

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum se uskuteční v Krajské nemocnici v Liberci a.s. na interním oddělení a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na interní gerontometabolické klinice v období leden až březen 2015.

Vzorek:

Skupinu respondentů budou tvořit pacienti od 65 do 75 let, u kterých bude sledována hydratace. Minimální počet respondentů 50.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- 1) ČEŠKA, Richard, et. al. Interna. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.
- 2) HEHLMANN, Annemarie. Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2612-0.
- 3) KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 4) LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2764-6.
- 5) MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 6) POKORNÁ, Andrea. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 7) POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 8) SCHÜCK, Otto. Poruchy metabolismu vody a elektrolytů: s klinickými případy. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3689-1.
- 9) SCHULER, Matthias a Peter OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
- 10) VOKURKA, Martin a kol. Patofyziologie pro nelékařské směry. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.
- 11) PRASAD, Kedar N. Micronutrients in Health and Disease. Hoboken: CRC Press, 2010. ISBN 978-143-9821-077.

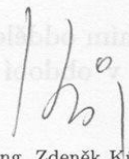
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Mařanová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 29. května 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2016


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 13. listopadu 2015

Studentka
Kateřina FIALOVÁ
Z13000058
Vilantice 61
544 01 Dvůr Králové nad Labem

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 4. července 2016
č.j.: 16/8515/024725-02

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

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 28. 6. 2016, zaevidované pod č.j.: 16/8515/024725-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Hydratace u seniorů“ pod vedením Mgr. Kateřiny Mařanové 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: 25.4.2017

Podpis: Fialová

Poděkování

Poděkovat bych chtěla zejména Mgr. Kateřině Mařanové, za odborné vedení bakalářské práce, za veškerou pomoc a užitečné podněty a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem všeobecným sestrám z Fakultní nemocnice Hradec Králové a Krajské nemocnice Liberec, a.s. za veškerou ochotu a spolupráci při provádění výzkumného šetření v jejich zdravotnických zařízeních a pacientům obou oslovených zdravotnických zařízení, za vyplnění dotazníků při provádění mého výzkumného šetření. A v neposlední řadě, bych chtěla poděkovat rodině a přáteli, kteří mi byli a jsou vždy oporou, čehož si velmi vážím.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Kateřina Fialová
Instituce: Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Název práce: Hydratace u seniorů
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Mařanová
Počet stran: 73
Počet příloh: 3
Rok obhajoby: 2017

Souhrn:

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda senioři dodržují pitný režim, jestli jsou informováni o rizicích spojených s nedodržováním správného pitného režimu a významu pitného režimu. Dále bychom rádi vytvořili edukační standard pro sestry na téma „Hydratace u seniorů“, podle kterého by měly edukovat pacienty v rámci zlepšení informovanosti pacientů, a jejich dodržování pitného režimu. Pomocí tohoto edukačního standardu bychom chtěli snížit možná rizika spojená s jejich neznalostí.

Klíčová slova: hydratace, senior, edukace

Annotation

Name and surname: Kateřina Fialová
Institution: Technical university of Liberec
Faculty of Health Studies
Title: Hydration of seniors
Supervizor: Mgr. Kateřina Mařanová
Pages: 73
Apendix: 3
Year: 2017

Summary:

The main reason of this bachelor's final project is to find out if seniors comply with drinking regime, if they are informed associated with failure about noncomplying drinking regime and importance sence of the drinking regime. We would like to create an educational standart for nurses about „Hydratation in seniors“ according to which they should educate patients in order to improve a wareness of patients and their drinking regime.

We would like to reduce a possible risks associated with their ignorance by this educational standart.

Key words: hydration, seniors, education

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
1 Úvod.....	12
2 Teoretická část	13
2.1 Edukace seniora o hydrataci	13
2.1.1 Edukační proces a jeho fáze.....	13
2.1.2 Edukační cíle a edukační standardy	15
2.1.3 Edukace seniorů a její specifika.....	16
2.2 Stáří a stárnutí	16
2.2.1 Změny organismu podmíněné stářím	17
2.3 Uspokojování potřeby hydratace seniorů - edukace	19
2.3.1 Důležitost pitného režimu a rozdělení nápojů dle vhodnosti.....	20
2.3.2 Důsledky nedodržování správného pitného režimu z pohledu sestry.....	22
3 Výzkumná část.....	26
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady	26
3.1.1 Cíle práce	26
3.1.2 Výzkumné předpoklady	26
3.2 Metodika výzkumu	27
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku	27
3.4 Analýza výzkumných dat.....	28
3.5 Analýza výzkumných předpokladů a cílů.....	51
4 Diskuze	54
5 Návrh doporučení pro praxi.....	57
6 Závěr	58

Seznam použitých zkratek

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
Ca	vápník
Cl	chlór
CTV	celková tělesná tekutina
H	hodina
K	draslík
KO	krevní obraz
Kg	kilogram
L	litr
ml	mililitr
mmol	milimol
Mg	hořčík
Na	sodík
NaCl	chlorid sodný
např.	například
P	fosfor
S_{Na^+}	sérová koncentrace natria
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
UZ	ultrazvuk

1 Úvod

Správný pitný režim je důležitý pro organismus zejména ve stáří, kdy člověk ztrácí pocit žízně a nepřikládá tekutinám takovou důležitost. Proto je třeba se touto problematikou zabývat podrobněji. Pitný režim u seniorů je stále diskutované a medializované téma, přes to mnoho seniorů končí v nemocnici s diagnózou dehydratace organismu. Zdravotnický personál, ale i rodina by si měli více všímat stavu hydratace seniora a snažit se aktivně nabízet tekutiny a zajistit jejich větší dostupnost, také je více informovat o tom, co je vhodné a nevhodné zařazovat do pitného režimu, o rizicích jeho nedodržování, ale nejvíce o tom, proč je vlastně důležité dodržovat správný pitný režim.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, zda senioři dodržují pitný režim, jestli jsou informováni o rizicích nedodržování správného pitného režimu a významu pitného režimu. Celá bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá stářím, stárnutím a změnami, kterými organismus prochází v tomto období, hydratací z ošetrovatelského pohledu, nemocemi, které se váží na nedodržování pitného režimu, nápoji, které jsou vhodné a naopak nevhodné pro pitný režim a edukací vázající se na problematiku hydratace. Ve výzkumné části popisujeme výzkumné cíle, hypotézy, samotný průběh výzkumu a jeho metodiku, dále charakteristiku výzkumného vzorku, výsledky výzkumu a jejich analýzu. Výzkum jsme realizovali na základě dotazníkového šetření u pacientů hospitalizovaných v nemocnici. Na základě zjištěných údajů, bude vytvořen edukační standard pro sestry, který bude zaměřený na hydrataci seniorů.

2 Teoretická část

2.1 Edukace seniora o hydrataci

„Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence“ (Juřeníková, 2010, s. 11).

Pojem edukace lze definovat jako nepřetržité působení na chování a jednání např. pacienta za cílem způsobit kladné změny v pacientových znalostech, postojích, návycích a dovednostech. Důležitou součástí péče o hydrataci pacienta je edukace. Na edukaci se podílejí všichni ze zdravotnického týmu, ale nezastupitelnou roli v edukaci o hydrataci má sestra, kdy pacientovi poskytne informace o důležitosti pitného režimu, seznámí pacienta s vhodnými a nevhodnými tekutinami k pití a seznámí s vhodnou formou rozložení pitného režimu během celého dne. Nakonec sestra seznámí pacienta s riziky nedodržování pitného režimu. Tímto způsobem by si měl pacient osvojit znalosti a dovednosti týkající se správné hydratace. Sestra si může zvolit metodu edukace, kterou může být přednáška, vysvětlování, instruktáž, praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace, brainstorming, brainwriting, práce s textem a E-learning (Juřeníková, 2010; Šulistová a kol., 2012).

2.1.1 Edukační proces a jeho fáze

Edukační proces, je taková činnost, při které dochází k učení, záměrnému nebo nezáměrnému, lze ho přirovnat k ošetrovatelskému procesu, protože fáze obou procesů probíhají souběžně. Edukační procesy probíhají již od útlého věku až do konce života.

Edukačního procesu se účastní edukant, který je osobou učící se, edukátor, osoba vykonávající edukaci, edukační konstrukty, to jsou materiály, podle kterých edukátor provádí edukaci a edukační prostředí, což je místo, kde je edukace prováděna. Edukaci můžeme rozdělit na: základní, při které pacient získává nové vědomosti a dovednosti, reedukační, kdy pacient může navázat na předchozí zkušenosti a ty se dále prohlubují a nejčastěji používanou komplexní edukaci, kdy se pacientovi etapově předávají vědomosti (Juřeníková, 2010; Šulistová a kol., 2012).

Pro správnou edukaci potřebujeme znát základní mechanismy učení. Učení lze rozdělit podle formy na záměrné, kdy je záměrem konkrétní cíl a bezděčné, kdy je učení výsledkem činnosti směřované k jinému cíli. Dále učení můžeme rozdělit podle druhu, na učení podmiňováním, při kterém se pacient učí na základě vytváření podmíněného reflexu (např. strach), dále učení senzomotorické, při němž pacient získává předpoklady pro vykonávání činností. Tyto dovednosti jsou trvalé (plavání, jízda na kole). Dalším druhem je verbální učení, při kterém dochází k získání vědomosti. Na schopnost učení má významný vliv motivace, jak vnitřní tak vnější osobnost člověka, zpětná vazba, která je při procesu edukace důležitá, rozsah látky a způsob opakování (Juřeníková, 2010).

Fáze edukace - První fázi je počáteční pedagogická diagnostika, v této fázi sestra odhaluje znalosti, dovednosti a zvyky seniora o pitném režimu pomocí rozhovoru nebo pozorování, tato fáze hraje významnou roli pro stanovení cíle edukace. Nezbytné v této fázi je zjistit výši motivace, která nám může usnadnit, či ztížit naši snahu. **Druhou fázi** je realizace a způsob edukace, kdy si v této fázi sestra naplánuje cíle, metody, obsah, pomůcky, čas a způsob edukace. **Třetí fázi** je realizace, kdy je prvním krokem motivace pacienta k zájmu o edukaci, poté fáze, kdy aktivně předáváme informace o pitném režimu a na ni navazující fixace, při níž se nabyté znalosti a zkušenosti procvičují, na fixaci navazuje průběžné kontrolování a aplikace, kdy se snažíme, aby pacient dokázal nabyté vědomosti a dovednosti využít. **Čtvrtou fázi** je upevnění a prohlubování učiva, které je nezbytné pro uchovávání nabytých vědomostí do dlouhodobé paměti. **Pátou fázi** je zpětná vazba, kdy hodnotíme výsledky efektivnosti edukace, ke kterých v edukaci došlo a při které nesmíme zapomenout na sebehodnocení, které má velký motivační význam. Motivovat seniora k edukaci znamená v seniorovi vzbudit zájem o téma a to ho pak nutí k další aktivitě spojené s edukací na téma hydratace u seniorů. Pro správné motivování seniora je důležité,

abychom byli empatičtí a snažili se vžít do jeho role a svoje pocity na něho přenést, to pak seniora nutí vědomě nebo nevědomě nějak jednat. Motivovat lze různými způsoby, pomocí osobních faktorů, vlivu prostředí a osob z okolí seniora (Juřeníková, 2010; Šulistová a kol., 2012).

2.1.2 Edukační cíle a edukační standardy

Nejdůležitější fází v plánování edukace o hydrataci seniorů je vytvoření cílů a naplánování edukační metody a zdrojů edukace, je to rozhodující z hlediska kvality a edukace. Na základě cílů stanovíme postupy edukace, cíle lze rozdělit na afektivní, kdy zjišťujeme, co pacient cítí k tomu, co ví a co si myslí, dále kognitivní, zde zjišťujeme, co si pacient myslí a co ví a psychomotorické, kdy zjišťujeme, co pacient dělá jako výsledek jeho vědění, myšlení a cítění. Cíl si můžeme stanovit my, jako edukátoři, abychom později mohli zhodnotit, zda byla naplněna naše očekávání, nebo stanovit cíl z pohledu edukanta, kdy by forma měla být přizpůsobena danému pacientovi. Edukační cíle lze rozdělit na krátkodobé (cílem je jednotlivá lekce), dlouhodobé (konečný cíl). Správně stanovený cíl má být přiměřený schopnostem jedince, splnitelný, jednoznačný, musí souviset s hlavním cílem, komplexní a má mít možnost kontroly. Cíle by měly být formulovány ze strany edukanta (Juřeníková, 2010; Šulistová a kol., 2012).

Edukační standardy jsou vodítkem pro zajištění profesionální a kvalitní edukace. Ovlivňují kvalitu edukace, objektivní hodnocení kvality edukace, jsou závaznou normou. Edukační standard se skládá z těchto částí: téma edukace, charakteristika standardu, cíl edukace, pro koho je standard závazný, kdo se jím musí řídit, jak často a kým bude kontrolován, kritéria zabezpečení standardu, audit plnění stanovených kritérií standardu (Juřeníková, 2010).

2.1.3 Edukace seniorů a její specifika

Cílem edukace seniorů je posílit seniory v nepřetržitém učení a následném vzdělávání. Někteří senioři si dalším učením potvrzují svoje vlastní znalosti a pocit potřeby. Při vzdělávání seniorů je nutné dodržovat určitá pravidla a zásady. Měli bychom použít vhodnou formu edukace vzhledem k věku, zvolit dobrou organizaci průběhu edukace, mít správnou normu pro ověřování výsledků edukace, musíme umět brát ohled na rozdílnosti duševní i tělesné, ke kterým dochází ve stáří, edukovat o problémech, které jsou osobní i nadosobní (překračující hranici osobnosti), seniory co nejvíce při edukaci zapojit, musíme je umět emocionálně podpořit, potřebujeme mít přehledné písemné informace, je třeba stavět na informacích, které již senior má (Benešová, 2014; Šafránková a kol., 2006; Špatenková a kol., 2015).

Při komunikaci se seniory bychom neměli používat odbornou terminologii, a pokud ano, řádně pojem vysvětlit, protože jinak si senior myslí, že je daný pojem zřejmě nedůležitý. Při komunikaci a edukaci bychom měli brát ohledy na tělesné, duševní, kognitivní a psychosociální změny, zkušenosti seniora, dosažené vzdělání, osobnost a na míru schopnosti spolupráce. Musíme mluvit pomalu a srozumitelně a průběžně se ptát zda nám porozuměl. Senior by se neměl učit nic nazpaměť, měl by ale vědět, proč daný krok dělá a jaký má význam. Neměli bychom seniora zahltit mnoha informacemi najednou, ale měli bychom je rozdělit do více sezení, tak aby na sebe navazovaly (Kleťková a kol., 2008; Pokorná, 2010).

2.2 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí je fyziologický děj a je v souladu s přírodou. Stáří stojí na vrcholu procesu stárnutí, je to tzv. vyvrcholení stárnutí. Stáří je projevem a důsledkem vzniku

funkčních a morfologických změn. Při stárnutí dochází ke změnám buněk vlivem jejich opotřebení v důsledku působení zevních vlivů (chemické látky, potrava, mikroorganismy, stres), volných radikálů, genetiky a imunologie. U každého jedince tyto změny nastávají různě rychle a v různém rozsahu. Světová zdravotnická organizace stáří dělíme na: rané stáří, které je od 60 do 74 let, vlastní stáří od 75-89 let a dlouhověkost, začínající 90. rokem a více (Čevela a kol., 2012; Mlýnková, 2011).

