



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Význam hydratace seniorů z pohledu sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Viktor Grimm

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Abrmanová

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Význam hydratace seniorů z pohledu sester*“ jsem vypracoval samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2021

.....

Viktor Grimm

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Michaele Abrmanové za cenné rady, ochotu, trpělivost a podporu při zpracování této práce. Poděkování patří také všem informantům, kteří byli ochotní věnovat mi svůj čas a poskytnout důležité informace pro empirickou část práce.

Význam hydratace seniorů z pohledu sester

Abstrakt

V rámci předkládané bakalářské práce byly stanoveny následující tři cíle. 1. zmapovat znalosti sester v oblasti hydratace seniorů, 2. zmapovat zvyklosti sester u monitorování hydratace seniorů a 3. zmapovat roli sester v péči o hydrataci seniorů. V návaznosti na tyto cíle jsme si položili celkem sedm výzkumných otázek, které zněly: „Jaké jsou znalosti sester v oblasti hydratace?“, „Jak si sestry své znalosti v oblasti hydratace seniorů udržují a doplňují?“, „Existují zásadní rozdíly ve vzdělání a jeho doplňování mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?“, „Jaké ukazatele v rámci monitorace hydratace seniorů sestry sledují a hodnotí?“, „Existují rozdíly ve zvyklostech v oblasti monitorace hydratace seniorů mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?“, „Jaké intervence sestry realizují v rámci péče o hydrataci seniorů?“ a „Jak sestry vnímají svou roli v péči o dostatečnou hydrataci seniorů?“

Ke zpracování empirické části práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, pro něž byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Podklad pro vedení tohoto rozhovoru, který je v podobě přílohy (příloha 1) součástí této práce, se skládal z 22 otevřených otázek, které byly v případě potřeby rozšířeny o další doplňující otázky. Pokládané otázky byly zaměřeny na to, co sestry u seniorů ohrožených dehydratací monitorují, jaké klíčové intervence u nich v rámci péče o pitný režim realizují, ale i na to, jak se v této oblasti vzdělávají a jak svou roli v oblasti péče o hydrataci seniorů ony samy vnímají. Výzkumný soubor byl složen ze 6 všeobecných sester, které v rámci výkonu svého povolání pečují o geriatrické klienty s rizikem dehydratace. Ke zpracování získaných rozhovorů byla dále použita metoda otevřeného kódování, „tužka-papír“.

Výsledky provedeného výzkumného šetření jsou dále prezentovány v podobě čtyř hlavních kategorií a několika dalších podkategorií, do nichž byly pro lepší přehlednost rozděleny. Tyto logicky a systematicky vytvořené kategorie se věnují jednotlivým oblastem péče o hydrataci seniorů z pozice sester, a to komplexně a v širších souvislostech, včetně dalšího vzdělávání sester i jejich osobního názoru na realitu dané problematiky. Výsledky práce tedy poskytují ucelený pohled na oblast hydratace seniorů očima těch nejpovolanejších, tedy všeobecných sester. Lze je proto využít jako informační materiál nejen pro studenty, ošetrovatelky a sestry, ale i pro nezdravotníky, kteří o seniora pečují v domácím prostředí a mají o tuto problematiku hlubší zájem.

Klíčová slova: senior; dehydratace; ošetrovatelská péče; sestra; tekutiny

Seniors' hydration issue from the nurses' point of view

Abstract

The aim of the bachelor work is to fulfill the following: 1. to research the nurses' knowledge of seniors' hydration, 2. to research the nurses' procedure of monitoring the seniors' hydration and 3. to research the nurses' role in seniors' care concerning hydration. To achieve the aims mentioned there have been seven research questions to be answered: 'What is the nurses' knowledge in the field of hydration?', How do nurses keep their knowledge and how do they extend it? Are there any significant differences as for maintaining and upgrading knowledge regarding hydration among nurses of individual units? What are the hydration signs nurses monitor and evaluate? Are there any differences as for the seniors' hydration procedures among nurses of individual units? What interventions concerning seniors' hydration care do nurses carry out? And How do nurses perceive their part of care connected with seniors' liquid intake?

To get valuable information for the empiric part of the work there has been carried out a qualitative research method for which a semi-structured dialogue has been used. This dialogue included 22 open questions which were completed by follow-up questions if necessary, see the attachment 1. The questions were aimed at the following: what do nurses monitor while taking care of seniors in danger of hydration, what are the key interventions the nurses carry out but also if they are being educated in this field and how important do they consider their part. The respondents were 6 general nurses who provide care for geriatric patients endangered by dehydration. To analyse the research results the method of open coding, pencil-paper, was used.

For better orientation the research results have been put into four main categories and several sub-categories. These logically created categories were set to deal with individual hydration issues from the nurses' point of view, complexly, taking wider circumstances into consideration including nurses' education and their personal opinions on this topic. Thank to opinions of the general nurses, the most competent ones, the work's results provide us with a complex view on the matter and that is why it can be used as the source of information not only for students, hospital attendants and nurses but also for common people who look after a senior at home and that is why they are highly interested in this issue.

Key words: senior, dehydration, nursing care, nurse, liquids

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	9
1.1 <i>Voda v organismu člověka</i>	9
1.2 <i>Dehydratace</i>	10
1.2.1 <i>Izotonická dehydratace</i>	10
1.2.2 <i>Hypotonická dehydratace</i>	11
1.2.3 <i>Hypertonická dehydratace</i>	11
1.3 <i>Pitný režim</i>	12
1.4 <i>Vhodné tekutiny.....</i>	12
1.5 <i>Specifika organismu seniorů jako ohrožené skupiny</i>	14
1.6 <i>Zásady hydratace a výživy u seniorů</i>	16
1.7 <i>Příznaky a ukazatele dehydratace.....</i>	18
1.8 <i>Rizika dehydratace u seniorů.....</i>	20
1.9 <i>Role sestry v péči o hydrataci seniorů</i>	22
2 Cíl práce a výzkumné otázky	25
2.1 <i>Cíle práce</i>	25
2.2 <i>Výzkumné otázky</i>	25
3 Metodika.....	26
3.1 <i>Použité metody.....</i>	26
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	27
4 Výsledky výzkumného šetření	28
4.1 <i>Struktura výzkumného souboru.....</i>	28
4.2 <i>Kategorizace výsledků výzkumného šetření</i>	29
5 Diskuze	44
6 Závěr	51
7 Seznam použité literatury.....	53
8 Seznam příloh	57
9 Seznam použitých zkratk	58

Úvod

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou hydratace seniorů z pohledu sester. Hydratace a dostatečný příjem tekutin obecně je tématem, o kterém se v naší společnosti i médiích mluví poměrně často. Nicméně péče o hydrataci seniorů, jakožto skupiny, která je potencionální dehydratací spolu s dětmi ohrožena nejvíce, je v mnohém odlišná a specifická, leckdy také velice komplikovaná. V řadě případů je to právě dehydratace a s ní spojené komplikace, které stojí za hospitalizací starého člověka v nemocnici.

Vzhledem k celosvětovému trendu stárnutí populace a prodlužující se střední délce života, lidí v seniorském věku stále přibývá. Je tedy logické, že roste i počet těch, kteří skončí dehydratovaní na nemocničním lůžku, kde péči o jejich opětovné zavodnění přejímají lékaři, potažmo v největší míře zdravotní sestry. Role sester v péči o hydrataci seniorů je v systému poskytované péče zcela nezastupitelná. Není sporu o tom, že jejich práce je i v tomto směru mnohdy velice psychicky náročná a vyčerpávající.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolil z toho důvodu, že je mi blízké vzhledem k mé vlastní praxi, kdy pracuji výhradně s lidmi pokročilého věku, a také proto, že dehydrataci seniorů vnímám jako obrovský problém dnešní doby. Byť už toho k tomuto tématu bylo napsáno mnoho a mohlo by se zdát, že každý ví, že dostatečný pitný režim je pro seniory opravdu zásadní a je potřeba jej důsledně hlídat, stále se v ošetrovatelské praxi s odvodněnými geriatrickými klienty sestry setkávají v podstatě denně. Sám ze své praxe vím, kolik takových lidí k nám na oddělení přichází. Samotného mě proto zajímalo, jaký je této oblasti v praxi přikládán význam a jak péče funguje na jiných pracovištích, což jsem pak mohl porovnat se svou osobní zkušeností.

Teoretická část této práce vymezuje termín dehydratace, včetně jejích typů, typických příznaků, léčebných postupů i komplikací. Popisuje také, jak by měl pitný režim seniora vypadat, co se týče množství, ale i vhodných tekutin. Je zde zařazena i kapitola věnovaná obecně výživě geriatrických nemocných. Dále teoretická část práce poukazuje na to, v čem je organismus seniora specifický, a co je nutné hlídat. Druhá polovina teoretického úseku je věnována práci sestry, od monitorace příznaků dehydratace, přes záznam bilance tekutin a stanovení ošetrovatelských diagnóz, až po samotné podávání tekutin a vhodné pomůcky.

Empirická část práce popisuje péči o hydrataci seniorů z pohledu sester, mapuje jejich zvyklosti, zkušenosti i vědomosti ohledně této oblasti. Snaží se co nejlíže zachytit realitu péče o hydrataci seniorů ve zdravotnické praxi.

1 Současný stav

1.1 Voda v organismu člověka

Dle Sharmy et al. (2018) je organismus průměrného člověka tvořen z 50-60% vodou, jejíž dostatek je zásadní pro zachování všech funkcí organismu. Kasper (2015) tuto informaci upřesňuje s tím, že tělesná hmotnost člověka je tvořena 60% tělesné vody, z čehož 33 % představuje buněčná tekutina a 27 % tekutina mimobuněčná. Mimobuněčná neboli extracelulární tekutina (dále ECT) zahrnuje tkáňový mok čili intersticiální tekutinu a krevní plazmu. Tekutina buněčná neboli intracelulární (dále ICT), jak už název napovídá, je tekutina uložená v buňkách. Součet ICT a ECT představuje celkovou tělesnou vodu v organismu (dále CTV) a odpovídá oněm 60 % tělesné hmotnosti u průměrného muže a 50 % u průměrné ženy (Petřek, 2019). V souvislosti s podílem tělesné vody poukazuje Stránský (2015) na to, že u starších lidí její množství klesá až na 45-50% tělesné hmotnosti. S tím koresponduje i text Bernáškové a Polácha (2015), kteří uvádějí množství vody v organismu starších lidí rovněž okolo 50 %. Pokles CTV u osob vyššího věku je dán především změnou poměrů tělesné svaloviny a tuku ve prospěch tělesného tuku (Zadák et al., 2019).