2.2.1 Změny organismu podmíněné stářím

Celkový stav organismu, zhoršování až selhávání funkčnosti orgánů a geriatrická křehkost jsou pro zdravotníky výzvou. Ve stáří dochází k velkým změnám v tkáních a orgánech, však ne u všech jedinců stejně rychle, protože tyto změny jsou podmíněny genetickými dispozicemi a životním stylem, který je v dnešní době lehčí než v dřívějších dobách a v souvislosti s tím dochází k prodlužování věku. Stárnutím dochází postupně v těle ke zpomalení a oslabení dosavadních funkcí a klesá biologický adaptační mechanismus. Z pohledu psychosociálního dochází ke zhoršené schopnosti přizpůsobit se na novým životním podmínkám a situacím (Čevela a kol., 2012; Klevetová a kol., 2008).

Biologické změny, pohybový systém - Stárnutím se snižuje výška těla, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, páteř se ohýbá a ubývá kostní hmoty. Snižuje se pružnost vaziva a chrupavky začínají tuhnout zejména v kloubech. Dochází k úbytku svalové hmoty a tím i k poklesu její síly. Významně dochází k zpomalování nervových vzruchů, a to má za následek zhoršení svalové práce. Avšak hladké svaly plní svoji funkci až do vysokého věku života člověka.

Kardiopulmonální systém - Plíce svoji funkci snižují, zmenšují se i pohyby hrudníku z důvodu menšího přijímání kyslíku z vnějšího prostředí. Srdce přečerpává méně krve než dříve a tím dochází ke snižování průtoku krve orgány v těle, což se nejvíce projeví na funkci ledvin. Snižuje se elasticita cév s projevem hypertenze charakterizovanou vyšším systolickým tlakem a normálním diastolickým, protože dochází ke zvětšování

a prodlužování tepen, snižuje se jejich pružnost a to způsobuje narušení regulace krevního tlaku. Může docházet k snížené levostranné výkonnosti a tím k levostrannému srdečnímu selhávání. V cévách dochází k ukládání tukových látek a vápníku a v souvislosti s tím dochází k poklesu elasticity a jejich zužování s následnou ischemií určité části organismu. Mnohdy bývají postiženy věnčité tepny dolních končetin a mozkové tepny. **Trávicí systém** - Dochází k snižování množství trávicích šťáv a v důsledku toho se snižuje trávicí schopnost organismu, prodlužuje se doba rozkládání a vstřebávání potravy. Snížená svalová funkce a síla způsobuje chronickou zácpu. Játra i slinivka břišní se stávají méně výkonnými. **Pohlavní orgány a vylučovací systém** - U žen dochází k menopauze a poklesu dělohy. U mužů se snižuje potence a dochází ke zbytnování prostaty. Snižuje se kapacita močového měchýře a elasticita uretry, tím dochází ke stoupání post mikčního rezidua. S věkem ochabují i svalové svěrače kolem uretry a to může mít za následek vznik močové inkontinence. Snižuje se i pružnost a kapacita močového měchýře. **Koží systém** - Vlivem stáří kůže ztrácí svoji pružnost, ztenčuje se a tvoří se vrásky, zvyšuje se pigmentace a objevují se stařecké skvrny. **Nervový systém** - Výrazným projevem stárnutí nervového systému je ukládání lipofusinu a nahnědlého pigmentu. Na neuronech ve stáří dochází k biochemickým změnám, které mají vliv na pohotovost proudění vzruchů. Zhruba okolo 80 let dochází k úbytku neuronů asi o 15 %. Na obalech neuronů dochází ke vzniku senilních plátů, které mohou zapříčinit demenci. Začínají se projevovat poruchy chůze a rovnováhy v důsledku změn hlubokého cití. Během stárnutí může docházet k častějším poruchám spánku, zejména v jeho délce a kvalitě. **Smyslové orgány** - S přibývajícím věkem se zhoršuje vnímání okolního prostředí pomocí smyslových orgánů. Snižují se smyslové schopnosti např. zrak, sluch, chuť, čich a hmat. Dochází k úbytku receptorů pro polohu a pohyb, pocity síly, tlaku, tepla a chladu a to může zapříčinit úrazy (Čevela a kol., 2012; Klevetová a kol., 2008).

Psychosociální změny. V mnohých případech se lidé ve vyšším věku snaží být samostatní a snaží si zachovat kvalitní psychický stav až do stáří. Se stářím dochází i k zhoršené interpretaci okolního prostředí, což seniorovi přináší nejistotu, strach a to často vede k tomu, že senior přestává chodit ven a setkávat se s ostatními lidmi, je ostražitý a nedůvěřivý. Začínají se objevovat poruchy paměti, nerozhodnost a poruchy osobnosti. Narůstá počet demencí a Alzheimerovy demence. Psychosociální změny hodnotíme podle toho, jak tyto změny sám senior vnímá. Se zvyšujícím se

věkem přibývá chronických onemocnění, která mohou vést ke zhoršení soběstačnosti. Zhoršení soběstačnosti někteří senioři vnímají jako handicap a stydí se říci si o pomoc. Ve stáří člověk hůře snáší drobné zátěžové situace a po ztrátě svého partnera ztrácí chuť žít dál, dostávají se pocity osamělosti a to ovlivňuje kvalitu dalšího života. V této etapě života je člověk citlivější a více prožívá dané situace, je lehce zranitelný, ale ne vždy je toto pravidlem, staří může být i šťastným stádiem života. Stačí, pokud člověk přijme změny, ke kterým ve stáří dochází a porozumí jim (Čevela a kol., 2012; Klevetová a kol., 2008).

2.3 Uspokojování potřeby hydratace seniorů - edukace

Zejména ve vysokém věku je potřeba dodržovat správný pitný režim a hlavně vyváženost mezi příjmem a výdejem tekutin a to právě proto, že ve stáří se objevují poruchy pocitu žízně, ale i ledviny mají ve vyšším věku sníženou koncentrační schopnost. Močí člověk vyloučí minimálně 500 ml tekutin za den, trávicím traktem 100-200ml/den, sliznicemi dýchacích cest a pokožkou zhruba 500ml/den (Pokorná, 2013; Lukáš a kol., 2010).

Rozdělení tělních tekutin je v lidském těle značně významné z hlediska udržení homeostázy. Dospělý člověk vážící zhruba 70kg je tvořen z 60 %, tj. 42 l vody. Podíl vody v těle se dále rozděluje na celkovou tělesnou vodu (CVT), která se dále rozděluje na intracelulární tekutinu, která činí 40 % tělesné hmotnosti a to je 28 litrů a dále na extracelulární tekutinu, která tvoří 20 % tělesné hmotnosti, to je 14 l, tato tekutina se dále rozděluje do dvou dalších skupin: krevní plazmu (intravaskulární tekutinu), která tvoří 5 % tělesné hmotnosti, to je 3,5 l a dále na extravaskulární tekutinu, což je tkáňový mok, který tvoří zhruba 10,5 l. Tyto uvedené hodnoty platí spíše pro dospělé muže, protože ženy mají většinou podíl vody na tělesné hmotnosti zhruba o 10 % menší, protože ženy mají více tuku, který je hydrofóbní. Dále do tělních tekutin ještě řadíme transcelulární tekutinu, vzniklou z transportní a sekreční aktivity buněk. Mezi transcelulární tekutiny patří moč, žaludeční a střevní šťáva, žluč, sliny, komorová voda, endolymfa ve vnitřním uchu, synoviální tekutina, kterou obsahují klouby

a mozkomíšní mok. Látkové složení tělních tekutin člověka je podmíněno vznikem osmotických sil, které mají obrovský význam pro udržení hlavních oddílů celkové tělesné vody. Tělní tekutiny obsahují: nízkomolekulární organické látky, dále obsahují vysokomolekulární organické látky a anorganické látky (Mourek, 2012).

Při **sledování příjmu a výdeje tekutin** se sestra zaměří na množství přijatých tekutin a vyloučených tekutin, ale i na zhodnocení vnějšího okolí (teplota okolního prostředí, zda je léto či zima). Pro účelné hodnocení stavu tekutin potřebuje sestra správně identifikovat rizikové faktory např. zvracení, průjem, horečku, dále přesně zhodnotit příjem a výdej tekutin, to znamená mít všechny nádoby přesně označeny ryskou a množstvím objemu a správně zaznamenávat po vypití celého obsahu sledované nádoby. Sestra by také měla sledovat barvu moči a její množství, měla by zajistit pro rizikového pacienta i vhodné tekutiny, zejména neslazené, málo koncentrované čaje a běžnou pitnou vodu, nutno dbát i na vhodnou nádobu na tekutiny - nádoby speciálně uzpůsobené. Sestra musí zajistit vyšší frekvenci podávání tekutin rovnoměrně v průběhu celého dne: v kratších časových intervalech, měla by tím preventivně předcházet dehydrataci pacienta v průběhu péče např. před zákrokem a konzultovat to s lékařem např. podat hydratační roztoky parenterálně. Důležitá je i dostatečná péče o sliznice pomocí zvlhčujících tyčinek a péče o kůži s využitím hydratačních a vyživujících mlék a krémů. Sestra by měla sledovat, zda nedochází k osychání ústní sliznice, poklesu hmotnosti, oligurii, tachykardii, poklesu krevního tlaku, závratím, zhoršení psychiky, bolestem hlavy. Mezi **rizikové faktory nedodržování správného pitného režimu** patří věk nad 85 let, ženské pohlaví, poruchy kognice včetně demence spojených s dysfagií, poruchy nálad, které ovlivní chuť k jídlu a pití, multimorbidita, horečka, průjem, zvracení, diuretika, infekce, dehydratace v anamnéze (Pokorná, 2013; Kalvach, 2011).

2.3.1 Důležitost pitného režimu a rozdělení nápojů dle vhodnosti

Dostatečné množství tekutin obstarává jak látkovou výměnu, tak i správnou funkci ledvin, tedy vylučování škodlivých látek, které se v těle vytváří. Tekutiny zajišťují plnohodnotnou funkci všech orgánových systémů i fyzické a psychické funkce

a podporuje i fyziologický vzhled pokožky. Každý člověk potřebuje jiné množství tekutin, které se odvíjí od tělesné hmotnosti, věku, pohlaví, množství stravy a jeho složení, tělesné aktivitě, vlhkosti prostředí a proudění vzduchu, tělesné teplotě, atd. Zvýšené riziko dehydratace je u starších lidí, jejichž objem CTV se snižuje a zhoršuje se vstřebávací schopnost ledvin a klesá pocit žízně (Jeligová a kol., 2008).

Vhodné nápoje. Bez ohledu na věk je nejvhodnějším nápojem čistá voda. Tyto tekutiny je možné konzumovat v neomezeném množství dle potřeby organismu. Mezi vhodné nápoje se dále řadí: koncentrované ovocné a zeleninové šťávy, neslazené a slabé čaje (nejvhodnější zelené), nápoje z praženého obilí a bylinné čaje, které je třeba střídat, pokud nejde o cílenou léčbu (Jeligová a kol., 2008).

Podmíněně vhodné nápoje. Mezi podmíněně vhodné nápoje patří minerální vody, které je dobré pít v omezeném množství. Pokud se jedná o léčivou kúru, měly by být časově omezeny, nikoliv užívány dlouhodobě. Denní příjem středně mineralizovaných vod by neměl přesáhnout 0,5 l. Minerální látky můžeme rozdělit podle přijímaného množství na mikroelementy (železo, měď, zinek, mangan, jod, molybden, selen, fluor, chrom, kobalt) a makroelementy (vápník, fosfor, sodík, draslík, chlór, hořčík, síra). Mezi další podmíněně vhodné nápoje patří vody sycené oxidem uhličitým, které by měly být konzumovány jen výjimečně, lze je pít jen tehdy, pokud je potřeba zvýšená diuréza nebo k zlepšení trávicího traktu dle lékaře. Rizikem u těchto nápojů je, že mohou způsobit trávicí a žaludeční obtíže. Mléko a kakao patří spíše do tekuté výživy, než do pitného režimu (Prasad, 2010; Jeligová a kol., 2008).

Nevhodné nápoje. Mezi nevhodné nápoje, které bychom měli konzumovat opravdu jen ve výjimečných situacích, patří různé limonády, kolové nápoje, ochucené minerální vody, energetické nápoje, nektary apod. Tyto nápoje jsou nevhodnými, protože obsahují cukr, který zvyšuje pocit žízně a zvyšuje chuť k jídlu, organické kyseliny, které poškozují zubní sklovinu či kolové nápoje, které působí jako diuretikum a zvyšují hyperaktivitu u dětí. Dále káva a alkoholické nápoje, které nelze započítávat do pitného režimu, jsou jen chuťovým doplňkem. Pokud už pijeme kávu, měli bychom ji alespoň zapít sklenicí čisté vody. Zdravý člověk by neměl vypít více jak 0,5 l piva ani více jak 0,2 l vína za den (Jeligová a kol., 2010).

2.3.2 Důsledky nedodržování správného pitného režimu z pohledu sestry

Důsledkem dehydratace u seniorů je podle Topinkové např. delirium (Topinková, 2005). Dále např. Zámečník uvádí, že důsledkem dehydratace může být infekce močového ústrojí, či podle Schulera může nedodržování pitného režimu způsobit zácpu (Zámečník a kol., 2009; Schuler a kol., 2010).

U seniorů je **dehydratace** častým problémem, ale pokročilost dehydratace nepoznáme podle intenzity pocitu žízně. Mezi příznaky dehydratace patří suchá kůže, zmatenost, apatie, snížený kožní turgor, vrásky, tachykardie, hypotenze, atd., avšak tyto příznaky nastupují v různé míře. Dehydratace vzniká při zvýšené ztrátě tekutin, jako je nepřiměřená diuretická léčba, dekompenzovaný diabetes mellitus, zvracení, průjem či infekty s horečkou a pocením nebo jejich nedostatečném přívodu spojeným s chyběním pocitu žízně, nedostatečnou nabídkou a dostupností tekutin, dysfagií, zmateností, depresí. Pro určení dehydratace je potřeba sledovat diurézu a koncentraci moči, krevní obraz, který zahrnuje (hematokrit, koncentraci hemoglobinu, leukocyty), při dehydrataci je zvýšena sérová koncentrace sodíku a osmolarita séra, celková bílkovina, kreatin a urea. Dehydrataci rozdělujeme na izotonickou, hypotonickou a hypertonickou (Schuler a kol., 2010; Hehlmann, 2010).

Izotonická dehydratace je způsobena proporcionálními ztrátami vody a sodíku. Ztráty mohou být renální při léčbě diuretiky nebo extrarenální např. popáleniny. Mezi příznaky izotonické dehydratace patří: žízeň, hypotenze, tachykardie, bolest hlavy, únava, oligurie atd., dále v laboratoři najdeme zvýšený hemoglobin, hematokrit, celkovou bílkovinu a specifickou hmotnost moči (Češka, 2010; Kalvach, 2011).

Při **hypotonické dehydrataci** dochází k radikální ztrátě sodíku a současně dochází k přísunu tekutin. Příznaky hypotonické dehydratace jsou: zvracení, křeče, zmatenost, delirium, kóma, dále v laboratoři nalezneme sérový sodík, osmolaritu séra sníženou, hemoglobin a sérové bílkoviny zvýšené a zejména silně zvýšený hematokrit. (Kalvach, 2011).