Voda je pro fungování lidského organismu zcela nepostradatelná. Nezbytná je pro metabolismus živin od příjmu potravy, přes její pohyb trávicím ústrojím, až po její vylučování (Sharma et al., 2018). Bernášková a Polách (2015) poukazují rovněž na to, že je vhodným prostředím, jež umožňuje průběh chemických reakcí. Dále má voda zásadní význam pro udržování objemu krve, ECT i ICT. Je podstatná také pro udržení vlhkosti sliznic, regulaci tělesné teploty pocením a v neposlední řadě pro správnou funkci ledvin (Sharma et al., 2018). Dle Kaspera (2015) jsou to právě ledviny, které mají zásadní význam pro vodní hospodaření organismu. Jsou totiž schopny ovládat vylučování vody, aniž by současně bylo ovlivněno vylučování jiných látek, například urey. Takto jsou schopny vyrovnávat vodní bilanci, přičemž zachovávají ostatní procesy a udržují homeostázu (Langmaier et al., 2009). Avšak i na renální funkce má znatelný vliv stárnutí člověka, kdy Matějovská Kubešová et al. (2018) hovoří o jejich poklesu až na polovinu od 30. do 60. roku věku. U seniorů je pak pokles glomerulární filtrace dle Cockcroftova vzorce vyčíslován na 1 ml ročně (Matějovská Kubešová et al., 2018).

V důsledku mnoha fyziologických procesů, kterými je spotřebovávána, se voda z organismu neustále ztrácí. Je tedy nezbytné ji průběžně doplňovat a zachovávat tak její objem. Denní ztráta vody činí za normálních okolností zhruba 2- 2, 5 l. Z tohoto množství

je přibližně 1-1,5 l z organismu vyloučeno močí, 500 ml pokožkou, 400 ml dýcháním a 100 ml ve formě stolice (Tichá, Stehno, 2017). Přibližně stejné hodnoty uvádí také Kasper (2015), který však hovoří o denní ztrátě tekutin pokožkou až ve výši 600 ml a ztráty vody stolicí vyčísluje na 100-200 ml za 24 hodin. Dále doplňuje, že tyto cifry se vztahují k okolnostem, kdy je člověk zdravý a víceméně v tělesném klidu při pokojové teplotě (Kasper, 2015). V případě, že má jedinec horečku nebo se silně potí, ztráty tekutin rostou dle Tiché a Stehna (2017) o 1-1,5 l denně. Sharma et al. (2018) hovoří o tom, že zvýšení tělesné teploty o 1 °C způsobí, že se z organismu vyloučí o 500 ml vody za den více. Oproti tomu Matějovská Kubešová et al. (2015) ve svém článku uvádějí zvýšení ztráty tekutin až o 1 l denně s každým stupněm Celsia. Autoři dále upozorňují, že v případě průjmu může z organismu ve formě stolice odejít až 2000 ml tekutin za den, a v souvislosti s tím poukazují rovněž na nebezpečí závislosti na projímadlech (Sharma et al., 2018).

1.2 Dehydratace

V návaznosti na větší ztráty tekutin, které pro člověka představují větší či menší riziko, se dostáváme k termínu dehydratace. V dnešní době jde o velice frekventovaný a již všeobecně známý pojem, jenž vysvětlují Šefčíková et al. (2014) jako ztrátu či nedostatek vody v organismu člověka. S touto definicí se v podstatě shoduje i Mikolášek (2018), který označuje dehydrataci za excesivní ztrátu tělesných tekutin, kdy dochází k celkovému snížení objemu vody, což se projevuje typickou symptomatologií i laboratorním nálezem. Doplnuje, že obecně se jedná o nedostatek jak ECT, tak i ICT a v nich rozpuštěných látek (Mikolášek, 2018). Ztrátu různých iontů, jako je především sodík, draslík a chlor, uvádějí rovněž Šefčíková et al. (2014), dle kterých lze dehydrataci na základě konkrétních ztrát dále rozdělit na hypertonicou, izotonickou a hypotonickou. Toto dělení uvádějí rovněž Matějovská Kubešová et al. (2015).

1.2.1 Izotonická dehydratace

Podstatou izotonické dehydratace je ztráta či nedostatek výhradně ECT. Dochází zde k nedostatku sodíku a vody, přičemž koncentrace natria zůstává zachována, čímž je udržena i fyziologická osmolalita (Šefčíková et al., 2014). To vysvětlují i Bernášková a Polách (2015), dle kterých se jedná o ztrátu tekutin, jež mají stejnou osmotickou aktivitu jako krevní plazma. Stejného názoru jsou i Matějovská Kubešová et al. (2015), kteří doplňují, že objem ICT se v tomto případě nijak nemění. Izotonická dehydratace se typicky vyskytuje u nemocných s těžkými průjmy či zvracením, nebo u pacientů

s onemocněním ledvin (Šefčíková et al., 2014). Výčet možných příčin tohoto typu dehydratace Matějovská Kubešová et al. (2015) rozšiřují o užívání laxativ či diuretik, rozsáhlé popáleniny nebo ztráty tekutin do tzv. třetího prostoru při ileu, ascitu či peritonitidě. Jako příznaky izotonické dehydratace můžeme uvést anurii či pokles krevního tlaku, nemocný může být apatický a může se u něho rozvinout šok (Šefčíková et al., 2014). Dle Matějovské Kubešové et al. (2015) se především u starších nemocných tento stav rozvíjí velice rychle. Terapií je doplnění chybějící izotonické tekutiny, tedy NaCl (Šefčíková et al., 2014). Podávání izotonických krystaloidních roztoků doporučují rovněž Matějovská Kubešová et al. (2015).

1.2.2 Hypotonická dehydratace

V rámci hypotonické dehydratace dochází v organismu ke ztrátám soli, které převyšují ztrátu tekutin. V těle je nedostatek ECT, a naopak přebytek ICT, přičemž dochází ke hromadění tekutiny v buňce a vzniku intracelulárního edému (Matějovská Kubešová et al., 2015). V organismu schází tekutiny, které jsou ve srovnání s krevní plazmou osmoticky méně aktivní (Bernášková, Polách, 2015). Jako možné příčiny Šefčíková et al. (2014) uvádějí nedostatečný přísun natria při podávání roztoků glukózy nebo pití obyčejné vody, dále výraznější pocení, zvracení či průjmy. I u tohoto typu dehydratace klesá krevní tlak, dále se objevují ortostatické poruchy a křeče (Šefčíková et al., 2014). S tím koresponduje i text Matějovské Kubešové et al. (2015), kteří upozorňují na častější výskyt pádů u nemocných s chronickým nedostatkem natria. Jako vhodnou terapii hypovolemické hyponatremie označuje Schuck (2013) podávání fyziologického roztoku.

1.2.3 Hypertonická dehydratace

V tomto případě dochází ke snížení objemu jak ICT, tak ECT (Šefčíková et al., 2014). S tím se ztotožňují rovněž Matějovská Kubešová et al. (2015), kteří doplňují, že se na podkladě ztráty tekutin zvyšuje osmolalita krevní plazmy a také koncentrace sodíku v krevním séru, dochází tedy k hypernatremii. V těle chybí tekutina, která má vyšší osmotickou aktivitu než plazma (Bernášková, Polách, 2015). Šefčíková et al. (2014) i Matějovská Kubešová et al. (2015) se shodují, že nejvýznamnější příčinou hypertonické dehydratace je nedostatečný příjem tekutin, dále velké ztráty tekutin při onemocnění diabetes insipidus nebo při diabetickém kómatu. Hypertonická dehydratace může být způsobena rovněž iatrogeně ve snaze vyvolat osmotickou diurézu (Matějovská Kubešová et al., 2015). Autoři se shodují, že pro tento typ dehydratace jsou typickými

příznaky suché sliznice a zpomalený kožní turgor (Šefčíková et al., 2014, Matějovská Kubešová, et al., 2015). Matějovská Kubešová et al. (2015) dále upozorňují na výraznou dezorientaci a neklid zejména u lidí v seniorském věku.

1.3 Pitný režim

Pro zachování optimálních funkcí organismu je podstatné, aby panovala rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin, tedy vyvážená tekutinová bilance. Tekutiny jsou získávány především prostřednictvím nápojů a potravy s tím, že malé množství vzniká i v rámci metabolismu (Sharma, et al., 2018). Průměrný člověk dle Sharmy et al. (2018) denně získává z potravin cca 1 000 ml vody, z nápojů cca 1 200 ml a metabolismem vyprodukuje zhruba dalších 350 ml. Tyto hodnoty, jak uvádí Kasper (2015), upřesňuje Německá společnost pro výživu, která zohledňuje rovněž věk člověka. U dospělých mezi 25. a 50. rokem věku je doporučeno denně přijmout 1410 ml tekutin v nápojích a 860 ml ve stravě. U seniorů nad 65 let pak stačí 1310 ml vody v nápojích za 24 hodin, s tím že v potravě by mělo být obsaženo dalších 680 ml (Kasper, 2015).

Sharma et al. (2018) celkový doporučený denní příjem tekutin určují na základě tělesné hmotnosti jedince, kdy připadá zhruba 35 ml tekutin na kg za 24 hodin. Z tělesné hmotnosti člověka vycházejí také Šefčíková et al. (2014), kteří ve svém článku předkládají jednoduchý vzoreček, kdy hmotnost jedince v kg vynásobíme koeficientem 0,04 a dostaneme doporučené množství tekutin v litrech (Šefčíková et al., 2014). Stejný vzorec popisuje rovněž Schindlerová (2020), která však pracuje s konstantou 0,03 s tím, že násobit 0,04 doporučuje pouze v letních měsících.

Další teorie, jak určit optimální příjem tekutin, vychází dle Šafky et al. (2019) z nulového rozdílu v denní bilanci tekutin, kdy při běžné stravě a aktivitě je ideální denní příjem tekutin roven výdeji moči. V případě, že je organismus optimálně hydratovaný, vytvoří zhruba 50 ml moči za hodinu, tedy 1 200 ml za den. Tudíž by měl člověk takové množství tekutin každý den také přijmout (Šafka et al., 2019). Dále Šafka et al. (2019) ve svém článku poukazují na to, že při uvedené diuréze jsou optimálně využity renální funkce.