Hypertonická dehydratace je způsobena většími úniky vody než sodíku. Příčinou může být pocení nebo snížený příjem vody. Mezi příznaky patří snížená sekrece slin,

suchý jazyk a sliznice, dochází i ke snižování napětí kůže. K hypertonické dehydrataci patří hypernatremie. Jedná se o poruchy elektrolytového metabolismu, při kterých S_{Na}^{+} přesahuje 145 mmol/l. U hypernatremie trvající déle než 48 hodin je důležité, aby její snížení bylo pomalé a nepřesahovalo snížení S_{Na}^{+} o 0,5 mmol/l/h a za 24 hodin o 10 mmol/l kvůli možnému rozvinutí mozkového edému. Ale u akutní hypernatremie trvající méně než 48 hodin se může korigovat rychleji, což je 1 mmol/l/h nicméně nesmíme podceňovat neurologické příznaky (Schück, 2013; Vokurka a kol., 2012).

Delirium se často vyskytuje u starších hospitalizovaných pacientů. V praxi dochází k jeho nedostatečné diagnostice. Příznaky deliria jsou zhoršená schopnost vnímání okolního prostředí, postižení paměti, porucha orientace, zvýšená nebo snížená aktivita, značná lekavost, úzkost, strach, deprese, poruchy spánku s děsivými sny a následně se sníženou bdělostí přes den, během dne se tyto příznaky střídají. Delirium rozdělujeme mezi hypoaktivní a hyperaktivní, také existuje i smíšená forma deliria. Jedním z důvodů deliria je právě dehydratace. Mezi další rizikové faktory se řadí: věk, demence, polypragmazie, akutní infekce, malnutrice, psychické trauma, atd. Symptomy nastupují rychle většinou v řádu několika hodin až dnů a ustupují až při odeznění vyvolávající příčiny. Delirium se diagnostikuje pomocí fyzikálního vyšetřování, farmakologické anamnézy, kde se zkontrolují všechny pacientem užívané léky, laboratorního vyšetření (základní biochemické vyšetření), EKG a zhodnotí se psychický stav pacienta. Delirium je léčeno nefarmakologicky vhodným přístupem k pacientovi, pravidelným režimem, zvýšeným dohledem a farmakologicky užíváním antipsychotik. Sestra by měla pacientovi pomáhat s orientací v prostředí a zajistit klidné okolí i klid na spánek (Schuler a kol., 2010; Topinková, 2005).

V důsledku dehydratace narůstá riziko vzniku **urolitiázy**, protože ledvinné tubuly vlivem zvýšeného množství antidiuretického hormonu zvyšují koncentraci definitivní moči. Je to přítomnost konkrementů v ledvinách nebo v odvodných močových cestách. Konkrementy vznikají z tvorby drobných krystalů solí nebo minerálních látek a mohou se i zvětšovat. Za normálních podmínek se krystaly solí a minerální látky vylučují močí z těla ven. Konkrementy se tvoří v důsledku dlouhodobého nesprávného pitného režimu, zvýšené konzumace jídla a nedostatku tělesné aktivity. Příčiny vzniku konkrementů dělíme na vnitřní (genetické, rasové, anatomické onemocnění) a vnější (klima, zaměstnání, dietní režim, léky). Toto onemocnění se diagnostikuje pomocí vyšetření moči (chemicky, sediment a bakteriologicky), pomocí ultrazvuku, počítačové

tomografie a scintigrafie. Léčba se přizpůsobuje podle stavu pacienta, velikosti konkrementu, lokalizace a také podle přání pacienta. U tohoto onemocnění je důležitá prevence, kdy po prodělaném onemocnění může za čas dojít k recidivě, proto se důležitost klade na pitný a dietní režim (Čoupková a kol., 2010; Pokorná, 2013; Zámečník a kol., 2009).

U pacienta s urolitiázou sestra zajistí teplé prostředí mimo průvan, dopomůže pacientovi do úlevové polohy. Zajistí dostatek tekutin, alespoň 3 litry na den, nejvhodnější jsou urologické, slabé, světlé a bylinné čaje, zejména v odpoledních a večerních hodinách. Pacient by také měl příjem tekutin regulovat podle ročního období např. v letních měsících zvýšit příjem tekutin. Sestra sleduje příjem a výdej tekutin, charakter moči, fyziologické funkce a to zejména tělesnou teplotu a bolest, musí pacienta edukovat o vyprazdňování moči do sběrné nádoby a sleduje účinky spazmoanalgetik. Sestra sleduje četnost odchodu stolice, příměsi a potíže s vyprazdňováním. Dále edukuje o nevhodnosti sedavého způsobu života v horkém a suchém prostředí (Čoupková a kol., 2010; Šafránková a kol., 2006).

Uroinfekce neboli infekce močových cest je onemocnění vyvolané zejména bakteriemi, ale i mikroorganismy mají svůj podíl na tomto onemocnění. Toto onemocnění patří mezi velmi rozšířené. Patří mezi nejčastější infekce ve stáří. Vlivem sníženého množství produkované moči je oslabena ochranná bariéra a tím může docházet k vzestupné infekci. Výskyt močových infekcí je mezi ženami a muži vyrovnaný. Branou infekce je anorektální oblast, u žen je rizikovým faktorem používání inkontinentních pomůcek. U mužů se riziko zvětšuje zbytnující prostatou. Uroinfekce je léčena podle druhu infekce např. při asymptomatické bakteriurii není potřeba užívání antibiotik. Další možností je symptomatická a podpůrná léčba, ke které patří zejména dostatečná hydratace a výživa, zachování soběstačnosti a prevence dekubitů (Topinková, 2005; Zámečník a kol., 2009; Pokorná, 2013).

Při infekci močových cest by sestra měla pacienta uložit v blízkosti toalety z důvodu častého močení. Pacient by měl ležet v teple a vyvarovat se průvanu. Sestra by měla sledovat příjem a výdej tekutin, dysurické potíže při močení, pacienta by měla poučit o nevhodnosti zadržování moče a také se postarat o správnou hygienu genitálií. Dále sleduje pacientovi fyziologické funkce, stupeň bolesti, teplotu a vyprazdňování stolice, provádí sterilní odběry a včas je odesílá do laboratoře, sleduje účinky léků a stav hydratace (Pokorná, 2013).

Inkontinence moči. Jedná se o jakýkoliv samovolný únik moči a značným způsobem ovlivňuje kvalitu života jedinců. Inkontinencí moči může člověk trpět v kterémkoli věku během svého života. U seniorů to je jeden z nejpodstatnějších problémů, poukazuje se tím na obtížnost ošetrovatelské péče. Při kvalifikaci a řešení samovolného úniku moči záleží i na psychosociálních faktorech. Ovšem mnoho lidí se za toto onemocnění stydí a nechtějí o něm mluvit a tak jen malá část populace trpící tímto onemocněním vyhledá odbornou pomoc. Mezi rizika vzniku inkontinence moče patří: infekce dolních močových cest, pokles pánevních orgánů, chronické onemocnění např. diabetes mellitus, užívání diuretik, omezená možnost pohybu, příliš dlouhá cesta na toaletu, atd. U mužů může být navíc způsobena zvětšující se prostatou. V geriatrii se setkáváme spíše s urgentní inkontinencí, dále se inkontinence dělí na paradoxní, stresovou a extrauretrální. Inkontinence se diagnostikuje pomocí anamnézy, všeobecného vyšetření a vyšetření moči, sonografie močových cest, urologického vyšetření a případně pomocí urodinamické diagnostiky. Léčba se dělí na farmakologickou a chirurgickou, kdy chirurgická forma léčby u seniorů není tak vhodná z důvodu zhoršujícího se zdraví. Ošetrovatelská péče se odvíjí od charakteru inkontinence, povahy a prognózy onemocnění, také od schopnosti sebe péče jedince a kooperace se zdravotníky a rodinou. Při inkontinenci používáme absorpční pomůcky pro inkontinentní pacienty, kdy doba použití jedné pomůcky je 4 hodiny, maximálně 8 hodin. Při každé výměně je důležité pokožku odvětrat, omýt a ošetřit ochrannými krémy (Zámečník a kol., 2009; Kalvach, 2008; Schuler a kol., 2010).

Zácpa je komplikované vyprazdňování s namáhavou defekací a pocitem neúplného vyprázdnění. Zácpu rozdělujeme na primární (způsobenou špatnou pohyblivostí střeva, poruchou vyprazdňovacího reflexu nebo anatomického původu) a na sekundární (způsobenou konkrétním onemocněním jako je např. nádor, zúžení střeva, atd.). Podle druhu zácpy se odvíjí i její léčba. Zácpa není jeden jediný příznak, ale soubor příznaků. Proto, aby byla diagnostikována zácpa, musí jedinec mít obtíže alespoň tři měsíce během jednoho roku. Mezi příčiny zácpy patří: deprese, imobilita, málo tekutin a vlákniny, diuretika, karcinom, hemoroidy, diabetes mellitus. Zácpa může způsobit inkontinenci stolice a moči, opakované močové infekce, hemoroidy. Pokud jsou všechna vyšetření v pořádku, přechází se na všeobecná opatření jako je dostatek tekutin, příjem vlákniny ve stravě, nácvik defekace a také zvažování možných vedlejších účinků léků (Martínek, 2010; Schuler a kol., 2010).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

3.1.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda senioři dodržují pitný režim.
2. Zjistit, zda jsou senioři informováni o významu pitného režimu.
3. Zjistit, zda jsou senioři informováni o rizicích dehydratace.
4. Vytvoření edukačního standardu s názvem „Hydratace u seniorů“.

3.1.2 Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že 70 % seniorů nedodržuje pitný režim.
2. Předpokládáme, že 62 % seniorů je informováno o důležitosti pitného režimu.
3. Předpokládáme, že 70 % seniorů nezná rizika dehydratace.

Výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě předvýzkumu.

3.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část jsme zvolili kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno v Krajské nemocnici Liberec, a.s. na interním oddělení a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na interní gerontometabolické klinice. Výzkum byl prováděn se souhlasem vedoucích pracovníků odborného zařízení a vedoucích pracoviště, kde byl výzkum realizován (viz Příloha č. 2).

Pro ověření cílů pomocí dotazníku byly stanoveny výzkumné předpoklady. Dotazníkové otázky byly formulovány na základě důkladného prostudování odborné literatury. Dotazník obsahoval 19 otázek. První 3 otázky byly identifikační. Otázky č. 7 a 14 byly filtrační. V dotazníku jsme použili i 4 výběrové otázky. Otázka č. 10 byla dichotomická, respondenti měli tedy možnost vybrat z 2 variant odpovědí. Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 byly polytomické výběrové, kdy respondenti mohli uvést pouze 1 správnou odpověď. Otázky č. 6, 11, 18, 19 byly polytomické výčtové, respondent tedy mohl zvolit více správných odpovědí. Za správné zodpovězení otázky č. 11 se považovala 1 správná odpověď, otázky č. 18 a 19 se považovaly za správně zodpovězené, tehdy pokud respondent uvedl alespoň 2 správné odpovědi. Možnosti otázky č. 12 byly pro snadnější hodnocení formulovány pomocí škály. Před zahájením výzkumného šetření proběhla v Krajské nemocnici Liberec, a.s. na interním oddělení pilotní studie, které se zúčastnilo 10 náhodně vybraných respondentů. Na základě její úspěšnosti a zjištění srozumitelnosti dotazníku byly struktura a formulace otázek ponechány pro samotné výzkumné šetření.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumné šetření bylo zahájeno v květnu 2016 a ukončeno v červnu 2016. Výzkumné šetření probíhalo v Krajské nemocnici Liberec a.s. a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Dohromady bylo osloveno 60 respondentů, 30 respondentů z interního oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s. a zbylých 30 respondentů z interní

gerontometabolické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové. Z 60 oslovených bylo 26 žen a 34 mužů. Oslovenými respondenty, byly osoby ve věku od 65 let a více, (tedy respondent nesměl být mladší 65 let), které potenciálně patří mezi ohroženou skupinu lidí nesprávným dodržováním pitného režimu. Návratnost dotazníku byla 100 % vzhledem k přítomnosti při jeho realizaci na daných oddělení.

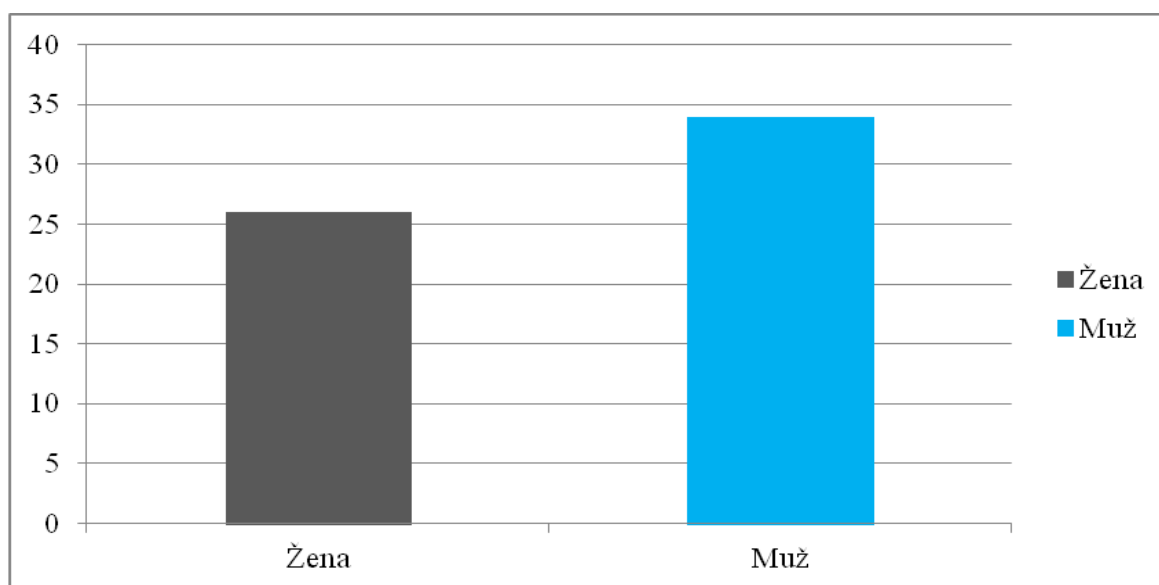
3.4 Analýza výzkumných dat

Výsledky výzkumného šetření byly shromážděny a zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. Na základě získaných dat jsme vypracovali přehledné tabulky a grafy, ve kterých jsou uvedeny hodnoty absolutní četnosti, relativní četnosti (v procentech zaokrouhleny na celá čísla) grafy jsou prezentovány v absolutní četnosti. Zeleně jsou zvýrazněny odpovědi, které byly vyhodnoceny jako správné po nastudování příslušné literatury, červeně pak odpovědi chybné.

Analýza dotazníkové položky č. 1

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Otázka č. 1	Absolutní četnosti (n)	Relativní četnosti v (%)
Žena	26	43
Muž	34	57
Celkem	60	100



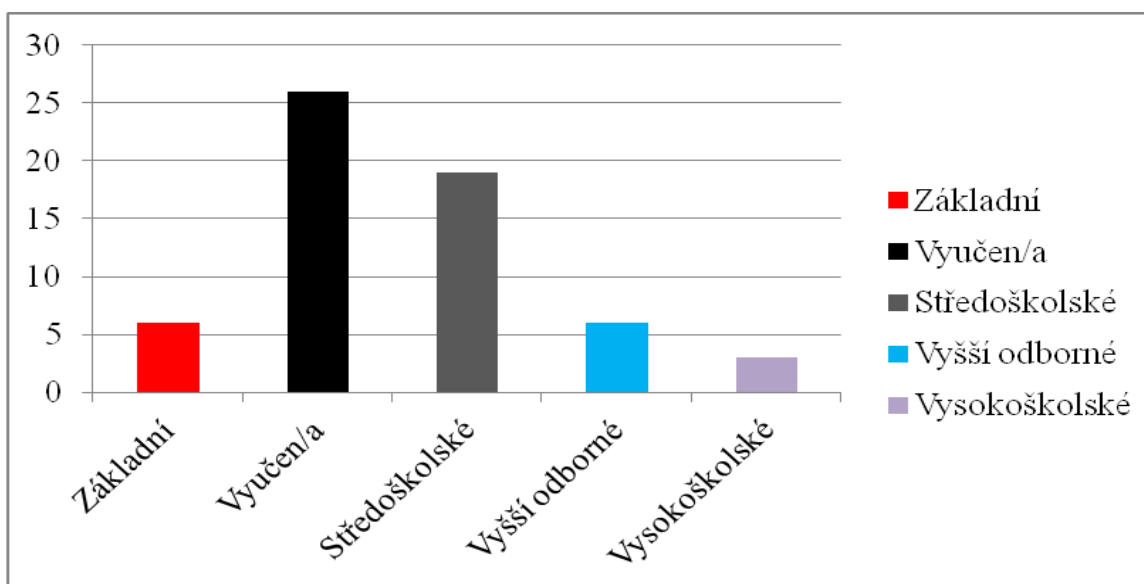
Graf 1 Pohlaví respondentů

Z tabulky č. 1 vyplývá, že ze zúčastněných respondentů bylo 26 (43 %) respondentů ženského pohlaví a 34 respondentů (57 %) mužského pohlaví.

Analýza dotazníkové položky č. 2

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Otázka č. 2	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	6	10
Vyučen/a	26	43
Středoškolské	19	32
Vyšší odborné	6	10
Vysokoškolské	3	5
Celkem	60	100



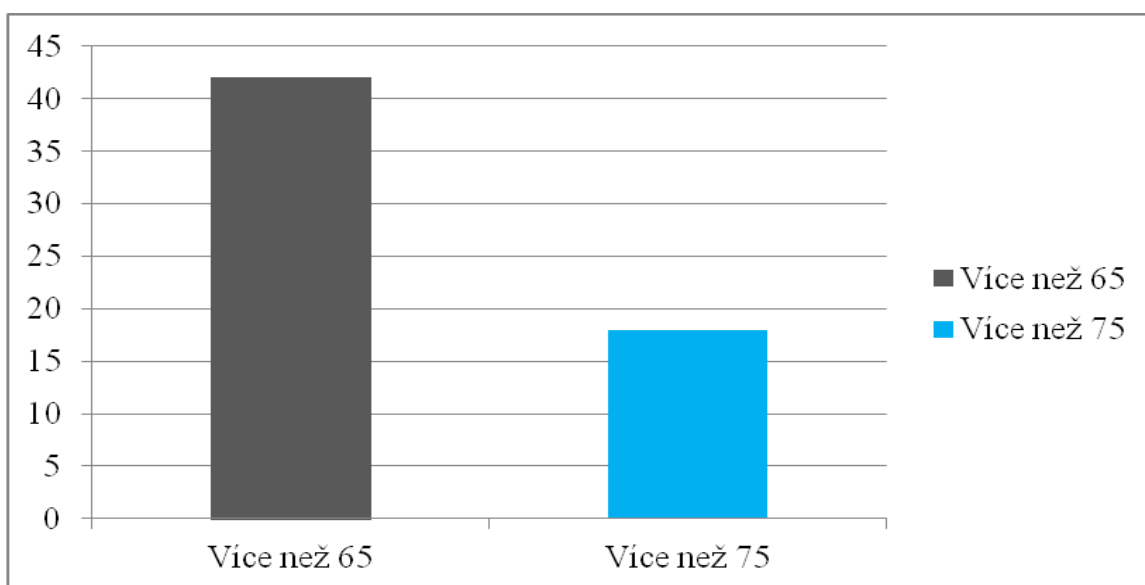
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z tabulky č. 2 vyplývá že, 6 (10 %) respondentů mělo základní vzdělání, 26 (43 %) respondentů mělo vyučení, 19 (32 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání, dále 6 (10 %) respondentů absolvovalo vyšší odbornou školu a vysokoškolské vzdělání měli 3 (5 %) respondenti.

Analýza dotazníkové položky č. 3

Tabulka 3 Věk respondentů

Otázka č. 3	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Více než 65	42	70
Více než 75	18	30
Celkem	60	100



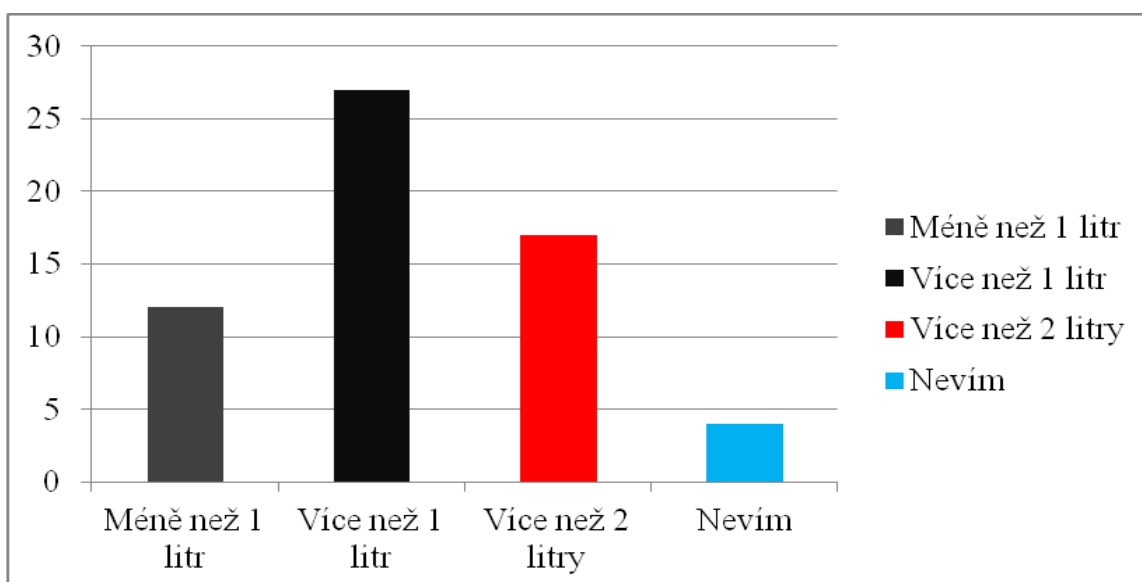
Graf 3 Věk respondentů

Z tabulky č. 3 vyplývá, že 42 (70 %) respondentů bylo starších 65 let a 18 (30 %) bylo starších 75 let.

Analýza dotazníkové položky č. 4

Tabulka 4 Množství tekutin, které repondenti za den vypijí

Otázka č. 4	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 litr	12	20
Více než 1 litr	27	45
Více než 2 litry	17	28
Nevím	4	7
Celkem	60	100



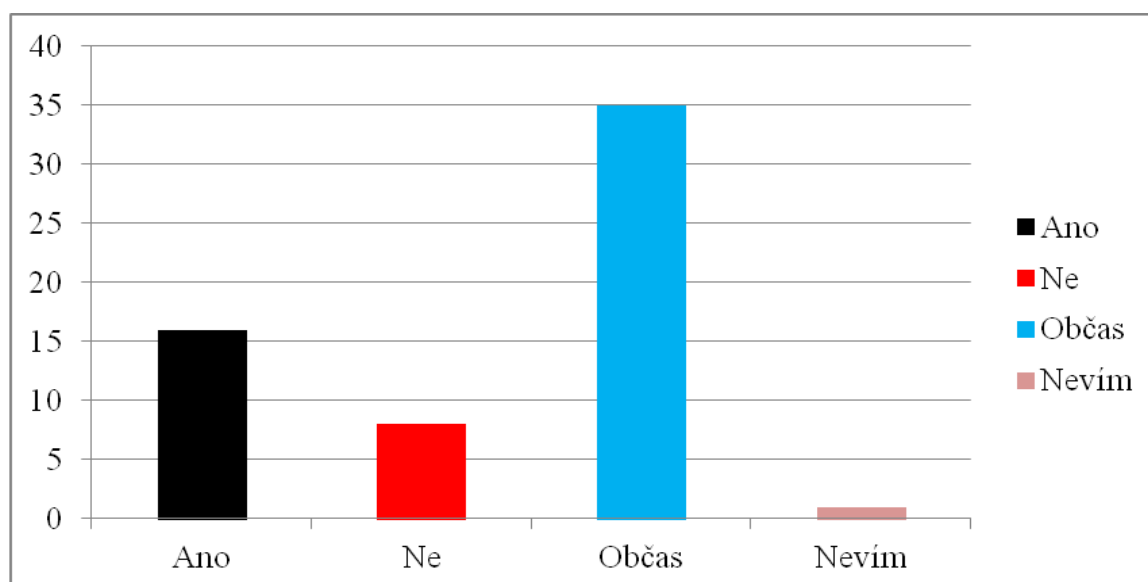
Graf 4 Množství tekutin, které repondenti za den vypijí

Z tabulky č. 4 vyplývá, že 12 (20 %) respondentů odpovědělo, že vypijí méně než 1 litr, 27 (45 %) vypije více než 1 litr, 17 (28 %) více než 2 litry, což bylo považováno za správnou odpověď, 4 (7 %) respondentů, neví kolik toho vypijí za den. Otázka měla pouze 1 správnou odpověď.

Analýza dotazníkové položky č. 5

Tabulka 5 Pocit žízně u respondentů

Otázka č. 5	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	16	27
Ne	8	13
Občas	35	58
Nevím	1	2
Celkem	60	100



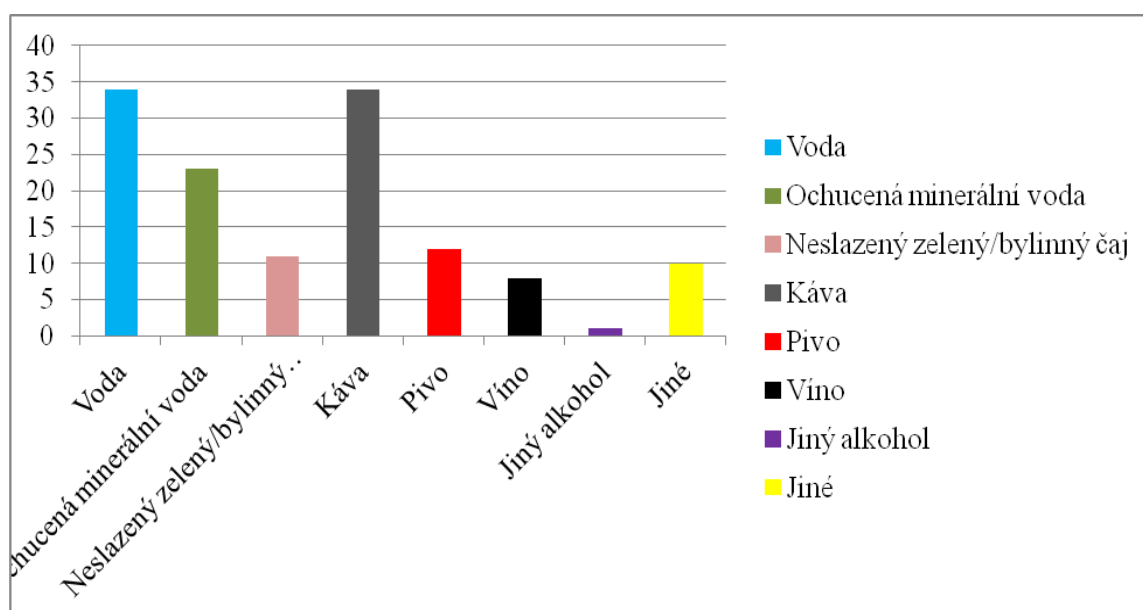
Graf 5 Pocit žízně u respondentů

Z tabulky č. 5 vyplývá, že 16 (27 %) respondentů pocítuje žízeň, 8 (13 %) respondentů zvolilo odpověď ne a 35 (58 %) respondentů zvolilo odpověď občas. Odpověď nevím byla zvolena 1 (2 %) respondentem.

Analýza dotazníkové položky č. 6

Tabulka 6 Nejčastější tekutiny, které respondenti pijí

Otázka č. 6	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Voda	34	26
Ochucená minerální voda	23	17
Neslazený zelený/bylinný čaj	11	8
Káva	34	26
Pivo	12	9
Víno	8	6
Jiný alkohol	1	1
Jiné	10	7
Celkem	133	100



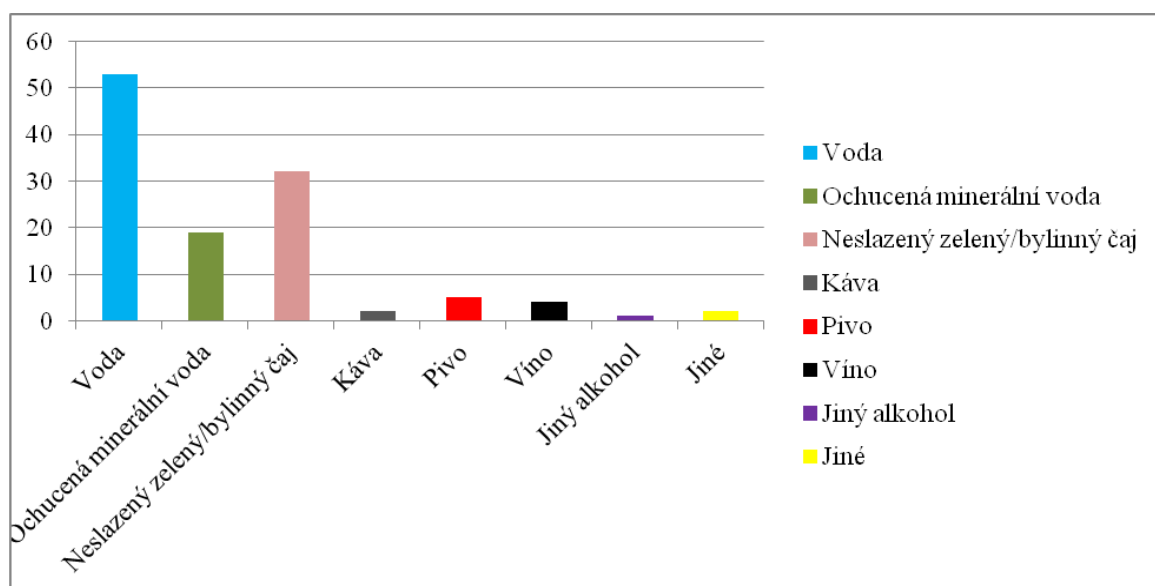
Graf 6 Nejčastější tekutiny, které respondenti pijí

Z tabulky č. 6 vyplývá, že 60 respondentů zvolilo celkem 133 odpovědi, z toho 34 (26 %) odpovědi bylo na vodu, 23 (17 %) na ochucenou minerální vodu, 11 (8 %) na neslazený zelený/bylinný čaj, 34 (26 %) na kávu, 12 (9 %) na pivo, 8 (6 %) na víno, na odpověď jiné bylo 10 (7 %) odpovědí, kdy doplnili, že nejčastěji pijí: pito, mléko, birel, šťávu, džus a odpověď jiný alkohol nezvolila žádná z oslovených osob.