1.4 Vhodné tekutiny

Nezáleží pouze na množství přijatých tekutin, jde i o to, jaké tekutiny pijeme. Dle Šefčíkové et al. (2014) by základ měla tvořit obyčejná neperlivá voda s tím, že by člověk měl věnovat pozornost obsahu minerálů. Vhodné jsou také mírně až středně mineralizované vody (Šefčíková et al., 2014). Tuto informaci Jeligová a Kožíšek (2010)

upřesňují s tím, že minerální voda by neměla obsahovat oxid uhličitý a obsah pevných částic, v ní rozpuštěných, by neměl převýšit 500 mg na litr. Dále je doporučováno pít zeleného, slabého černého či bylinného čaje, jež by měl být, pokud možno, neslazený (Šefčíková et al., 2014). Jelígová a Kožíšek (2010) doporučují také ředěné ovocné či zeleninové šťávy a nápoje z praženého obilí.

Minerální vody s obsahem více než 500 mg rozpuštěných pevných látek na litr bychom neměli konzumovat ve větším množství než půl litru denně. Měly by tedy pitný režim pouze doplňovat, nikoliv tvořit jeho hlavní část (Jelígová a Kožíšek, 2010).

V menším množství, maximálně půl litru za den, je doporučováno rovněž pivo především pro obsah stopových prvků jako je selen a jod. Vhodné je taktéž omezené množství červeného vína, a to asi 2 dcl denně (Šefčíková et al., 2014). K umírněné konzumaci vína se ze zdravotního hlediska přiklání rovněž Végh (2015), který hovoří o jeho pozitivních psychosomatických účincích a možné souvislosti s nižším výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Mezi, v určitém množství, vhodné tekutiny Šefčíková et al. (2014) zařazují také mléko, jež obsahuje 90% vody, ale zároveň je zdrojem vápníku a má výživovou hodnotu, tudíž člověka dokáže zasytit. Preferovat bychom však měli mléka kysaná, která jsou lépe stravitelná (Šefčíková et al., 2014). Zcela opačného názoru jsou Jelígová a Kožíšek (2010), dle kterých by se mléko a kakao do objemu volných tekutin zahrnovat nemělo vůbec.

Celkově bychom se měli vyhýbat pití slazených limonád, zejména pro jejich vysoký obsah cukru (Šefčíková et al., 2014). Dle Jelígové a Kožíška je to právě cukr, který způsobuje, že namísto uhašení žízně sladké nápoje tento pocit zvyšují. Dále varují před oxidem uhličitým, organickými kyselinami a kyselinou fosforečnou, jež jsou obsaženy zejména v kolových nápojích. Tyto látky poškozují zubní sklovinu a přispívají ke vzniku osteoporózy (Jelígová a Kožíšek, 2010). Dále není příliš vhodné ve větším množství pít silný černý čaj, který může narušovat absorpci železa. Jako tekutiny nelze pro jejich dehydratační účinky počítat ani kávu či alkohol (Šefčíková, 2014). S tímto zcela nesouhlasí Sharma et al. (2018), kteří sice nezpochybňují diuretické účinky kávy a alkoholu, nicméně v případě kávy hovoří o tom, že když denní dávka kofeinu nepřesáhne 300 mg, je ono navýšení diurézy přirozeně vyrovnáno současně přijatým množstvím tekutin. Tudíž přiměřené pití kávy a dalších nápojů obsahujících kofein k významnější dehydrataci organismu nevede (Sharma et al., 2018). Podobného názoru jsou i Šafka et al. (2019), kteří hovoří o tom, že nejen kofeinové nápoje, ale i slazené a nízkoalkoholické, lze do denní bilance tekutin standardně započítat. Sharma et al.

(2018) poukazují kromě tekutin také na velký význam potravin, kdy například ovoce a zelenina, jogurty, polévky nebo třeba i sýr a maso obsahují určitý, rozhodně ne zanedbatelný, podíl vody.

At' jde o jakýkoliv nápoj, měl by být spíše vlažný a v zimě teplý (Šefčíková et al., 2014). Stejného názoru je i Schindlerová (2020), která upřesňuje, že ideální teplota konzumovaného nápoje za teplého počasí je 10-12 °C a za chladného 12-15 °C. Dle Šefčíkové et al. (2014) bychom měli pít v průběhu celého dne po menších dávkách. Neměli bychom čekat, až se dostaví žížeň (Šefčíková et al., 2014). Stejného názoru jsou i Jeligová a Kožíšek (2010), kteří označují žížeň za *biologický signál, že organismus má negativní vodní bilanci* (Jeligová a Kožíšek, 2010, s. 388). Upozorňují na to, že se objevuje až v momentě, kdy v těle chybí 1-2% tekutin (Jeligová a Kožíšek, 2010). S tímto však zásadně nesouhlasí Šafka et al. (2019), v jejichž článku se dočteme, že na signál žízně se lze bez obav spolehnout a popírají všeobecně rozšířené tvrzení o tom, že je pozdě napít se až ve chvíli, kdy žížeň pocítíme.

1.5 Specifika organismu seniorů jako ohrožené skupiny

Organismus člověka podléhá přirozeným involučním změnám, a to funkčním i morfologickým, jejichž výsledkem je stáří (Kalvach a Mikeš, 2004). Staří lze definovat jako *přirozenou a závěrečnou etapu v rámci ontogenetického vývoje člověka* (Jarolímová, 2007, s. 59), jež se svými typickými znaky odlišuje od ostatních vývojových období (Jarolímová, 2007). Dle Holmerové et al. (2013) za starého člověka neboli seniora je dnes považován jedinec starší 65 let. Se stářím jsou spojeny jak změny fyzické, tak změny psychické, přičemž postihují všechny orgánové systémy (Holmerová et al., 2013).

Dle Holmerové et al. (2013) se mění celkové složení organismu, kdy se zvyšuje podíl tukové tkáně na úkor tkáně svalové a celkové tělesné vody. Dochází k ochabování až atrofii kosterního svalstva, což má za následek, že je starší člověk ohnutý, jelikož svaly už tělo nedokážou udržet vzpřímené. Atrofují rovněž meziobratlové ploténky, čímž se postava celkově snižuje (Mlýnková, 2011). Stejného názoru jsou i Hátlová et al. (2010), kteří upřesňují, že se páteř celkově zkrátí o 1-5 cm. Kosterní systém je dále ohrožen osteoporózou, kosti jsou mnohem křehčí a jedinec je náchylnější ke zlomeninám. Ubývá také kloubní chrupavka, což způsobuje bolest kloubů a omezení pohybu (Mlýnková, 2011). Hátlová et al. (2010) doplňují, že se v kloubech rovněž tvoří výrůstky

zvané osteofyty, které chrupavku poškozují. To vše je podkladem pro vznik artrózy, která je pokládána za nejčastější příčinu invalidity starších osob (Hátlová et al., 2010).

U seniorů se také snižuje aktivita mazových žláz a kůže pozbývá funkci zadržovat vodu, což vede k tomu, že je suchá a může svědit. Na kůži se rovněž často objevují tmavé pigmentové skvrny způsobené nahromaděním melanocytů, známé pod označením „stařecké“. Pokožka ztrácí svou elasticitu a pružnost, což se navenek projeví vznikem vrásek a snížením kožního turgoru (Mlýnková, 2011). Zrubáková et al. (2016) dále upozorňují, že kůže staršího člověka není tak dobře prokrvena. To hraje roli například při vstřebávání mastí, které je mnohem pomalejší (Zrubáková et al., 2016). Rovněž ubývá tuková tkáň z podkoží, kůže je velice tenká, a proto přirovnávaná k „pergamenovému papíru“. Není potřeba dlouze zmiňovat na první pohled viditelné změny jako je šedivění a řídnutí vlasů či ztlustění nehtů (Mlýnková, 2011).

Změnami je postižen také kardiovaskulární systém, kdy se celkově snižuje pracovní schopnost srdce jako pumpy a klesá průtok krve všemi dalšími orgány. Cévy pod vlivem aterosklerózy ztrácí svou elasticitu, což má souvislost se vznikem hypertenze (Mlýnková, 2011).

Nelze opomenout ani zasažení dýchací soustavy, kdy se snižuje vitální kapacita plic (Hátlová et al., 2010). To má dle Mlýnkové za následek zadýchávání i zvýšený výskyt respiračních onemocnění. Dále dle Hátlové et al. (2010) dochází k hypoxii.

Jinak funguje také systém trávicí i celý proces příjmu potravy a trávení. Starý člověk přichází o chrup, což samo o sobě perorální příjem potravy komplikuje (Hátlová et al., 2010). Zrubáková et al. (2016) dále podotýkají, že velice často se u seniorů setkáváme s tzv. dysfagií neboli poruchou polykání, která může být například následkem prodělané cévní mozkové příhody nebo se běžně vyskytuje u lidí s Parkinsonovou nemocí. Těmto lidem pak dělá potíže například polykání velkých tablet a je zde zvýšené riziko aspirace (Zrubáková et al., 2016). Mlýnková (2011) i Hátlová et al. (2010) se shodují, že u seniorů dochází také k celkovému zpomalení resorpce veškerých živin, vitamínů i léků, na čemž má dle Mlýnkové (2011) svůj podíl i to, že organismus seniora produkuje menší množství slin a trávicích enzymů. Zrubáková et al. (2016) zde varuje před možným poškozením stěny jícnu právě v souvislosti s pomalým posunem potravy a léků. Doporučuje proto, aby starší člověk vždy jedl a pil ve vzpřímené poloze a lék zapil alespoň 100 ml tekutiny (Zrubáková et al., 2016). Zpomalena je samozřejmě také střevní peristaltika, což může vést ke vzniku zácpy (Hátlová et al., 2010, Mlýnková, 2011). Nováková (2012) upozorňuje, že jmenované funkční změny na trávicím traktu

mohou vést k dyspepsii. Mlýnková (2011) dále podotýká, že mohou atrofovat i buňky Langerhansových ostrůvků pankreatu, což má za následek vznik diabetu, jež často bývá označován jako „stařecká cukrovka“. V neposlední řadě Jeligová a Kožíšek (2010) hovoří o tom, že u starších osob přirozeně dochází k hypodypsii čili sníženému pocitu žízně, což seniory obecně predikuje k větší náchylnosti ke vzniku dehydratace. Stejného názoru je i Matějovská Kubešová (2012), která hovoří o tom, že senior žízeň výrazněji pocítí až ve chvíli, kdy deficit tělesných tekutin dosáhne 1-2%, v organismu již tedy chybí asi 0,6 l. Problémem je, že v tuto chvíli starému člověku stačí vypít jen cca 150-200 ml vody, aby pocit žízně uhasil. Deficit tekutin zde tedy trvale zůstává a tělo se dostává do stavu chronické subklinické dehydratace (Matějovská Kubešová, 2012).