Analýza dotazníkové položky č. 7

Tabulka 7 Vhodné tekutiny k pití podle respondentů

Otázka č. 7	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Voda	53	45
Ochucená minerální voda	19	16
Neslazený zelený/bylinný čaj	32	27
Káva	2	2
Pivo	5	4
Víno	4	3
Jiný alkohol	1	1
Jiné	2	2
Celkem	118	100
Správná odpověď	58	97
Špatná odpověď	2	3
Celkem	60	100



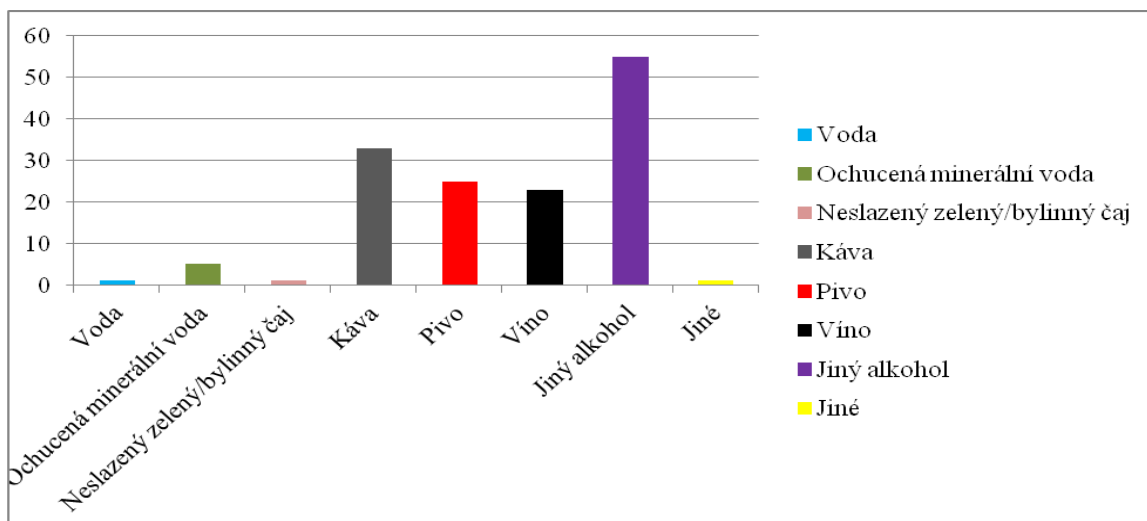
Graf 7 Vhodné tekutiny k pití

Z tabulky č. 7 vyplývá, že 60 respondentů na otázku mohlo zvolit více odpovědí, kdy jich celkově zvolilo 118, z toho 53 (45 %) odpovědí bylo na vodu, 19 (16 %) na ochucenou minerální vodu, 32 (27 %) na neslazený zelený/bylinný čaj, 2 (2 %) na kávu, 5 (4 %) na pivo, 4 (3 %) na víno, 1 (1 %) na jiný alkohol, na odpověď jiné byly 2 (2 %) odpovědi, kdy doplnili, že nejčastěji pijí: pivo, mléko. Správně odpovědělo 58 (97 %) respondentů, kdy vybrali podle hodnotícího kritéria alespoň 1 správnou odpověď ze 2 možných. Špatnou odpověď zvolilo 2 (3 %) z dotázaných.

Analýza dotazníkové položky č. 8

Tabulka 8 Nevhodné tekutiny k pití podle respondentů

Otázka č. 8	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Voda	1	1
Ochucená minerální voda	5	3
Neslazený zelený/bylinný čaj	1	1
Káva	33	23
Pivo	25	17
Víno	23	16
Jiný alkohol	55	38
Jiné	1	1
Celkem	144	100
Správná odpověď	21	35
Špatná odpověď	39	65
Celkem	60	100



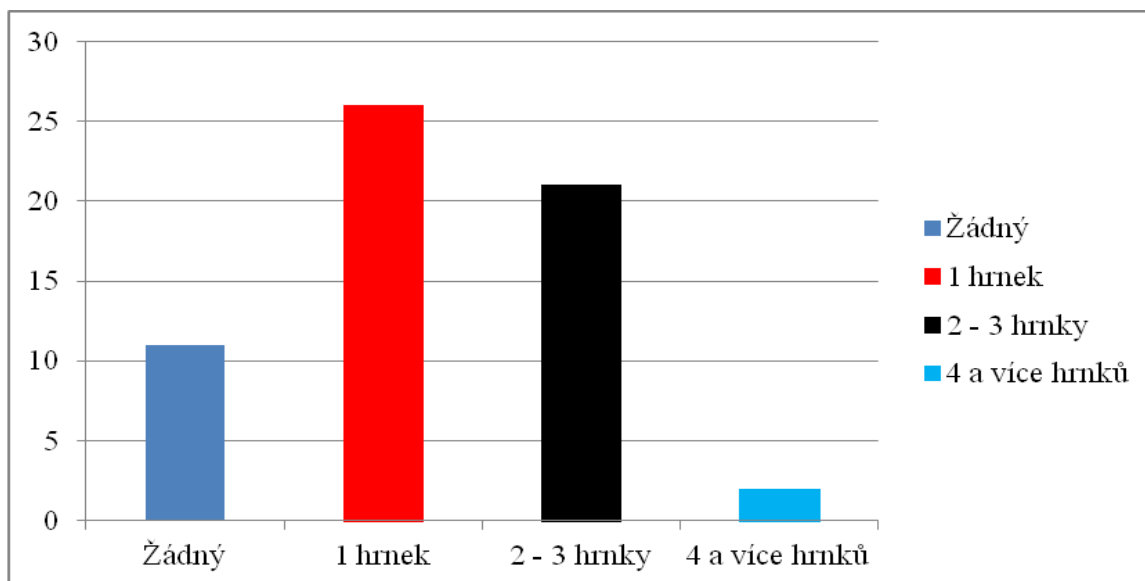
Graf 8 Nevhodné tekutiny k pití podle respondentů

Z tabulky č. 8 vyplývá, že respondenti na otázku mohli zvolit více odpovědí, kdy jich celkově zvolilo 144, z toho 1 (1 %) odpověď na vodu, 5 (3 %) na ochucenou minerální vodu, 1 (1 %) na neslazený zelený/bylinný čaj, 33 (23 %) na kávu, 25 (17 %) na pivo, 23 (16 %) na víno, 55 (38 %) na jiný alkohol, na odpověď jiné byla 1 (1 %) odpověď, kdy doplnil: džus. Správně odpovědělo 21 (35 %) respondentů, kdy vybrali podle hodnotícího kritéria alespoň 3 správné odpovědi ze 4 možných. Špatnou odpověď zvolilo 39 (65 %) z dotázaných.

Analýza dotazníkové položky č. 9

Tabulka 9 Množství vypitých hrnků (250 ml) černé kávy za den

Otázka č. 9	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žádný	11	19
1 hrnek	26	43
2 - 3 hrnky	21	35
4 a více hrnků	2	3
Celkem	60	100



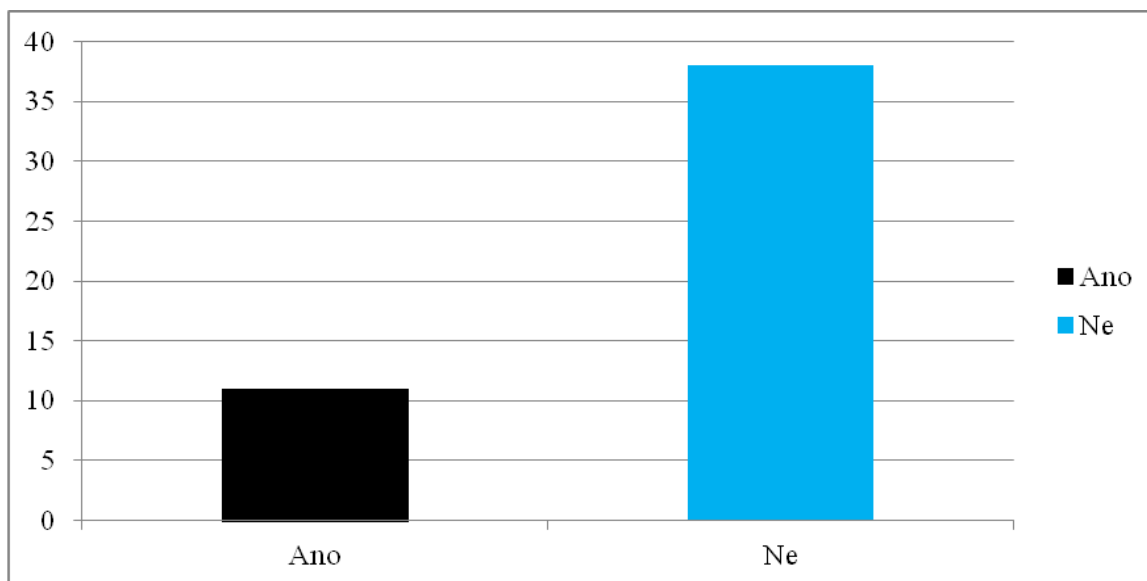
Graf 9 Množství vypitých hrnků (250 ml) černé kávy za den

Z tabulky č. 9 vyplývá, že 11 (19 %) respondentů nevypije žádnou kávu za den, 26 (43 %) respondentů 1 hrnek kávy denně, 21 (35 %) respondentů 2 - 3 hrnky kávy a 2 (3 %) respondenti 4 a více hrnků kávy za den.

Analýza dotazníkové položky č. 10

Tabulka 10 Sklenička vody (100 ml) ke kávě

Otázka č. 10	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	22
Ne	38	78
Celkem	49	100



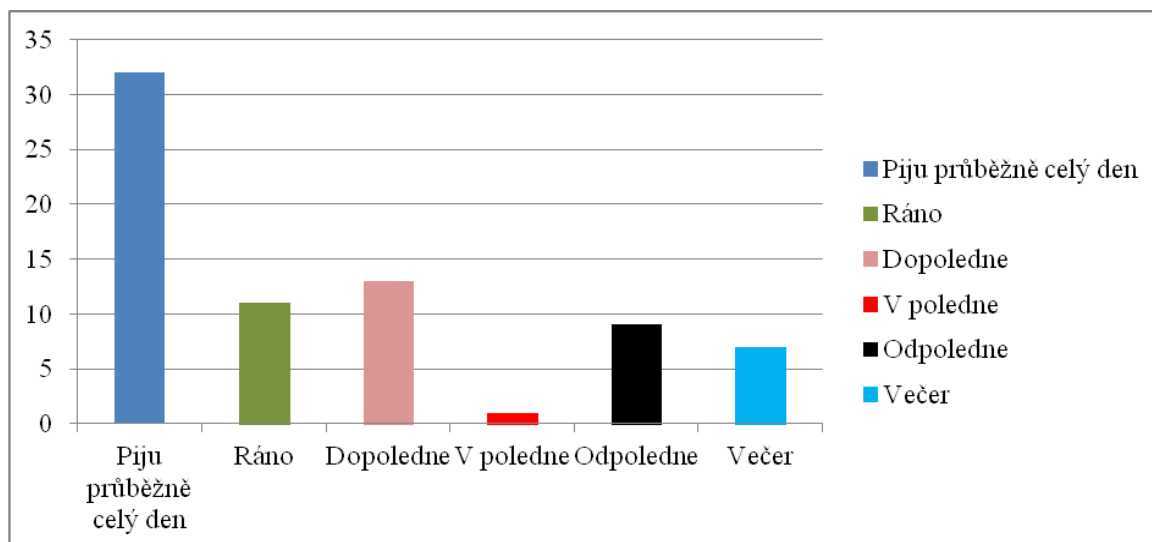
Graf 10 Sklenička vody (100 ml) ke kávě

Oslovili jsme 49 respondentů, kteří v předchozí otázce vybrali odpověď, že pijí kávu a pouze 11 (22 %) odpovědělo, že ke kávě vždy zároveň vypijí skleničku vody (100 ml), což bylo považováno za správnou odpověď a 38 (78 %) respondentů odpovědělo ne. Otázka měla pouze 1 správnou odpověď.

Analýza dotazníkové položky č. 11

Tabulka 11 Denní doba, ve které respondenti nejvíce pijí

Otázka č. 11	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Piju průběžně celý den	25	42
Ráno	10	17
Dopoledne	11	18
V poledne	1	2
Odpoledne	8	13
Večer	5	8
Celkem	60	100



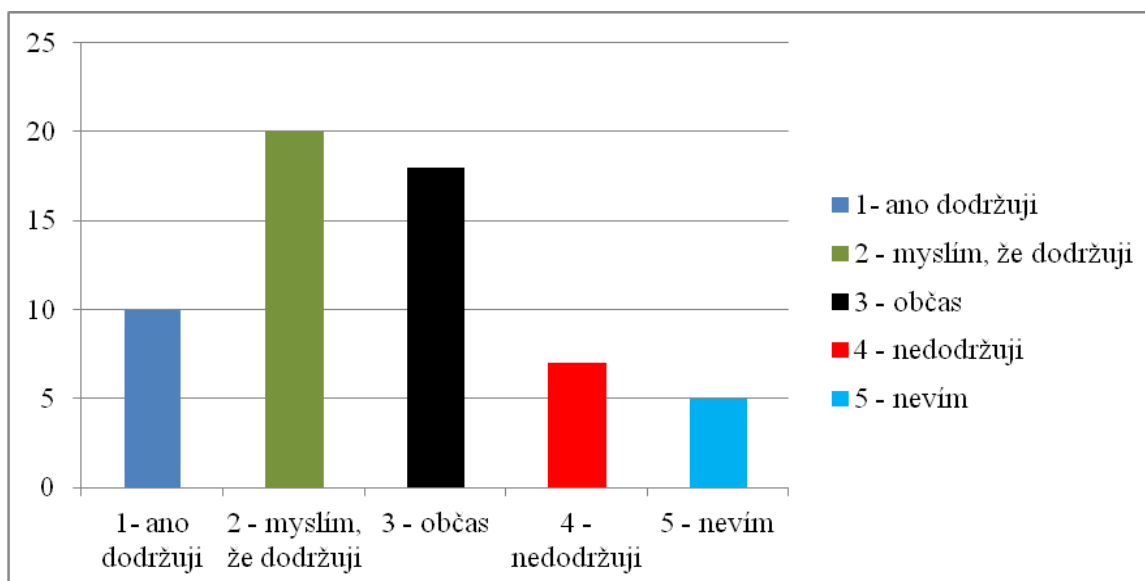
Graf 11 Denní doba, ve které respondenti nejvíce pijí

Z tabulky č. 11 vyplývá, že 25 (42 %) respondentů pije průběžně celý den, 10 (17 %) ráno, 11 (18 %) dopoledne, 1 (1 %) v poledne, 8 (13 %) odpoledne, 5 (8 %) večer. Správně odpovědělo 25 (42 %) respondentů, kdy otázka měla pouze 1 správnou odpověď.