Co se týče změn na vylučovacím systému, Hátlová et al. (2010) hovoří o poruchách funkce močového měchýře, které specifikuje Mlýnková (2011) s tím, že se jedná především o sníženou kapacitu měchýře a oslabení svěračů močové trubice. Dále Mlýnková (2011) upozorňuje na to, že u starých lidí zůstává po vymočení v měchýři vždy určité reziduum, což způsobuje typické noční nucení na močení. Stran vylučovacího systému dochází rovněž k poklesu glomerulární filtrace a očišťovací funkce ledvin (Hátlová et al., 2010), což má zásadní význam pro odbourávání léků a škodlivin z organismu (Zrubáková et al., 2016). Ledviny již nemusí být schopny lék zcela odbourat, nebo jej z organismu eliminují až po delší době (Zrubáková et al., 2016).

Ve stáří se také snižuje tzv. psychomotorické tempo, což je dáno pomalejším vedením vzruchů (Mlýnková, 2011). Dle Zrubákové et al. (2019) se obecně v mozku staršího člověka tvoří méně endorfinu a ten je tak mnohem citlivější například k podávání opioidních látek a benzodiazepinů. Nelze opomenout ani postižení smyslových orgánů, kdy se dle Jarolímové (2007) až u 90% lidí starších 60 let setkáváme s poruchou zraku a až u 30% s nedoslýchavostí, přičemž tyto poruchy mohou zásadně ovlivňovat běžný život člověka.

1.6 Zásady hydratace a výživy u seniorů

Na plnohodnotnou výživu i hydrataci je v pozdějším věku třeba klást důraz. Velké procento seniorů je ohroženo podvýživou, jelikož jejich strava není dostatečně energeticky vydatná nebo neobsahuje odpovídající množství jednotlivých živin (Pokorná a Maixnerová, 2013, Grofová, 2009). Pokorná a Maixnerová (2013) podotýkají, že zejména u jedinců starších 60 let hraje energeticky a nutričně vyvážená strava klíčovou roli pro udržení tělesného i duševního zdraví. Obdobného názoru je rovněž Grofová

(2009), která vyzdvihuje vliv správné výživy na kvalitu života seniora, přičemž zároveň upozorňuje na úzkou vazbu s přiměřeným pohybem a rehabilitací.

U seniorů se nejčastěji setkáváme s nedostatečným příjmem bílkovin a mikronutrientů (Grofová, 2009). S tím se ztotožňují i Malá et al. (2011), kteří hovoří o tom, že strava starších lidí je velice často složena především z tuků a sacharidů na úkor kvalitních proteinů. Bílkovin, které jsou podstatné pro obranyschopnost a hojení ran, by měl starší člověk přijmout asi 1,2 g na kg denně (Grofová, 2009). V souvislosti s tím, Malá et al. (2011) ve svém článku poukazují na to, že až 30 % žen ve věku nad 65 let dlouhodobě přijímá méně než 30 g bílkovin za den. V případě, že člověk není schopen zkonsumovat dostatečné množství proteinů jako součást běžné stravy, máme již v současnosti k dispozici výživové doplňky ve formě prášku, které lze přimíchat do jídla a o žádané proteiny jej tak obohatit (Grofová, 2009). Grofová (2009) dále doporučuje zařadit do jídelníčku seniorů nutriční doplňky jako je například Nutridrink, které mají nejen vysoký obsah bílkovin, ale rovněž minerálních látek a vitamínů. Jelikož jsou zároveň vysoce kalorické, doplní výživu i po energetické stránce (Grofová, 2009). Na velký význam tzv. sippingů u nemocných v seniorském věku poukazuje rovněž Tomáška (2009), který hovoří o tom, že zařazení těchto doplňků do stravy vede u geriatrických klientů ke stabilizaci tělesné hmotnosti a ke zvýšení tělesné aktivity.

Sestry by měly sledovat, zaznamenávat a v rámci ošetrovatelského týmu si předávat informace o tom, co daný klient snědl, a poté na to adekvátně reagovat (Stuchlíková et al., 2018). Na sledování a přesný záznam stravy poukazuje rovněž Holanová (2015), která dále apeluje na provádění nutričního screeningu, pravidelné sledování hmotnosti seniorů a zapojení nutričního terapeuta do práce ošetrovatelského týmu. Sharma et al. (2018) mimo jiné v rámci podpory optimální výživy doporučují dbát na fyzickou aktivitu, díky níž vzniká u každého člověka potřeba příjmu energie, dále sociální interakci, jež nemocné k příjmu potravy povzbuzuje a v neposlední řadě na možnost výběru z různých pokrmů. Sestra by samozřejmě měla seniora podporovat v sebeobsluze a samostatnosti i v rámci stravování (Hájková et al., 2016). Obecně by pak sestra měla dbát na určitou kulturu stravování, čímž může u nemocného výrazně podpořit chuť k jídlu jako takovou (Holanová, 2015). Téhož názoru jsou Hájková et al. (2016), kteří upozorňují na určitou důstojnost v rámci stolování, což Hromádková a Průchová (2017) dále rozvádějí s tím, že z etického hlediska je důležité, pokud to stav dotyčného seniora dovoluje, umožnit mu stravovat se vsedě u stolu a umýt si před jídlem ruce. S tím se ztotožňují rovněž Volkert et al. (2019), kteří apelují na velký význam posazení člověka

ke stolu, motivaci i fyzickou podporu ze strany sestry, která starému člověku může pomáhat, aby se najedl a napil například i formou tzv. asistované lžice. Tedy že svým pohybem vede jeho ruku (Volkert et al., 2019).

V oblasti hydratace hraje u seniorů velkou roli s věkem se snižující pocit'ování žízně, jež Kasper (2015) vysvětluje tím, že osmoreceptory postupně ztrácejí svou senzitivitu. U seniorů je všeobecně vhodné, aby sestra sledovala a zaznamenávala příjem tekutin. Pokud je daný člověk schopen adekvátně odpovědět, měla by se ho sestra v průběhu dne opakovaně dotazovat, co a jaké množství tekutiny vypil, případně ho upozornit, že je nutné pít více. Všechny pacientem přijaté tekutiny by měla ihned zapisovat, přičemž zápis je prováděn buďto přímo do dekurzu nebo je pro něj vyčleněn speciální formulář označovaný „bilance tekutin“ (Jirkovský et al., 2012). Hájková et al. (2016) doporučují tekutiny nabízet i v momentech, kdy starý člověk vykonává nebo se soustředí na nějakou další aktivitu, jelikož v tu chvíli pije poněkud mimoděk.

I v případě hydratace a podávání tekutin by sestra měla zachovávat určitá pravidla důstojnosti, kdy je dle Lukasové et al. (2014) zcela nevhodné tekutiny seniorům podávat například v kojeneckých lahvích s dudlíkem. Dnes jsou již běžně dostupná nejrůznější „pítka“ s náustkem nebo například hrnečky se dvěma uchy, ze kterých se starý člověk dokáže bez větších obtíží napít (Lukasová et al., 2014). Podávání tekutin nesoběstačným nemocným pomocí lahví s náustkem, brčkem či polévkovou lžicí doporučují rovněž Hromádková a Průchová (2017), které dále apelují na aktivní časté nabízení tekutin po malých doušcích.

Zcela specifickou skupinou jsou nemocní trpící demencí, kteří ani nepoznají, kdy mají hlad nebo žízeň. Je tedy úkolem sestry, aby tyto fyziologické potřeby správně vyhodnotila a naplňovala (Hájková et al., 2016).

1.7 Příznaky a ukazatele dehydratace

Stav hydratace člověka lze posoudit mnoha způsoby. Mezi nejčastěji používané metody patří fyzikální ukazatele a subjektivní symptomy jedince. Velkou výpovědní hodnotu mají ovšem i laboratorní parametry (Jeligová a Kožíšek, 2010). V případě seniorů je velice podstatné aktivní sledování a pravidelná kontrola úrovně hydratace, na kterou apeluje mimo jiné Stephenson (2019). Dle Jeligové a Kožíška (2010) se mírná dehydratace v počátcích projevuje bolestmi hlavy, únavou, ospalostí a celkovým poklesem výkonnosti člověka. Pro lepší představu uvádějí, že dehydratace o ztrátě 2% tělesné hmotnosti znamená až 20% pokles výkonu (Jeligová a Kožíšek, 2010). S tím

v podstatě souhlasí i Matějovská Kubešová et al. (2015), kteří ve výčtu základních příznaků dehydratace uvádějí žízeň, tachykardii, ortostatickou hypotenzi, snížený kožní turgor, suché sliznice, pokles diurézy a centrálního žilního tlaku. Stejného názoru jsou rovněž Schuler a Oster (2010), kteří tento výčet dále rozšiřují o měkké oční bulvy, rychlou ztrátu hmotnosti či závrať. Uvádějí, že v některých případech se můžeme setkat i s křečovými záchvaty a horečkou (Schuler a Oster, 2010). V případě mírného, ale dlouhodobého nedostatku tekutin Jelíková a Kožíšek (2010) varují před pomalým a nenápadným, avšak nebezpečným průběhem, kdy se nejprve objevují bolesti hlavy a zácpa, ale postupně může docházet i k poruchám funkce ledvin.

V rámci posouzení potencionální dehydratace klienta by tedy sestra měla věnovat pozornost stavu sliznic, kožnímu turgoru, přítomnosti otoků a barvě moči nemocného. V případě barvy moči platí pravidlo „*Keep it light*“, tedy že moč by měla být světlá, což ukazuje, že v tu chvíli je člověk optimálně hydratovaný. Sestry mají k dispozici také celou řadu fyzikálních vyšetření, která mohou pomoci dehydrataci odhalit. Jedná se o měření krevního tlaku a pulzu, sledování výšky a váhy nemocného a na jejich základě stanoveného BMI (Pokorná et al., 2013).

Senioři jsou však velice atypickou skupinou, pro kterou nemusí platit nic z výše uvedeného a dehydratace se u nich může projevovat například pod obrazem „celkového zhoršení zdravotního stavu“. Typicky jsou dezorientovaní a neklidní, nebo naopak pasivní až apatičtí (Matějovská Kubešová et al., 2015). Obdobného názoru jsou i Volkert et al. (2019), dle kterých bývá posouzení klinického stavu seniorů ve vztahu k dehydrataci často problematické a závěry scestné, jelikož příznaky jsou mnohdy velice netypické.

Právě v těchto případech má obrovský význam sledování laboratorních hodnot, které dokážou dehydrataci spolehlivě odhalit i při absenci typických klinických příznaků (Volkert et al., 2019). Schuler a Oster (2010) doporučují monitorovat krevní obraz, kde v případě nedostatečného zavodnění zjistíme zvýšené hodnoty hemoglobinu, hematokritu a leukocytů. O zvýšení koncentrace hemoglobinu a vyšším hematokritu hovoří rovněž Matějovská Kubešová et al. (2015), kteří upozorňují také na vyšší hodnotu celkové bílkoviny. O stavu hydratace nás velice dobře informují i hodnoty ledvinových parametrů, zejména urey a kreatininu, jež jsou v případě nedostatečného zavodnění rovněž zvýšené (Schuler a Oster, 2010). V neposlední řadě v rámci laboratorních hodnot sledujeme koncentraci sodíku a osmolalitu krevního séra (Schuler a Oster, 2010), přičemž tyto hodnoty se dle Matějovské Kubešové et al. (2015) mění v závislosti na konkrétním

typu dehydratace. Pokorná et al. (2013) doplňují, že v zahraničí je kromě osmolality krve běžně sledována osmolalita slin.

Zde považujeme za vhodné zmínit, že Stephenson (2019) na základě provedené britské studie označuje právě měření osmolality krve za zlatý standard pro kontrolu hydratace seniorů. Z této studie z roku 2019 provedené se 200 seniory žijícími v pečovatelských domech totiž vyplývá, že posouzení stavu hydratace starších lidí běžnými metodami, jako je již zmíněný vzhled pokožky, sliznic a očí, kontrola krevního tlaku, pocit únavy, žízně či bolesti hlavy, není vždy zcela vhodné a dostačující. Krevní testy u těchto seniorů totiž odhalily, že 20% z nich trpí dehydratací a dalších 30% se ocitá na její hranici (Stephenson, 2019).

Dle Pokorné et al. (2013) je v rámci posouzení stavu hydratace starého jedince vhodné věnovat pozornost také anamnéze daného klienta. Zajímat by nás měla zejména přítomnost chronických onemocnění, trvale užívané léky, a to především diuretika, dále pak prodělané opakované infekce doprovázené horečkou. Zrubáková et al. (2019) rovněž poukazují na jednoduchý screening dehydratace dle Touhy a Jett z roku 2018, který pod jednotlivými písmeny D-E-H-Y-D-R-A-T-I-O-N-S sleduje všechny klíčové oblasti, kterých je třeba si všimnout a brát je v potaz.

„D: drugs, léky (především diuretika)

E : end of life, závěr života, terminální stadium

H: high fever, vysoká teplota, horečka

Y: yellow urine turns dark, žlutá moč se změní na tmavou

D: dizziness, závrať

R: reduce oral intake, redukce perorálního příjmu

A: axilla dry, suché podpaží

T: tachykardie

I: incióntinence, inkontinence

O: oral problems, orální problémy

N: neurological impairment, neurologické postižení

S: sunken eyes, zapadnuté oči “ (Zrubáková et al., 2019, s. 28-29).

1.8 Rizika dehydratace u seniorů

Výzkumné šetření Pokorné a Maixnerové (2013) ukázalo, že nedostatečný příjem tekutin byl důvodem přijetí do nemocnice u 20 ze 104 starších nemocných. Jednalo se tedy zhruba o každého pátého. To z dehydratace činí vůbec nejčastější důvod

hospitalizace seniorů. Na dalším místě byla v rámci tohoto průzkumu dyspepsie (Pokorná a Maixnerová, 2013).

Hospitalizace je v případě nedostatečného zavodnění organismu mnohdy nevyhnutelná, jelikož s sebou nese mnoho dalších rizik a komplikací. Jedním z nich je například zmatenost. Dehydratace je spolu s podvýživou či hypoglykemií dokonce pokládána za vůbec nejčastější příčinu deliria u geriatrických pacientů. Tento stav lze definovat jako kvalitativní poruchu vědomí a orientace, často doprovázený neklidem daného jedince, který lze u člověka pokročilého věku snadno zaměnit za demenci (Ressner et al., 2011). Stejného názoru je rovněž Jirák (2008), který nedostatek tekutin označuje za nejčastější spouštěč deliria u seniorů. Pokorná et al. (2013) upřesňují, že v mozku starého člověka však již musí být přítomna nějaká somatická příčina ve smyslu změny na mozkové tkáni, a v tu chvíli stačí onen spouštěč, například nedostatek tekutin, a dotyčný se ocitá v delirantním stavu. V rámci NANDA taxonomie je přímo definovaná ošetrovatelská diagnóza *Riziko akutní zmatenosti*, která je dávana do přímé souvislosti právě s nedostatečným zavodněním organismu (NANDA, 2015).

Dalším rizikem spojeným s nízkým příjmem tekutin je tzv. ortostatická hypotenze, kdy může při rychlejší vertikalizaci dojít k prudkému poklesu krevního tlaku a v jeho důsledku až ke kolapsu nemocného. Z toho vyplývá, že u dehydratovaného člověka je výrazně zvýšeno mimo jiné i riziko pádu (Šeblová a Škulec, 2011), jež je také klasifikováno jako potenciální ošetrovatelská diagnóza. Je zde uváděna spojitost jednak s dehydratací jako takovou, ale i se stavy zmatenosti, které mohou být dehydratací způsobeny (NANDA, 2015). Zrubáková et al. (2019) dále varují před možnými důsledky pádu, ke kterým řadí riziko zlomenin, neurologických poranění či podchlazení. Obdobného názoru jsou rovněž Lorenzo et al. (2019), kteří k rizikům spojeným s dehydratací řadí pokles svalové síly, nestabilní chůzi a s ní související již zmiňované riziko pádu, potažmo zlomenin.

Pokud se vrátíme k sesterským problémům, starší nemocný, který navíc není optimálně zavodněn, je bezpochyby ohrožen vznikem dekubitu. Dehydratace rovněž komplikuje a zpomaluje hojení proleženin či ran vzniklých již dříve (Zrubáková et al., 2019). V praxi se setkáváme s ošetrovatelskými diagnózami *Riziko dekubitu* či *narušená integrita kůže* (NANDA, 2015). Další potenciální sesterskou diagnózou, kterou sestry v rámci ošetrovatelského procesu v souvislosti s nedostatečným zavodněním organismu stanovují, je *riziko zácpy* (NANDA, 2015), o kterém hovoří mimo jiné Zrubáková et al. (2019).

Zrubáková et al. (2019) dále varují před zvýšeným rizikem infektu močových cest a tromboembolické nemoci. Upozorňují také, že v případě dlouhodobě nízkého příjmu tekutin, je nemocný ohrožen poruchou funkce ledvin (Zrubáková et al., 2019). S tím souhlasí Matějovská Kubešová (2012), která však nehovoří pouze o renálním selhání, ale o postupném vývoji ireverzibilních změn a poruše funkce všech tělních orgánů i celých systémů. Stejného názoru jsou také Lorenzo et al. (2019), kteří poukazují právě na riziko selhání ledvin, ale i na komplikace v podobě infekce dýchacích cest a celkově se zvyšující riziko úmrtí (Lorenzo et al., 2019).

Nebezpečný však není pouze dlouhodobý deficit tekutin. Obrovské riziko dle Galského (2010) představuje také rychle vznikající dehydratace například v důsledku akutního průjmu s následnou nerovnováhou minerálů v těle. Varuje, že nemocný je v tuto chvíli ohrožen ledvinovým či multiorgánovým selháním. Doplňuje, že o závažném stavu nás může informovat negativní bilance tekutin. Ztracené tekutiny je v tomto případě nutné rychle doplnit spolu s postupnou realimentací ztracených elektrolytů. Nejohroženější skupinou jsou opět senioři, kteří jsou ke vzniku průjmu všeobecně náchylnější, jelikož jejich střevní sliznice nemá tak dobrou obranyschopnost (Galský, 2010). To dobře ilustruje mimo jiné výzkumné šetření Pokorné a Maixnerové (2013), které odhalilo, že se průjem během hospitalizace vyskytoval u 15 ze 104 sledovaných seniorů, což odpovídá 14,4 %.

1.9 Role sestry v péči o hydrataci seniorů

Práce sestry, která poskytuje ošetrovatelskou péči geriatrickým pacientům, je v rámci oborů ošetrovatelství a medicíny jednou z nejnáročnějších oblastí, avšak veřejností i zdravotnickými pracovníky z jiných oborů nebývá velice často doceněna. Přístup sestry k seniorovi musí být odborný, ale zároveň velice citlivý a empatický, ideálně doplněný osobním nasazením sestry. Takové jednání může zásadně ovlivňovat kvalitu života starého člověka a pozitivně jej motivovat. Péče o staré lidi, více než o kohokoli jiného, vyžaduje rovněž řešení a případně zajištění vhodných sociálních a ekonomických podmínek. Podstatná je tedy spolupráce s rodinou nemocného, která bude s největší pravděpodobností zajišťovat další kontinuitu péče (Mašlaňová, 2012).

Všeobecná sestra poskytuje geriatrickým klientům péči metodou ošetrovatelského procesu, přičemž jednou z klíčových oblastí péče je právě téma naší práce, a to péče o hydrataci seniorů. Prvním úkolem sestry v rámci ošetrovatelského procesu je posoudit stav hydratace konkrétního seniora, přičemž zjištěné informace pečlivě zaznamenává

do zdravotnické dokumentace. Zjišťuje anamnézu klienta, provádí fyzikální vyšetření a měření vitálních funkcí, dále se zajímá o výsledky laboratorních vyšetření a sledování bilance tekutin. Zvýšenou pozornost by měla věnovat zejména seniorům vysokého věku, imobilním a vysoce závislým nemocným, lidem s demencí, infekcemi či nehojícími se ranami. Nebezpečné z hlediska dehydratace jsou pro seniory rovněž zákroky a vyšetření, která vyžadují lačnění (Zrubáková et al., 2019).