Analýza dotazníkové položky č. 12

Tabulka 12 Dodržování pitného režimu

Otázka č. 12	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - ano dodržuji	10	17
2 - myslím, že dodržuji	20	33
3 - občas	18	30
4 - nedodržuji	7	12
5 - nevím	5	8
Celkem	60	100
Správná odpověď	48	80
Špatná odpověď	12	20
Celkem	60	100



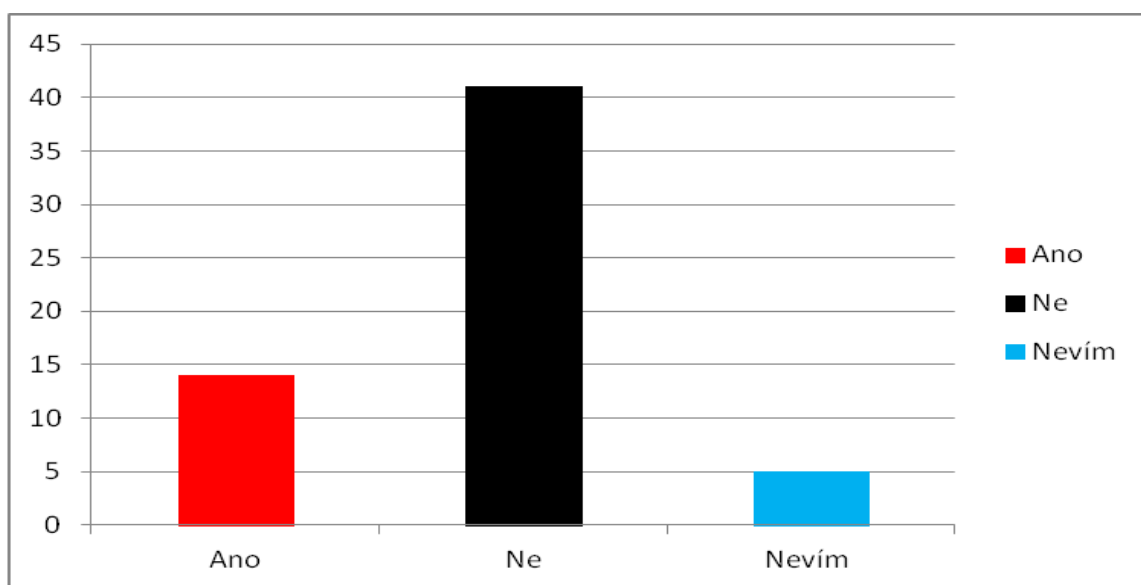
Graf 12 Dodržování pitného režimu

Z tabulky č. 12 vyplývá, že 10 (17 %) respondentů dodržuje pitný režim, 20 (33 %) si myslí, že dodržují pitný režim, 18 (30 %) občas dodržují pitný režim, 7 (12 %) nedodržují pitný režim, 5 (8 %) neví, zda dodržuje správně pitný režim. Správně odpovědělo 48 (80 %) respondentů. Špatně odpovědělo 12 (20 %), kdy otázka měla 3 správné odpovědi.

Analýza dotazníkové položky č. 13

Tabulka 13 Únik moči

Otázka č. 13	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	14	23
Ne	41	68
Nevím	5	9
Celkem	60	100



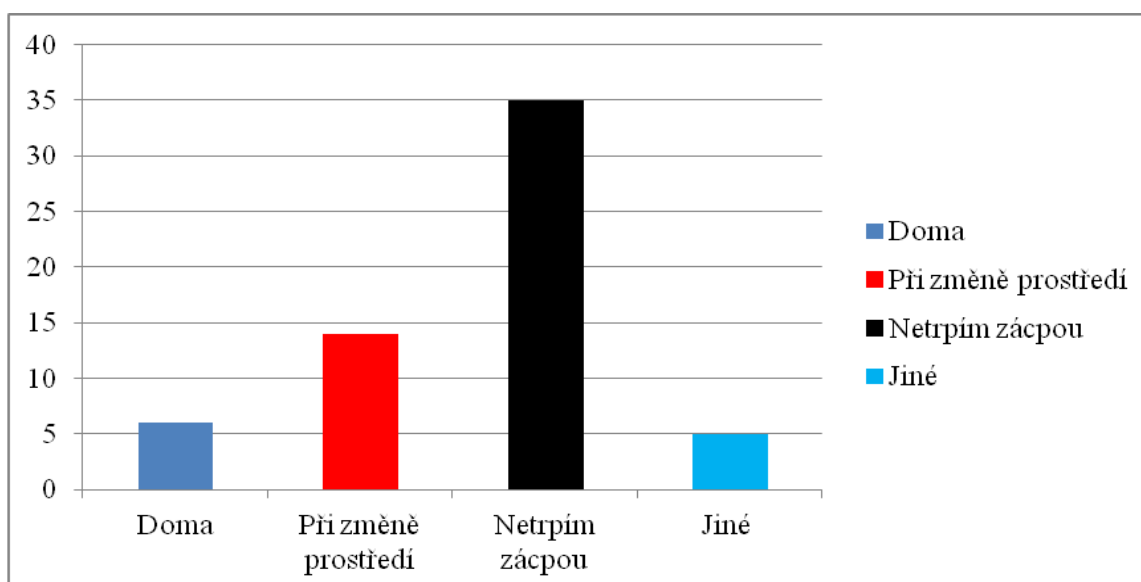
Graf 13 Únik moči

Z tabulky č. 13 vyplývá, že 14 (23 %) respondentů trápí únik moči, 41 (68 %) netrpí únik moči, 5 (9 %) neví, zda je trápí únik moči.

Analýza dotazníkové položky č. 14

Tabulka 14 Zácpa

Otázka č. 14	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Doma	6	10
Při změně prostředí	14	23
Netrpím zácpou	35	58
Jiné	5	9
Celkem	60	100



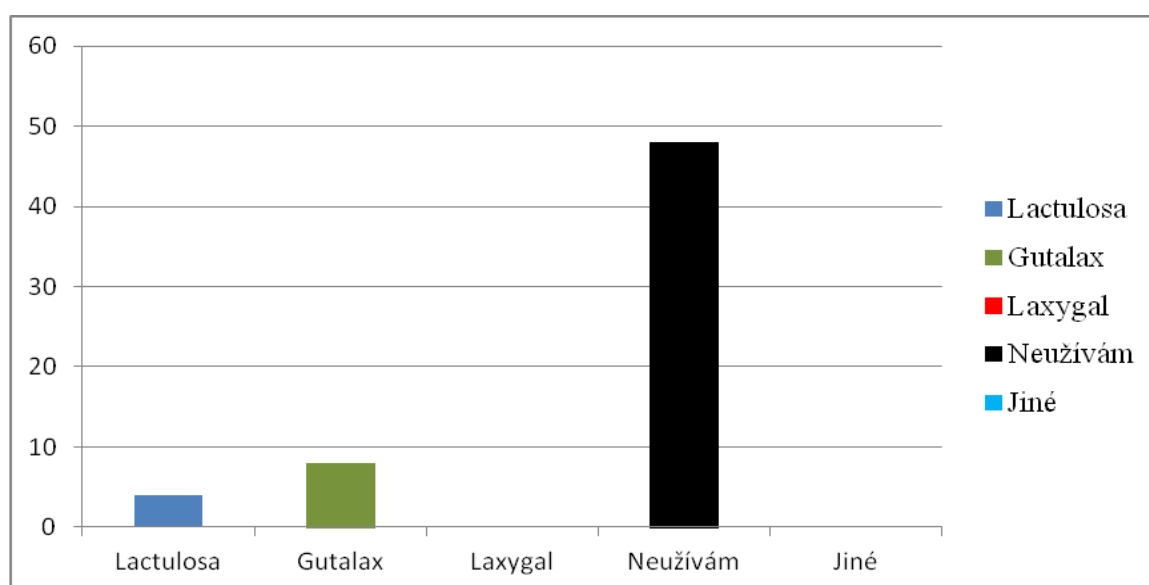
Graf 14 Zácpa

Z tabulky č. 14 vyplývá, že 6 (10 %) respondentů trpí zácpou doma, 14 (23 %) trpí zácpou při změně prostředí, 35 (58 %) netrpí zácpou a odpověď jiné zvolilo 5 (9 %) respondentů, kdy odpověděli, že je zácpa trápi občas nebo střídavě s průjemem.

Analýza dotazníkové položky č. 15

Tabulka 15 Léky na vyprazdňování

Otázka č. 15	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lactulosa	4	7
Gutalax	8	13
Laxygal	0	0
Neužívám	48	80
Jiné	0	0
Celkem	60	100



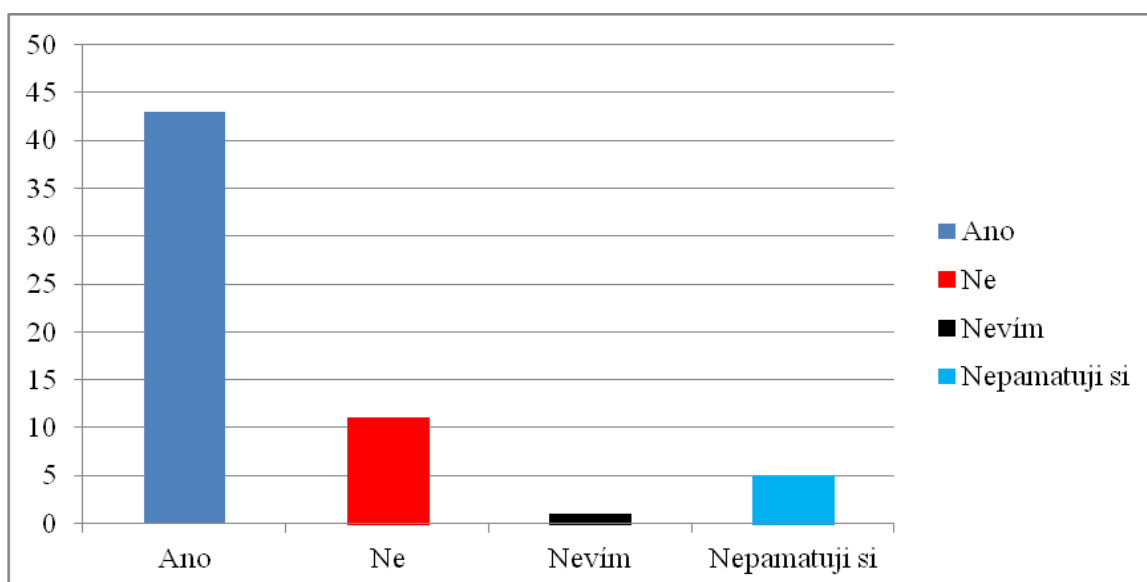
Graf 15 Léky na vyprazdňování

Z tabulky č. 15 vyplývá, že 4 (7 %) respondenti užívají Lactulosu, 8 (13 %) Gutalax, 48 (80 %) neužívá žádné léky na vyprazdňování. Odpovědi Laxygal a jiné nezvolil nikdo z oslovených respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 16

Tabulka 16 Informovanost o pitném režimu

Otázka č. 16	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	43	72
Ne	11	18
Nevím	1	2
Nepamatuji si	5	8
Celkem	60	100



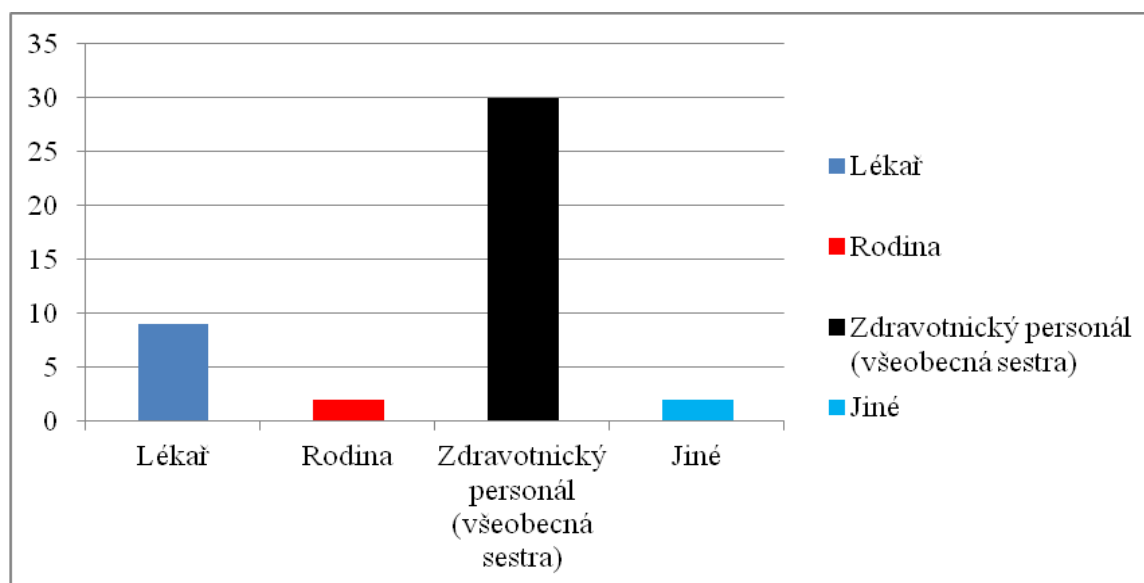
Graf 16 Informovanost o pitném režimu

Z tabulky č. 16 vyplývá, že 43 (72 %) respondentů bylo informováno o pitném režimu, 11 (18 %) nebylo informováno o pitném režimu, 1 (2 %) neví, 5 (8 %) si nepamatují.

Analýza dotazníkové položky č. 17

Tabulka 17 Osoba, kterou byli repondenti informováni o pitném režimu

Otázka č. 17	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lékař	9	21
Rodina	2	5
Zdravotnický personál (všeobecná sestra)	30	69
Jiné	2	5
Celkem	43	100



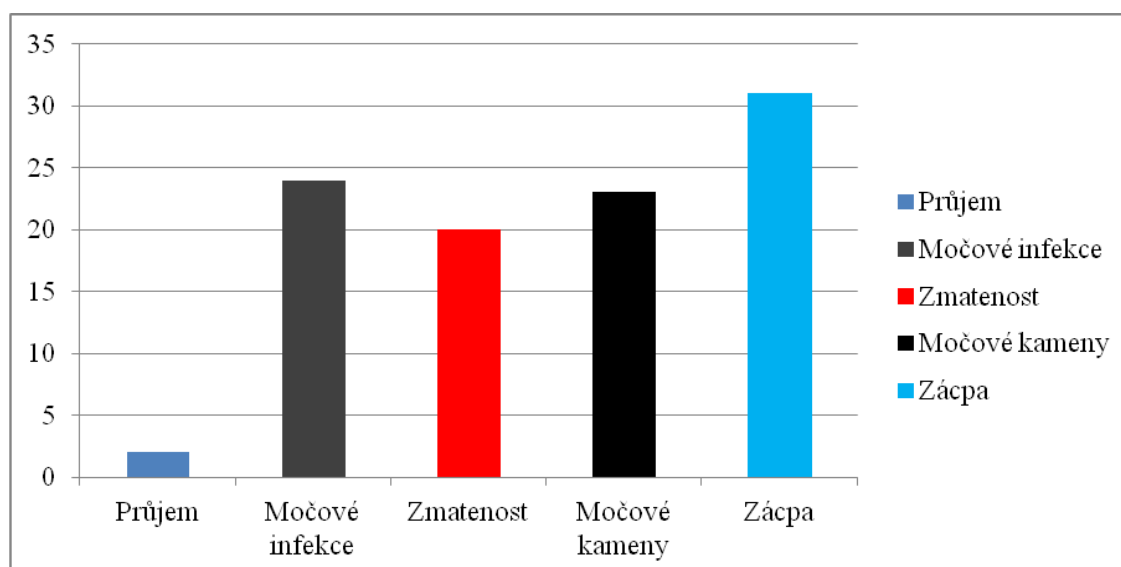
Graf 17 Osoba, kterou byli repondenti informováni o pitném režimu

Z tabulky č. 17 vyplývá, že z 60 respondentů pouze 43 bylo informováno o pitném režimu. 9 (21 %) bylo informováno lékařem, 2 (5 %) rodinou, zdravotnickým personálem 30 (69 %), 2 (5 %) zvolilo odpověď jiné, kdy odpověděli že jsou informováni ze sdělovacích prostředků a literatury nebo ze všeobecné informovanosti.

Analýza dotazníkové položky č. 18

Tabulka 18 Projevy nedostatku tekutin

Otázka č. 18	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Průjem	2	2
Močové infekce	24	24
Zmatenost	20	20
Močové kameny	23	23
Zácpa	31	31
Celkem	100	100
Správná odpověď	38	63
Špatná odpověď	22	37
Celkem	60	100



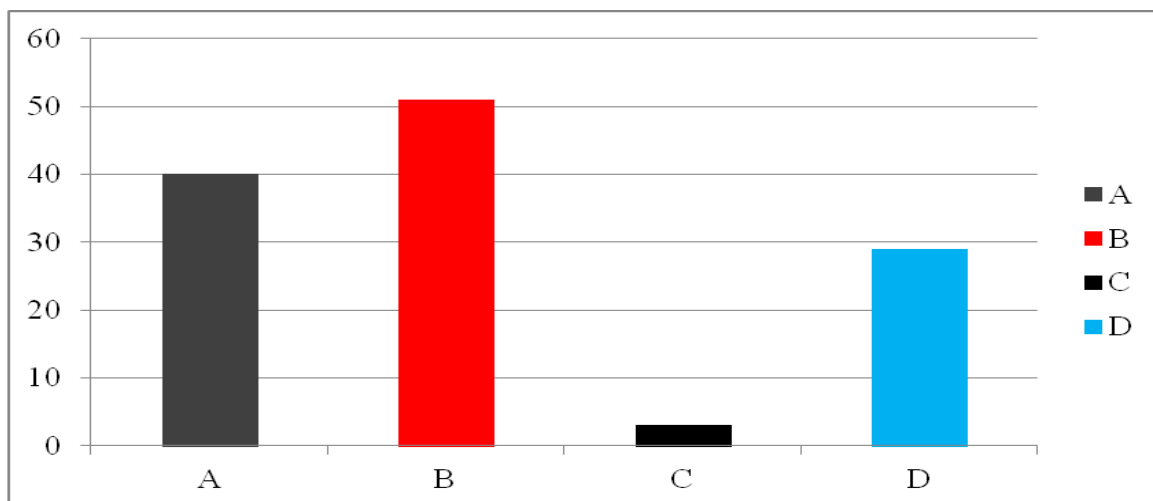
Graf 18 Projevy nedostatku tekutin

Z tabulky č. 18 vyplývá, že 60 respondentů na otázku mohlo zvolit více odpovědí, kdy jich celkově zvolilo 100, z toho 2 (2 %) odpovědi byly, že mezi projevy nedostatku tekutin patří průjem, 24 (24 %) močové infekce, 20 (20 %) zmatenost, 23 (23 %) močové kameny, 31 (31 %) zácpa. Správně odpovědělo 38 (63 %) respondentů, kdy respondenti zvolili alespoň 2 ze 4 možných odpovědí. Špatně odpovědělo 22 (37 %).

Analýza dotazníkové položky č. 19

Tabulka 19 Důležitost pitného režimu

Otázka č. 19	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Tělo se skládá zhruba z 60 % vody	40	33
Zlepšuje funkčnost ledvin	51	41
Udržuje pokožku suchou	3	2
Udržuje fyziologický vzhled pokožky	29	24
Celkem	123	100
Správná odpověď	41	68
Špatná odpověď	19	32
Celkem	60	100



Graf 19 Důležitost pitného režimu

Z tabulky č. 19 vyplývá, že 60 respondentů na otázku mohlo zvolit více odpovědí, kdy jich celkově zvolilo 123, z toho 40 (33 %) odpovědí bylo, že se tělo skládá ze 60 % vody, 51 (41 %), že zlepšuje funkčnost ledvin, 3 (2 %), že udržuje pokožku suchou, 29 (24 %), že udržuje fyziologický vzhled pokožky. Správně odpovědělo 41 (68 %) respondentů, kdy respondenti zvolili alespoň 2 ze 3 odpovědí možných. Špatně odpovědělo 19 (32 %) respondentů.

.

3.5 Analýza výzkumných předpokladů a cílů

Kapitola obsahuje analýzu a prezentaci dat získaných pomocí dotazníku a otázek, které souvisejí s danými cíli a předpoklady u výzkumného vzorku respondentů, kteří před vyplněním dotazníku nebyli edukováni.

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zda senioři dodržují pitný režim.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládáme, že 70 % seniorů nedodržuje pitný režim.

Tabulka 20 Analýza výzkumného předpokladu č. 1

Předpoklad č. 1	Dotazníkové položky				
	č. 4	č. 10	č. 11	č. 12	Průměr
Dodržují	28 %	22 %	42 %	80 %	43 %
Nedodržují	72 %	78 %	58 %	20 %	57 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Otázky č. 4, 10, 11, 12 se týkaly pitného režimu. Otázka č. 4 zjišťovala kolik, tekutin denně respondenti vypijí. Správně odpovědělo 28 % respondentů, kde hodnotícím kritériem bylo, že respondenti vypijí více než 2 litry z den. Otázka č. 10 se zabývala tím, zda respondenti ke kávě pijí skleničku (100 ml) vody, správně odpovědělo jen 22 % respondentů, hodnotícím kritériem byla odpověď ano. Otázka č. 11 se zabývala tím, v kterou denní dobu respondenti nejvíce vypijí, správně odpovědělo 42 % respondentů, kdy hodnotícím kritériem byla odpověď piji průběžně celý den. Otázka č. 12 se zabývala tím, zda si respondenti myslí, že dodržují správně pitný režim, správně odpovědělo 80 %, hodnotícím kritériem byly odpovědi 1- ano dodržuji, 2 - myslím, že dodržuji, nebo 3 - občas.

Závěr: Z celkového počtu respondentů nedodržuje pitný režim 57 %. Výzkumný předpoklad č. 1 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda jsou senioři informováni o důležitosti pitného režimu.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládáme, že 45 % seniorů je informována o důležitosti pitného režimu.

Tabulka 21 Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Předpoklad č. 2	Dotazníkové položky			
	č. 7	č. 8	č. 19	Průměr
Informováni	72 %	97 %	98 %	89 %
Neinformováni	28 %	3 %	3 %	11 %
Celkem	100 %	100 %	100 %	100 %

Otázky č. 7, 8, 19 se týkaly důležitosti pitného režimu. Otázka č. 7 se zabývala tím, zda respondenti vědí, které tekutiny patří mezi vhodné k pití a správně na otázku odpovědělo 72 % všech dotázaných, otázka č. 8 zjišťovala, zda respondenti vědí, co patří mezi nevhodné tekutiny k pití a správně odpovědělo 97 % dotázaných. Na otázku č. 19, která se zabývala tím, zda respondenti vědí, proč je pitný režim důležitý, správně odpovědělo 98 % dotázaných, hodnotícím kritériem byly alespoň 2 správně zvolené odpovědi.

Závěr: Z celkového počtu respondentů je informováno 89 % o důležitosti pitného režimu. Výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda senioři znají rizika dehydratace.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládáme, že 70 % seniorů nezná rizika dehydratace.

Tabulka 22 analýza výzkumného předpokladu č. 3

Předpoklad č. 3	
	č. 18
Zná	98 %
Nezná	3 %
Celkem	100 %

Otázka č. 18 se zabývala tím, zda respondenti vědí, jak se může na člověku projevit nedostatek tekutin, správně odpovědělo 98 %, hodnotícím kritériem byly alespoň 2 správně zvolené odpovědi.

Závěr: Z celkového počtu respondentů nezná 3 % respondentů rizika dehydratace. Výzkumný předpoklad č. 3 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.

4 Diskuze

Dehydratace u seniorů je jednou ze závažných komplikací nedodržování pitného režimu. Nejvíce je dehydratací ohrožena starší populace. Právě proto se naše bakalářská práce zaměřila na tuto skupinu lidí. Jak uvádí Pokorná, tak zejména ve vysokém věku je potřeba dodržovat správně pitný režim a hlavně vyváženost mezi příjmem a výdejem tekutin a to právě proto, že ve stáří dochází k poklesu pocitu žízně. Z toho důvodu pokládáme za důležité více se věnovat prevenci, tedy edukaci seniorské části naší populace. Jediným možným způsobem, jak tomu předcházet, je dodržování pitného režimu, do kterého, jak uvádí Jeligová a kol., patří vhodné tekutiny jako je voda, koncentrované a zeleninové šťávy, neslazené a slabé čaje, kterými jsou nejvhodnější zelené a bylinné a nápoje z praženého obilí. Správným dodržováním pitného režimu, může senior předejít různým zdravotním komplikacím, jako je dehydratace, která vzniká při zvýšené ztrátě tekutin, jak uvádí Schuler a kol. Mezi další komplikace nedodržování pitného režimu patří urolitiáza, kdy se konkrementy tvoří v důsledku dlouhodobého nesprávného pitného režimu, jak uvádí Čoupková a kol. Uroinfekce je další komplikací, ke které dochází vlivem sníženého množství produkované moči. Je oslabena ochranná bariéra, a tím může docházet k vzestupné infekci, jak uvádí Topinková. Mezi další komplikace patří zácpa, která také může být způsobena nedostatkem tekutin, jak uvádí Martínek.

Jak už je uvedeno výše, nejdůležitější součástí prevence je edukace seniorů, které ve stáří není nikdy dost z důvodu zvyšujícího se počtu demencí a Alzheimerovy choroby, jak uvádí Čevela a kol., kdy člověk může začínat zapomínat na pitný režim a je nutné edukaci v některých případech i opakovat. A proto se při edukaci musíme zaměřit hlavně na kvalitu podávaných informací a trpělivost při edukaci, kdy ne vždy edukant může správně pochopit, co je mu vysvětlováno.

Výsledky naší bakalářské práce jsme bohužel neměli možnost porovnávat s žádnými jinými výsledky výzkumů, protože se tomuto tématu tímto pohledem zatím nikdo před námi nevěnoval.

Výzkumu se celkem zúčastnilo 60 (100 %) respondentů, kdy 34 (57 %) bylo mužského a 26 (43 %) ženského pohlaví, kdy jak uvádí Pokorná, patří mezi nejvíce ohrožené skupiny v nedodržování správného pitného režimu právě ženské pohlaví. První cíl byl

zaměřen na to, zda senioři dodržují pitný režim. Stanovený výzkumný předpoklad č. 1 zní: „*Předpokládáme, že 70 % seniorů nedodržuje pitný režim.*” Tento výzkumný předpoklad nebyl po hodnocení v souladu se zjištěnými výsledky výzkumného šetření. K analýze tohoto předpokladu byly použity otázky č. 4, 10, 11 a 12. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 57 % pacientů nedodržuje pitný režim. Mezi hodnotící otázky patřila otázka č. 4, kdy bylo zjištěno, že správně odpovědělo pouze 28 % pacientů, kteří za den vypijí více než 2 l. Další hodnotící otázkou byla otázka č. 12, kdy správně, ano dodržuji, odpovědělo 17 %. Při zamyšlení nad touto otázkou a jejich odpověďmi se domníváme, že respondenti na tuto otázku odpovídali objektivně. Druhý cíl měl za úkol zjistit, zda jsou senioři informováni o důležitosti pitného režimu. Stanovený výzkumný předpoklad č. 2 zní: „*Předpokládáme, že 45 % seniorů je informováno o důležitosti pitného režimu.*” Tento výzkumný předpoklad, stejně jako předchozí, byl po hodnocení v souladu se zjištěnými výsledky výzkumného šetření. K analýze tohoto předpokladu byly použity otázky č. 7, 8 a 19. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 89 % je informováno o důležitosti pitného režimu, otázkou ale je, do jaké míry byli respondenti doposud informováni. Naše zjištění při tvoření bakalářské práce, zejména výzkumného šetření, bylo alarmující, a proto jsme se rozhodli pro vytvoření edukačního standardu. Třetí cíl se zabýval tím, jestli jsou senioři informováni o rizicích dehydratace. Stanovený výzkumný předpoklad č. 3 zní: „*Předpokládáme, že 70 % seniorů nezná rizika dehydratace.*” Tento výzkumný předpoklad nebyl po hodnocení v souladu se zjištěnými výsledky výzkumného šetření. K analýze tohoto předpokladu byla použita otázka č. 18. Na otázku č. 18 správně odpovědělo 98 % dotázaných, kdy v otázce zvolili 2 správné odpovědi ze 4 týkající se projevů organismu při nedostatku tekutin. Čtvrtý výzkumným cílem bylo vytvoření edukačního standardu s názvem „*Hydratace u seniorů*“, což je podle Juřeníkové významné pro primární, sekundární a terciální prevenci. Před vytvořením edukačního standardu jsme pečlivě nastudovali příslušnou literaturu a také jsme využili dosavadní zkušenosti s touto problematikou a deficitní znalosti respondentů zjištěné při výzkumném šetření.

Z celkového výzkumného šetření vyplývá, že i když dnes je pitný režim ve velké míře prezentován médií, pacienti i přesto mají velmi málo znalostí v této oblasti. Ale jsme si vědomi toho, že náš výzkumný vzorek je malý, abychom mohli dělat nějaké závěry. I tak považujeme dostatečnou edukaci za prioritní v boji proti vzniku komplikací spojených s nedodržováním pitného režimu. Nedostatek znalostí vede k nepřikládání

důležitosti pitnému režimu a tím dochází k rozvoji dalších onemocnění v souvislosti s dehydratací. Výsledky výzkumného šetření upozorňují na některé nedostatky v rámci informovanosti seniorů o pitném režimu, o jeho důležitosti a rizicích jeho nesprávného dodržování. To je s největší pravděpodobností způsobeno nedostatečnou informovaností pacientů. Je možné, že je to způsobené i tím, že na odděleních, na kterých bylo prováděno výzkumné šetření, chybí standard pro edukaci těchto pacientů. Je proto důležité s každým seniorem, který má potíže se správným dodržováním pitného režimu provádět pečlivou edukaci na toto téma. Dodržování primární prevence je velmi důležité.

5 Návrh doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit, zda senioři dodržují pitný režim a jestli mají informace o důležitosti pitného režimu a rizicích spojených s jeho nedodržováním. Provedením výzkumu v rámci bakalářské práce vyplývá, že pitný režim dodržují občas a že jim ve většině nebyly poskytnuty informace o pitném režimu a jeho důležitosti. Právě na to jsme reagovali vytvořením edukačního standardu. Edukační standard, by po schválení mohl být poskytnut zdravotnickým zařízením, poskytujícím péči seniorům, a tím by měl pomoci všeobecným sestrám při řešení problému nedostatečného přijímání tekutin u seniorů (viz Příloha č. 3).