Dalším krokem je stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie, kde je v rámci 2. domény Výživa vyčleněna třída hydratace. Zde NANDA klasifikovala celou řadu aktuálních i potencionálních ošetrovatelských diagnóz, souvisejících právě s poruchami vodního hospodaření organismu. Můžeme se setkat s následujícími. Riziko nerovnováhy elektrolytů; Snížený objem tekutin; Snaha zlepšit rovnováhu tekutin; Riziko sníženého objemu tekutin; Zvýšený objem tekutin; Riziko nevyváženého objemu tekutin (NANDA, 2015).

Na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz sestra ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou či ošetřovatelem stanovuje odpovídající cíle a plánuje intervence, které posléze také realizuje (Mašlaňová, 2012). Zde Mašlaňová (2012) upozorňuje na to, že u seniorů jsou i malé dílčí úspěchy pokládány za velice důležité, jelikož vedou ke zvýšení kvality života člověka, přičemž v případě geriatrických klientů je hlavním cílem právě spokojený život, a nikoliv vyléčení nemocí.

V rámci péče o hydrataci geriatrických klientů všeobecné sestry realizují celou řadu důležitých intervencí. Sestra by měla dbát na to, aby starý člověk tekutiny přijímal průběžně po celý den, přičemž by se měl poprvé napít ráno nalačno, jelikož to má příznivý vliv na stimulaci trávení. Podstatné je stále seniorům tekutiny nabízet, přičemž střídáme například vodu a čaj. Z dlouhodobého hlediska je doporučováno spojit pití s pravidelnou denní aktivitou, například hygienou, zapíjením jídla a podobně. Zcela zásadní je správný management péče, kdy je kladem důraz na přesné sledování bilance tekutin a zodpovědnou komunikaci v týmu (Zrubáková et al., 2019).

Sestra by měla zajistit, aby tekutiny byly pro seniora neustále dostupné ve smyslu vhodných pomůcek, ze kterých se sám zvládne kdykoliv napít. V dnešní době takových pomůcek existuje celá řada (Zrubáková et al., 2019). Pokorná et al. (2013) doplňují, že všechny používané nádoby by měly být označeny ryskou s odpovídajícím objemem, aby mohl být zaznamenán přesný objem přijatých tekutin. Záznam se standardně provádí až poté, co klient vypije celý obsah nádoby (Pokorná et al., 2013). Zrubáková et al. (2019) v souvislosti s tím hovoří o pomůcce pro sledování a dodržení optimálního příjmu tekutin,

kdy se ošetrovatelský personál může orientovat dle počtu vypitých sklenic, přičemž je doporučováno 6-7 denně. Setkat se rovněž můžeme s pravidlem 1 pohár tekutin za hodinu. Oba systémy však vyžadují použití kalibrované nádoby a dobrou komunikaci v týmu, neboli již výše zmíněný management. V případě, že dotyčný není schopen tekutiny přijímat perorálně, sestra je povinna informovat lékaře, který rozhodne o podávání tekutin parenterálně, enterálně či subkutánně. Sestra poté realizuje intervence na základě ordinace lékaře. Aplikuje tekutiny do nazogastrické sondy (dále NGS) nebo podává infuzní terapii (Zrubáková et al., 2019).

V geriatrii sestry musí od začátku pracovat s tím, že se nedostaví výsledky odpovídající vynaloženému úsilí a daný jedinec se mnohdy již zcela neuzdraví a nebude schopen vrátit se domů. Z toho vyplývá, že péče o seniory klade vysoké nároky na psychiku sestry, která je ohrožena tzv. syndromem vyhoření, jemuž předchází pocity neuspokojení z vlastní práce, podrážděnost, psychická labilita či apatie až arogance. Problém představuje rovněž jisté srovnávání úspěchů a neúspěchů mezi jednotlivými obory medicíny a ošetrovatelství. (Mašlaňová, 2012).

V souvislosti se vztahem sester k seniorům jsou velice zajímavé výsledky studie z roku 2012, která odhalila, že starší sestry s delší praxí v oboru mají k seniorům kladnější vztah. Zároveň bylo prokázáno, že práce s geriatrickými klienty výrazně ovlivňuje postoj sester ke svému vlastnímu stárnutí, a to bohužel negativním směrem. Tyto sestry v rámci studie uváděly prožitky stresu, beznaděje a strachu z vlastního stáří (Mašlaňová, 2012).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat znalosti sester v oblasti hydratace seniorů.
2. Zmapovat zvyklosti sester u monitorování hydratace seniorů.
3. Zmapovat roli sester v péči o hydrataci seniorů.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou znalosti sester v oblasti hydratace?
2. Jak si sestry své znalosti v oblasti hydratace seniorů udržují a doplňují?
3. Existují zásadní rozdíly ve vzdělání a jeho doplňování mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?
4. Jaké ukazatele v rámci monitorace hydratace seniorů sestry sledují a hodnotí?
5. Existují rozdíly ve zvyklostech v oblasti monitorace hydratace seniorů mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?
6. Jaké intervence sestry realizují v rámci péče o hydrataci seniorů?
7. Jak sestry vnímají svou roli v péči o dostatečnou hydrataci seniorů?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část předkládané bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, přičemž data byla sbírána pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl složen z celkem 6 všeobecných sester, které v rámci výkonu svého povolání přicházejí do styku s geriatrickými pacienty, u nichž se setkávají s rizikem dehydratace. Samotné výzkumné šetření bylo realizováno v první polovině března 2021 na neurologickém a interním oddělení, na oddělení následné péče a oddělení sociálních lůžek v rámci jedné nejmenované nemocnice v Jihočeském kraji.

Výzkum v rámci tohoto zdravotnického zařízení se uskutečnil na základě povolení hlavní sestry a se slovním souhlasem vrchních sester jednotlivých výše zmíněných oddělení. S rozhovorem samozřejmě vyslovili souhlas i všichni dotazovaní. S každou ze všeobecných sester, které byly ochotné se do výzkumného šetření zapojit, byl osobně či telefonicky předem ujednan konkrétní čas konání rozhovoru. Tyto sestry byly dopředu obeznámeny s tématem, cílem a průběhem výzkumného šetření. Byla jim rovněž zaručena naprostá anonymita i to, že poskytnuté údaje a informace budou využity výhradně pro zpracování této práce. Před začátkem vlastního rozhovoru byla také každá z dotazovaných sester požádána o možnost pořídit zvukový záznam vedeného dialogu, přičemž s pořízením nahrávky souhlasilo 5 z 6 dotazovaných. V jednom případě si tazatel v průběhu rozhovoru dělal poznámky a zaznamenal jej písemně.

Každý z rozhovorů započal zjišťováním základních, obecných identifikačních údajů jako je pohlaví, délka praxe, vzdělání a oddělení, na kterém daná sestra pracuje. Vlastní rozhovor, jež následoval, byl tvořen 22 otevřenými otázkami, které se zaměřovaly na péči o dostatečnou hydrataci seniorů, její monitoraci i vzdělání sester v této oblasti. Tyto předem připravené otázky byly v případě potřeby a vhodnosti rozšířeny o další, doplňující otázky. Celkově byl podklad pro rozhovor sestaven tak, aby odpovědi na jednotlivé otázky co nejkompaktněji a v širších souvislostech zmapovaly problematiku péče o hydrataci geriatrických klientů a roli všeobecných sester v této oblasti.

V závislosti na tom, jak byla která sestra sdílná a její odpovědi obsáhlé, se lišila i délka jednotlivých rozhovorů. Obecně lze říct, že jeden rozhovor trval v průměru zhruba 20 minut. Pořízené audionahrávky byly z důvodu zachování anonymity vzápětí převedeny do písemné podoby a neprodleně vymazány. Dále již byly zpracovávány pouze přepisy jednotlivých rozhovorů. Toto zpracování probíhalo metodou otevřeného

kódování, technikou „tužka-papír“, čímž byly informace roztrženy do jednotlivých kategorií a podkategorií.

V rámci výsledků výzkumného šetření v této práci dále uvádíme jednak parafrázované odpovědi jednotlivých informantů a jednak jejich doslovné výroky v přímé řeči. Některá vyjádření musela být rovněž oprostěna od tzv. „slovní vaty“ a v některých případech byl upraven slovosled. Všechny tyto úpravy byly provedeny s cílem dosáhnout lepší srozumitelnosti textu. K veškerým zmíněným úpravám bylo přistupováno velice citlivě tak, aby nemohl být pozměněn význam původních sdělení.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen celkem 6 všeobecnými sestrami, které byly vybrány na základě určitých kritérií. Jednalo se vždy o osobu s kvalifikací všeobecné sestry, která v současné době toto povolání také vykonává, a to na oddělení, kde se setkává se seniory, buďto dehydratovanými nebo dehydratací ohroženými. Výzkumné šetření proběhlo na 4 různých odděleních nejmenované jihočeské nemocnice. Bližší informace o daném zdravotnickém zařízení nejsou uvedeny z důvodu zachování anonymity. Aby zůstala zachována rovněž anonymita jednotlivých informantů budou dále označovány jako „S1 -S6“ (sestra 1 až sestra 6).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Struktura výzkumného souboru

	Pohlaví	Vzdělání	Délka praxe	Oddělení
S1	žena	SZŠ + specializace	27 let	ONP
S2	žena	VŠ – Bc.	6 let	ONP + Soc. lůžka
S3	žena	SZŠ	20 let	Neurologické odd.
S4	muž	VŠ – Bc.	4 roky	Interní odd.
S5	žena	VOŠ – Dis.	2,5 roku	ONP
S6	žena	SZŠ	15 let	Sociální lůžka

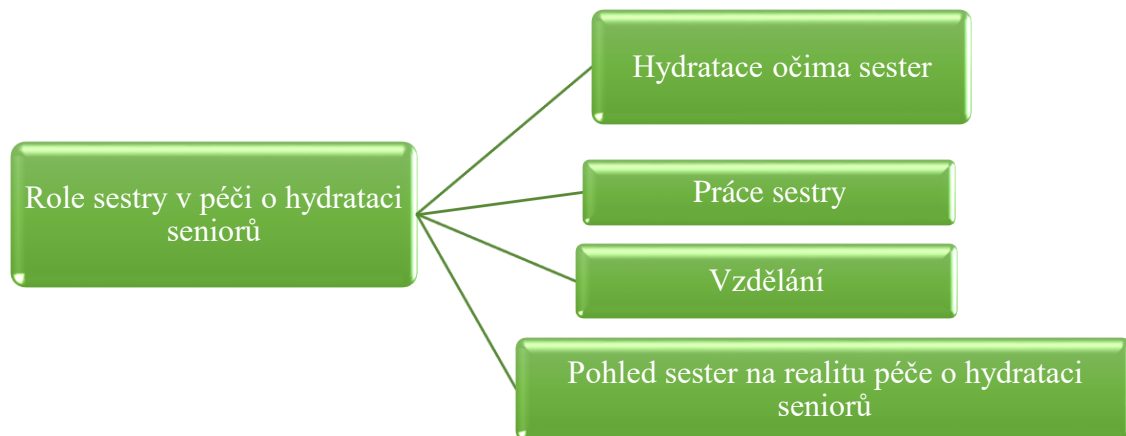
Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka číslo 1 přehledně ukazuje základní informace o všech dotazovaných sestrách, jež se výzkumného šetření zúčastnily. Výzkumný soubor se skládal celkem z 6 všeobecných sester, z toho bylo 5 žen a 1 muž. Zastoupena zde byla sestra z interního oddělení, sestra z neurologického oddělení, dále sestra z oddělení sociálních lůžek a 3 sestry z oddělení následné péče. Délka praxe jednotlivých sester se pohybovala od 2,5 roku do 27 let. Dotazované sestry měly různý stupeň vzdělání. 2 z nich měly dokončené vysokoškolské bakalářské vzdělání, vyšší odborné vzdělání, 1 sestra měla vzdělání středoškolské plus specializaci a zbývající 2 sestry vzdělání středoškolské.

4.2 Kategorizace výsledků výzkumného šetření

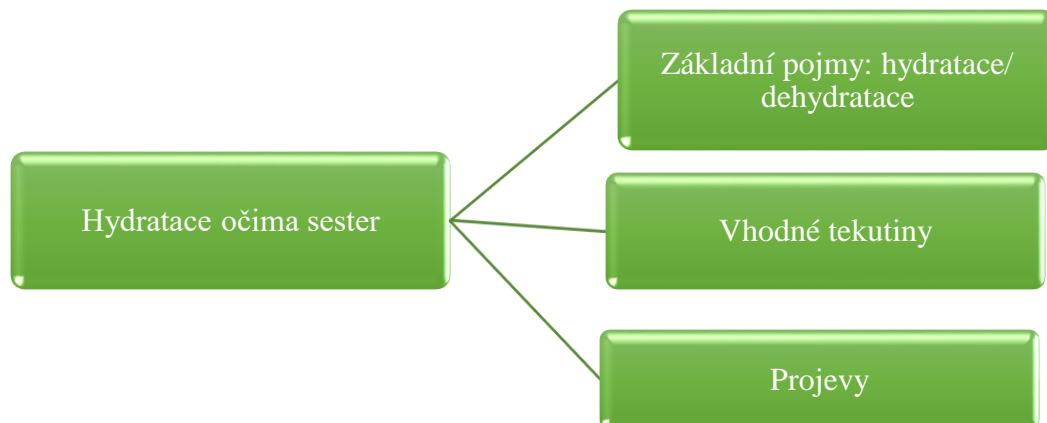
Stručný přehled všech kategorií

Informace získané výzkumným šetřením byly pro lepší přehlednost roztrženy celkem do 4 logických a vzájemně provázaných kategorií, z nichž některé jsou dále členěny. V úvodu prezentace výsledků si dovoluujeme zařadit jejich stručný souhrn.



Kategorie 1: Hydratace očima sester

Diagram 1: Hydratace očima sester



První vytvořená kategorie je rozčleněna do 3 podkategorií a komplexně se zabývá pohledem sester na hydrataci. Prezentuje, jak si sestry vlastně vysvětlují základní pojmy hydratace a dehydratace, které tekutiny pokládají za vhodné pro seniory, i to, na základě jakých projevů v praxi nejčastěji odhalí, že je pacient dehydratovaný.

Základní pojmy: hydratace/ dehydratace

Všechny z dotazovaných sester byly dobře informované o významu těchto termínů a dokázaly je svými slovy hezky vysvětlit. Například respondent S4 jejich význam shrnul následovně: „*Jsou to základní pojmy, dle kterých hodnotíme, zda se nachází v lidském těle dostatek vody*“. Informantka S5 toto jeho tvrzení dále upřesňuje: „*Hydratace znamená, že pacient má dostatek tekutin. Nemá pocit žízně, nemá suchý sliznice. Dehydratace je pravej opak. Člověk nemá dostatek tekutin. Je to z různých důvodů.*“ S velice jednoduchým, ale výstižným vysvětlením přichází dotazovaná S3, dle které: „*Jedno je zavodnění a jedno je, že ten člověk je odvodněnej.*“ Obdobně oba pojmy vysvětlovaly i dotazované sestry S1, S2 a S6, kdy informantka S1 dehydrataci dále popisuje jako: „*Nějaký ztráty tekutin. Z důvodu já nevím... Dlouhodobýho nepití nebo selhávání ledvin.*“ Respondentka S2 rovněž upozorňuje na to, že dehydratace působí negativně na organismus člověka a je pro něj nebezpečná. Dotazovaná S3 zase poukazuje mimo jiné na to, že se jedná o velice častý problém seniorské populace: „*Ty stařenky a stařečkové, co k nám chodí, ty bejvaj většinou dehydratovaný. Takže my je tady v podstatě zalejváme jako kytičky no.*“ S tím koresponduje rovněž vyjádření informanta S4, dle kterého je v některých případech dehydratace důvodem k hospitalizaci: „*Často se k nám dostávají senioři, kteří třeba doma málo pili a jsou dehydratovaní. Ti jsou přijímání čistě jenom k podání infúzí a rehydrataci, nic jiného jim vlastně ani nechybí.*“

Vhodné tekutiny

Zde se dotazované sestry S1, S2, S4, S5 a S6 shodují, že vůbec nejvhodnější tekutinou je pro všechny lidi, tedy i pro seniory, voda. Nicméně sestra S1 upozorňuje na to, že obyčejná voda seniorům nemusí vždycky úplně chutnat: „*Vhodná je vždycky voda, ale vzhledem k tomu, že některý senioři jsou docela vymlsaný a preferujou jakoby i výraznější chutě, tak s obyčejnou vodou u nich často nepochodím.*“ Kromě vody informanti S2, S3, S4, S5 a S6 doporučují čaj, který by dle informanta S4 měl být, pokud možno, neslazený. Dle sestry S3 je pak nejlepší čaj ovocný. Dotazované S1 a S2 jsou toho názoru, že seniorům by se, samozřejmě v závislosti na jejich dietních omezeních, nemělo odpírat ani sladké pití. „*Třeba i šťáva může být, pokud není klient diabetik nebo nemá jiná omezení,*“ odpovídá respondentka S2. S tím koresponduje i odpověď informantky S1: „*Když nebudou diabetici, tak jim pití zkusím trochu osladit, abych do nich něco dostala.*“ Obdobného názoru je rovněž dotazovaná S5, která vychází z chuťových preferencí daného člověka: „*U nás dáváme třeba i šťávu. Prostě to, co mají*

pacienti rádi.“ Naopak sestra S3 zařazení slazených nápojů příliš nedoporučuje: „*Tak určitě nějaký ty bublinky a coly a sladký věci, to určitě ne.*“ Tento názor sdílí rovněž informant S4: „*Nevhodné jsou především ochucené vody s umělými sladidly, káva. A případně alkoholické nápoje.*“ Informantka S1 však dále poukazuje na to, že v některých případech je potřeba používat selský rozum a vycházet opravdu z toho, co danému klientovi chutná: „*Někdy musím přivřít oko i u diabetika, Pokud tak do něj tu vodu dostanu, tak přivřu oko, ať pije i trošku přislazenou (smích).*“ S tímto naprosto souhlasí i dotazovaná sestra S5: „*Prostě to, co mají pacienti rádi. Jen aby měli dost a hodně pili.*“ V souvislosti s tekutinami zmiňuje dotazovaná S3 rovněž nejrůznější nutrindrinky, které zároveň mají určitou výživovou hodnotu: „*Tady je to takový sporný. Jestli vůbec nutrindrinky počítat jako tekutinu. Ve své podstatě nahrazují spíš jídlo. Ale mají tekutou formu. Těžko říct.*“ „*No... Takový ty klasický nutrindrinky, to ochucený mlíko, to bych do tekutin moc nepočítala. Ale když jim dáváme ty nutri džusíky, který holky ještě ředí s vodou, to určitě jo. A ty lidi to mají rádi, ono je to takový slad'oučkový,*“ vysvětluje dotazovaná sestra S6 situaci kolem nutrindrinků.