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tím, zda senioři dodržují pitný režim a jestli mají informace o důležitosti pitného režimu a rizicích spojených s jeho nedodržováním. Je rozdělena do dvou částí, na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je postavena na důkladném prostudování odborných publikací a periodik se zaměřením na pitný režim a seniory. V první polovině teoretické části jsme se věnovali stáří a změnám, ke kterým v tomto období života dochází, potřebě hydratace, důsledkům nedodržování pitného režimu, důležitosti pitného režimu a vhodným tekutinám k pití. Druhou polovinu teoretické části jsme věnovali edukaci v oblasti pitného režimu u seniorů.

Výzkumná část proběhla s pomocí dotazníkového šetření a měla stanoveny 4 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda senioři dodržují pitný režim. Z celkového výzkumného šetření jsme zjistili, že 57 % respondentů nedodržuje pitný režim. Druhý cíl měl za úkol zjistit, zda jsou senioři informováni o důležitosti pitného režimu. Celkově jsme zjistili, že 11 % nezná důležitost pitného režimu. Třetí cíl měl zjistit, zda senioři mají informace o rizicích dehydratace a zjistili jsme, že celá 3 % seniorů nezná rizika dehydratace. Čtvrtým cílem bylo vytvoření edukačního standardu s názvem Hydratace u seniorů (viz Příloha č. 3). Návrh edukačního standardu jsme vytvořili na základě dat, která byla získána vyhodnocením dotazníkového šetření. Jako součást edukačního standardu byl vytvořen ošetrovatelský audit, který by mohl sloužit jako kontrola kvality edukace.

Seznam použité literatury

- 1) ADAMS, Hans Anton. *Náhrada objemu a tekutin - fyziologie, patofyziologie, farmakologie a klinické využití*. Praha: B. Braun Medical, 2012. ISBN 978-80-260-1482-9.
- 2) BENEŠOVÁ, Dana. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2014. ISBN 978-80-7452-039-6.
- 3) ČEŠKA, Richard, et. al. *Interna*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.
- 4) ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 5) ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii 2*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.
- 6) HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2612-0.
- 7) KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 8) KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 9) KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 10) JELIGOVÁ Hana a František KOŽÍŠEK. Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít? *Interní medicína pro praxi*, 2010, roč.12, č.7/8, str. 388-389. ISSN 1212-7299.
- 11) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 12) LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2764-6.
- 13) MARTÍNEK, J. Zácpa – častý problém. *Praktické lékařství* [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 6, č. 1, s. 15-21 [cit. 2015-11-27]. ISSN - 1803-5329. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2010/01/04.pdf>

- 14) MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 15) MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
- 16) POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 17) PRASAD, Kedar N. *Micronutrients in Health and Disease*. Hoboken: CRC Press, 2010. ISBN 978-143-9821-077
- 18) POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 19) SCHÜCK, Otto. *Poruchy metabolismu vody a elektrolytů: s klinickými případy*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3689-1.
- 20) SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatрии od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
- 21) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
- 22) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.
- 23) ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
- 24) TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatрии pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- 25) VOKURKA, Martin a kol. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.
- 26) ZÁMEČNÍK, Libor a Viktor SOUKUP. *Prevence a léčba onemocnění močových cest*. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1941-5.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 - Protokol k provádění výzkumu

Příloha č. 3 - Návrh edukačního standardu

Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Fialová, studuji na Technické univerzitě v Liberci. Konkrétně na Ústavu zdravotnických studií, studijní obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníkového šetření, které bude sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma: Hydratace u seniorů. Toto dotazníkové šetření je zcela anonymní, veškeré údaje budou použity pouze k vypracování mé bakalářské práce a výsledky budou sloužit ke zkvalitnění péče o pacienty. Chtěla bych Vás tímto požádat o pravdivé vyplnění pomocí zakroužkování odpovědí. Otázky mají pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši spolupráci a čas strávený u vyplnění dotazníku.

S pozdravem Kateřina Fialová.

1) Vaše pohlaví?

A) muž B) žena

2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

A) základní B) vyučen/a C) středoškolské D) vyšší odborné E) vysokoškolské

3) Váš věk?

A) více než 65 B) více než 75

4) Kolik tekutin odhadem denně vypijete?

A) méně než 1 litr
B) více než 1 litr
C) více než 2 litry
D) nevím

5) Pociťujete žízeň?

A) ano B) ne C) občas D) nevím

6) Co nejčastěji pijete? (možno zaškrtnout více odpovědí)

A) voda	D) káva	G) jiný alkohol
B) ochucená minerální voda	E) pivo	H) jiné
C) neslazený zelený/ bylinný čaj	F) víno	

7) Z otázky č.8 vyplíšte do řádku pod otázkou VHODNÉ tekutiny k pití.

.....

8) Z otázky č.8 vyplíšte do řádku pod otázkou NEVHODNÉ tekutiny k pití.

.....

9) Kolik hrnků (250 ml) černé kávy denně vypijete?

- A) žádnou
- B) 1 hrnek
- C) 2 – 3 hrnky
- D) 4 a více hrnků

10) Jestliže jste zvolili v otázce č. 9 odpověď ANO, pijete ke kávě skleničku (100 ml) vody?

- A) ano B) ne

11) V kterou denní dobu vypijete nejvíce tekutin? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- A) piju průběžně celý den
- B) ráno
- C) dopoledne
- D) v poledne
- E) odpoledne
- F) večer

12) Myslíte si, že dodržujete správně pitný režim? (oznámkujte se jako ve škole)

- 1 - ano dodržuji
- 2 - myslím, že dodržuji
- 3 - občas
- 4 - nedodržuji
- 5 - nevím

13) Trápí Vás únik moči?

- A) ano B) ne C) nevím

14) Trpíte zácpou?

A) doma B) při změně prostředí C) netrpím zácpou D) jiné

15) Užíváte některé s těchto léků na vyprazdňování?

A) Lactulosa B) Gotalax C) Laxylax D) neužívám E) jiné

16) Informoval Vás již někdo o důležitosti a možných rizicích nedodržování pitného režimu? Jestliže jste zvolili ANO, pokračujte na otázku č.18.

A) ano B) ne C) nevím D) nepamatuji si

17) Jestliže jste zvolili v otázce č.16 odpověď ANO, kdo Vás o pitného režimu informoval?

A) lékař B) rodina C) zdravotnický personál (všeobecná sestra) D) jiné

18) Jak se podle Vás může na člověku projevit nedostatek tekutin? (možno zaškrtnout více odpovědí)

A) průjem B) močové infekce C) zmatenost D) močové kameny E) zácpa

19) Proč je důležitý pitný režim? (možno zaškrtnout více odpovědí)

A) tělo se skládá zhruba ze 60% vody	B) zlepšuje funkčnost ledvin
C) udržuje pokožku suchou	D) udržuje fyziologický vzhled pokožky

Příloha č. 2 - Protokol k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	FIALOVÁ KATEŘINA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	213 000038	3.
Téma práce	HYDRATACE U SENIORŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ III. INTERNÍ GERONTOMETABOLICKÁ KLINIKA	
Jméno vedoucího práce	Mgr. KATEŘINA HAŘANOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>hařanová</i>	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis <i>hařanová</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis <i>Mgr. Jana Dvořáková, Ph.D.</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis <i>Mgr. Petra Kholová vch. sestra</i>	
Datum zahájení výzkumu	30.5.2016	
Datum ukončení výzkumu	10.6.2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	—	
Počet oslovených respondentů (klientů)	20	
Poznámka:		

V *Liberci* dne *30.5.2016*

Fialová
.....
podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	FIALOVÁ KATEŘINA	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 213000018	Ročník 3.
Téma práce	HYDRATACE U SENIORŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s. VŠEOBECNÁ INTERNA	
Jméno vedoucího práce	Mgr. KATEŘINA MARÁNOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>Maršanová</i>	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím	podpis <i>Maršanová</i>
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím	podpis <i>Mgr. Marie Fryaufová</i> Krajská nemocnice Liberec, a.s. ředitelka ošetrovatelské péče
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím	podpis <i>Mgr. L. ŠKODOVÁ</i>
Datum zahájení výzkumu	30.5. 2016	
Datum ukončení výzkumu	17.6. 2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	—	
Počet oslovených respondentů (klientů)	30	
Poznámka:		

v Liberci dne 30.5.2016

Fialová

podpis studenta



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Fakulta zdravotnických studií

Edukační standard

Hydratace u seniorů

Příloha k výstupu bakalářské práce

Kateřina Fialová

Název: Hydratace u seniorů

Charakteristika standardu: Procesuální

Cíl:

- Pacient chápe důležitost pitného režimu
- Pacient vyjmenuje vhodné tekutiny k pití
- Pacient vyjmenuje nevhodné tekutiny k pití
- Pacient vyjmenuje rizika nedodržování pitného režimu

Cílová skupina: pacienti ohrožení nedodržováním pitného režimu

Doba platnosti:

Kontrola: průběžná, nepravidelná, alespoň 2x ročně

Kontrolu vykonává: manažer ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra

Kritérium struktury:

S1 Pracovníci: Edukační sestra (registrovaná všeobecná sestra).

S2 Prostředí: Pokoj pacienta. Úkolem edukátora/ky je zajištění optimálních podmínek pro účelnou edukaci bez vnějších rušivých elementů, v dostatečném prostoru a soukromí.

S3 Pomůcky: Knihy, časopisy, letáky, atlas a pomůcky. Edukátor/ka volí další pomůcky dle sestaveného edukačního plánu.

S4 Dokumentace: Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace, návrh edukačního plánu, formulář pro edukační záznam souhlas s edukací.

Kritérium procesu:

P1 Sestra se představí pacientovi, aktivně identifikuje pacienta, zajistí souhlas s edukací.

P2 Sestra posoudí stupeň vědomostí a znalostí pacienta o dané problematice. Zajistí úroveň současného psychického stavu, schopnost spolupráce a učení, možnosti dodržovat a aktivně se zapojit do léčebného režimu (pozorováním, rozhovorem, ze zdravotnické dokumentace apod.).

P3 Sestra určí diagnózu.

P4 Sestra stanoví cíle edukace.

P5 Sestra přizpůsobí obsah a rozsah edukace na základě potřeb edukanta.

P6 Sestra určí vhodnou edukační metodu, organizační formu, dobu trvání a metodu hodnocení.

P7 Sestra edukuje pacienta dle stupně jeho vědomostí, znalostí a schopností o:

- Důležitosti pitného režimu - rozdělení tělních tekutin, ovlivnění funkce orgánů, rozdělení pitného režimu během dne
- Rizicích nedodržování pitného režimu - dehydrataci, deliriu, urolitiáze, uroinfekci, inkontinenci moče, zácpě.
- Vhodných tekutinách k pití
- Podmíněně vhodných tekutinách k pití
- Nevhodných tekutinách k pití

P8 Sestra během edukace podporuje pacienta ke spolupráci a nechává mu prostor, pro kladení otázek.

P9 Sestra s ostatními členy zdravotnického týmu spolupracují na uvedených bodech v bodě P7 (lékař, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, koordinátorka nutriční péče).

P10 Sestra poskytne pacientovi dostatečné informace o dané problematice a případně ho odkáže na další dostupné informace.

P11 Sestra po skončení edukace zhodnotí dosažení a účelnost cílů. Zhodnocení všeobecná sestra realizuje pomocí rozhovoru. Pokud nedošlo k dosažení cílů musí, naplánovat další edukační setkání.

P12 Všeobecná sestra zapíše přesný záznam o edukaci do edukačního protokolu.

Kritérium výsledků:

V1 Zdravotnická dokumentace obsahuje pacientem podepsaný souhlas s edukací.

V2 Edukační proces byl uskutečněn dle edukačního plánu.

V3 Pacient byl informován o oblastech uvedených v bodě P7 a je schopen je vysvětlit.

V4 Pacient ví, kde nalezne veškeré informace o dané problematice.

V5 Zdravotnická dokumentace obsahuje edukační záznam.

Ošetrovatelský audit

Název: Vyhodnocení splnění edukačního standardu pro edukaci seniorů o hydrataci.

Oddělení:

Auditor/auditoři:

Datum:

Metody: kontrola prostředí, ve kterém edukace probíhá, dokumentace, pokládání otázek pacientovi, pozorování sestry při edukaci

Tabulka 1 Kontrolní kritéria a metody hodnocení struktury standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
S1	Má personál dostatečné kompetence k provádění edukace?	Kontrola personálu	1b.	0b.
S2	Bylo zajištěno vhodné prostředí k edukaci?	Kontrola prostředí	1b.	0b.
S3	Byly zajištěny pomůcky potřebné k edukaci?	Kontrola pomůcek	1b.	0b.
S4	Byl proveden záznam o edukaci do zdravotnické dokumentace?	Kontrola zdravotnické dokumentace	1b.	0b.
Počet bodů:				

Tabulka 2 Kontrolní kritéria a metody hodnocení procesu standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
P1	Byli splněny podmínky uvedené v bodě P1?	Pozorování sestry během edukačního procesu	3b.	0b.
P2	Posoudila sestra všechny kritéria bodu P2?	Pozorování sestry během edukačního procesu	2b.	0b.
P3	Sestavila si sestra před edukací plán?	Pozorování sestry během edukačního procesu	1b.	0b.
P4	Stanovila si sestra cíle edukace?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace	2b.	0b.
P5	Stanovila si sestra kritéria uvedená v bodě P5?	Pozorování sestry během edukačního procesu	3b.	0b.
P6	Stanovila si sestra správně kritéria edukace dle bodu P6?	Kontrola stanovených kritérií	4b.	0b.
P7	Realizovala se edukace dle kritérií v bodě P7?	Kontrola sestry během edukačního procesu	5b.	0b.
P8	Splnilo se podmínek uvedených v bodě P8?	Kontrola sestry během edukačního procesu	3b.	0b.
P9	Spolupracovalo se při edukaci s ostatními členy zdravotnického týmu?	Kontrola sestry během edukačního procesu	1b.	0b.
P10	Byly pacientovi poskytnuty informace o informačních materiálech?	Kontrola sestry během edukačního procesu	3b.	0b.

P11	Došlo ke zhodnocení sestrou účelnosti edukace?	Kontrola sestry během edukačního procesu	2b.	0b.
P12	Provedla sestra záznam do edukačního protokolu?	Kontrola edukačního protokolu	2b.	0b.
Počet bodů:				

Tabulka 3 Kontrolní kritéria a metody hodnocení výsledku standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda Hodnocení	ANO	NE
V1	Obsahuje dokumentace souhlas o edukaci?	Kontrola zdravotnické dokumentace	1b.	0b.
V2	Probíhala edukace dle stanoveného edukačního plánu?	Pozorování sestry během edukačního procesu	2b.	0b.
V3	Došlo ke splnění kritérií v bodě V3?	Pozorování sestry během edukačního procesu	2b.	0b.
V4	Ví pacient, kde nalezne další informace?	Otázka na pacienta	1b.	0b.
V5	Je součástí zdravotnické dokumentace edukační záznam?	Kontrola zdravotnické dokumentace	2b.	0b.
Počet bodů:				

Celkový počet bodů = kritéria struktury + kritéria procesu + kritéria výsledku

Počet bodů	Procento úspěšnosti	Splnění standardu
34 - 43 bodů	80 - 100%	Standard splněn
33 bodů a méně	80% a méně	Standard nesplněn

Koncept standardu vychází z : TÓTHOVÁ, Valerie et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.

Použitá literatura

- 1) KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 2) KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 3) JELIGOVÁ Hana a František KOŽÍŠEK. Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít? *Interní medicína pro praxi*, 2010, roč.12, č.7/8, str. 388-389. ISSN 1212-7299.
- 4) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 5) MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
- 6) SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.