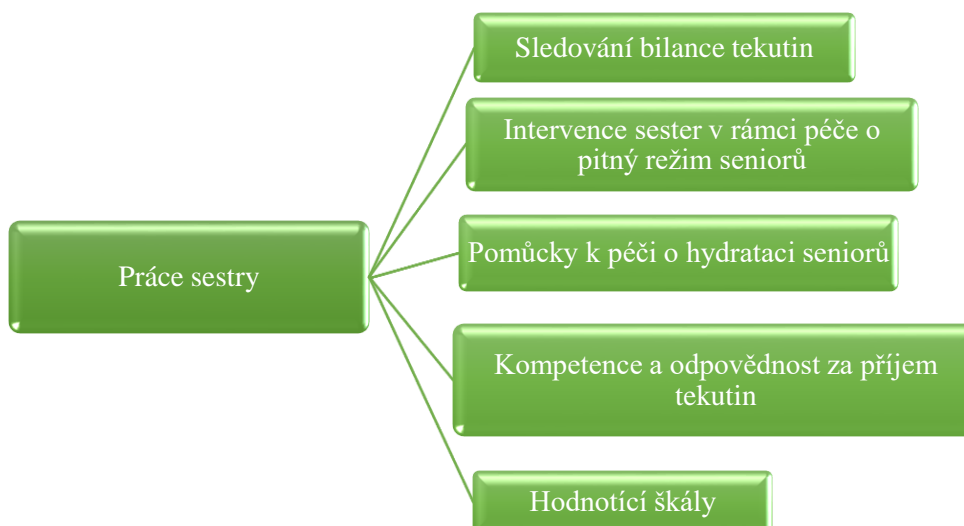
Projevy

Dotazované sestry S2, S3, S4 a S6 se shodují, že důležitým ukazatelem stavu hydratace daného člověka je jeho kůže a sliznice, přičemž však jejich vzhled popisují různě. Respondent S4 hovoří o suché až papírové kůži, dotazované S2 a S6 poukazují na její snížené napětí čili kožní turgor a dotazovaná S5 pak upozorňuje na špatné hojení ran či suché rty. Na suchá ústa poukazuje rovněž respondentka S2. Informantka S3 zase mluví o tom, že kůže je jednoduše řečeno celkově „jiná“: „*Ta kůže prostě není taková jo. Šedivá. Mdlá. Takový to správný napětí kůže tam není. Poznává se to i na tom. Ten člověk je prostě jinej.*“ V souvislosti s tím však dotazovaná S1 přiznává, že stav kůže dotyčného úplně cíleně nesleduje a odvolává se na laboratorní výsledky: „*Jako že bych se přímo pídila a sledovala sliznice a dělala kožní řasu, to úplně jako asi ne. Ale laboratoř. Vzhledem k tomu, že se lidi nabíraj poměrně dost často, tak se to odhalí takhle.*“ S tím, že dehydrataci velice snadno a přesně odhalí výsledky krevních odběrů se ztotožňují rovněž respondenti S3, S4 a S6. Dotazované sestry S1 a S3 upřesňují, že nejzásadnější je v tomto případě hladina močoviny, dotazovaná S2 zmiňuje ještě hladinu kreatininu. To vše lze zaštitit pod odpověď respondenta S4, který hovoří o tom, že je důležité sledovat veškeré ledvinové parametry. Dle informantů S3 a S4 však leckdy ani nemusíme čekat na výsledky a dehydrataci odhalíme již při samotném odebírání krve, což velice lidsky

popisuje sestra S3: „Člověk píchne a nic z něj neteče. (smích) Jako ono to zní, ale... Já osobně, když mi přivezou seniora a mám mu udělat odběry, tak do něj opravdu píchnu a nic neteče, protože je dehydratovanéj, jo.“ Problematické náběry krve u nedostatečně zavodněných seniorů zmiňuje rovněž dotazovaná S5. Jako další příznaky, svědčící o dehydrataci pacienta, sestry uváděly únavu a zmatenost. Například dle sestry S3: „Ty lidi bejvaj třeba lehce takový zmatený, nebo jsou skleslý. Jsou prostě unavený.“ Respondent S4 chování nedostatečně zavodněného klienta popisuje obdobně: „Dehydratovaný senior může být mírně depresivní, unavený. Negativistický.“ Dotazovaná S2 k výčtu psychických příznaků přidává podrážděnost, dotazovaná S5 spavost a dotazovaná S6 apatii. Respondentky S2 a S5 se dále shodují na tom, že starý člověk s nedostatkem tekutin může trpět bolestmi hlavy či zácpou. Informant S4 doporučuje orientovat se i podle množství a vzhledu moči konkrétního člověka: „Dehydratovaný člověk močí míň. A ta moč je navíc tmavá, někdy až taková dooranžova. Koncentrovaná.“ Stejného názoru je také dotazovaná S2, která hovoří o tom, že moč může také nepříjemně zapáchat: „Člověk vidí, že ta moč je hodně koncentrovaná. A taky je cítit. Má typickej zápach. Prostě smrdí no. Jinak. A člověk už ví, že je něco špatně.“

Kategorie 2: Práce sestry

Diagram 2: Práce sestry



Druhá vytvořená kategorie se komplexně a v širších souvislostech zabývá prací sestry a tým, jakou roli v této oblasti vlastně zaujímá. Jednotlivé podkategorie konkrétně rozebírají intervence, jež sestra v rámci péče o optimální hydrataci seniora realizuje a mapují rovněž pomůcky, které k tomu může využívat. Jedna z podkategorií je

vyčleněná pro sledování bilance tekutin, jakožto jedné z nejpodstatnějších sesterských intervencí. V další z podkategorií je dále rozebíráno, kdo ze zdravotního personálu za příjem tekutin nese odpovědnost a kdo má jaké kompetence. V neposlední řadě byla jedna krátká podkategorie věnovaná hodnotícím škálám, které dle názoru sester s hydratací souvisí.

Sledování bilance tekutin

Všechny z dotazovaných sester shodně uváděly, že se se sledováním příjmu a výdeje tekutin u geriatrických pacientů na svých odděleních setkávají běžně, takřka na denní bázi. Informantky S1 a S5, které obě pracují na oddělení následné péče, hovořily dokonce o tom, že příjem tekutin je monitorován a zapisován paušálně u všech přijatých pacientů, což dotazovaná S5 popisuje následovně: *„Každý pacient hned při příjmu dostane k posteli papír bilance tekutin, kam se zapisuje, kolik vypil. Tenhle pitňák dostane každý pacient, kterej k nám přijde.“* Důvody, proč je dobré příjem tekutin u starých lidí, byť jen preventivně monitorovat, vysvětluje dotazovaná S1: *„Většina těch geriatrických pacientů je, co se týče nedostatečného pití, rizikových. Takže sledování příjmu tekutin mají všichni. Abychom měli přehled, co upijou nebo neupijou, a mohli na to včas zareagovat. Děláme to dá se říct preventivně.“* Respondentka S5 však připouští, že pokud se dotyčný klient „osvědčí“, pozbývá monitorace příjmu tekutin na svém významu a může být ukončena: *„Ale když třeba vidíme, že pacient pije dost a že mu nemusíme ani říkat a připomínat, aby se napil, tak mu po nějaký době pitňák samozřejmě zrušíme. To je jasný.“* O tom, že u některých pacientů není sledování příjmu tekutin nutné, hovoří rovněž sestra S3: *„U těch našich neurologických pacientů, jako třeba u těch bloknutejch zad, u těch se to nedělá.“* Nicméně i ona je toho názoru, že u seniorů se jedná o opodstatněnou intervenci: *„Když přijde nějaký starší člověk, tak se ta bilance většinou zavádí. Tam je to důležitý.“* Zároveň však dodává, že směrodatná je vždy ordinace lékaře: *„Ale nedělá se to u všech. Dělá se to jenom u vybraných. Tam, kde si to určí lékař.“* S tím zcela nesouhlasí respondent S4, dle kterého vždy není nutné na ordinaci lékaře čekat a jednotlivé kroky mohou mít opačnou chronologii: *„Většinou sledujeme bilanci tekutin na základě ordinace lékaře, pokud však sami máme podezření na nízký příjem tekutin, zakládáme bilanci tekutin samostatně a lékaře o tom posléze informujeme.“* Že sledování příjmu tekutin není jenom o tom, co daný člověk vypil per os, ale i o všech podaných infúzích, jako jediná popisuje respondentka S3: *„Zapisují se tam v podstatě veškerý podávaný infúze. Když se podávají třeba venózní antibiotika, tak to se tam vlastně taky zapisuje,“* Tato

sestra (S3) nezapomíná ani na možnost zavedení NGS: „*V podstatě, když se krmí lidi sondou, tak se zapisuje i čas. Kdy, co a kolik tý tekutiny mu bylo podáno.*“

Dle většiny respondentů je pro optimální sledování bilance tekutin, tedy nejenom jejich příjmu, ale i výdeje, podstatné zavedení močové cévky u daného klienta, jež je vlastně víceméně podmínkou. To potvrzuje mimo jiné respondentka S1: „*Bilanci tekutin jako takovou u všech nesledujeme. To nelze. Jenom u těch, co mají močový katétr. Tam ano.*“ Téhož názoru je také dotazovaná S5: „*Jo, když má cévku, tak sledujeme a zapisujeme i kolik toho vymočil. Když ji nemá, tak ne, to koukáme jenom orientačně, jestli čůrá dost.*“ S tím ne úplně souhlasí dotazovaná S6: „*Tak určitě můžeme výdej sledovat i tak, že ten dotyčný bude močit do nějakého džbánu s rýskou, kde se to pak změří. Ale ne každý je toho schopen, zvláště pokud se jedná o seniory.*“ Stejného názoru je rovněž informant S4: „*Když chceme přesně sledovat výdej tekutin, je nutné zavést močový katétr. Ano, lze to měřit i prostřednictvím nějakého džbánu. Ale je to zbytečně složitější a navíc ne vždy přesné. Takže většinou za účelem sledování výdeje tekutin si ty lidi zacévkuje. Ženský teda my a když jde o muže, domluvíme se s lékařem*“

Respondentky S2, S3, S5 a S6 shodně uvedly, že výsledný příjem a výdej tekutin se sčítá po 24 hodinách. Přičemž dle dotazované S2 toto sčítání probíhá o půlnoci: „*Sestra každý den v půlnoci zapisuje to celkové množství a kontroluje, jestli každý člověk vypil dost.*“ Naopak sestra S3 konkrétní čas součtu neuvodila: „*Vlastně jenom celý to množství se potom napíše jednou denně do toho papíru celkově.*“ Dotázané sestry S2, S3, S4 a S6 shodně odpovídaly, že mají na svých odděleních k dispozici speciální formulář, kam příjem a výdej tekutin zaznamenávají, přičemž dle sestry S3 je záznam do tohoto formuláře dostačující. S tím však nesouhlasí informanti S2, S4 a S5, kteří s různými nuancemi dle zvyklosti jednotlivých oddělení, provádějí o bilanci tekutin do dokumentace další záznamy. Informantka S5 z oddělení následné péče popisuje, že celkové množství přijatých i vydaných tekutin sestra zapisuje s razítkem „*Bilance tekutin*“ rovněž do příslušného dekurzu a do počítače, kde je pro tyto údaje vyčleněna speciální kolonka: „*V počítači jsou pak přímo okýnka pro příjem a výdej tekutin. Takže tam my to vždycky po půlnoci zadáváme. A ten počítač nám vlastně spočítá rozdíl. To je šikovný.*“ O záznamu do počítače, který má svoje výhody, hovoří rovněž dotazovaná S2: „*Načukám tam ty čísla a hned tam vlastně vidím ty rozdíly i porovnání s předchozími dny.*“ Respondent S4, který pracuje na interním oddělení, hovoří zase o tom, že součty jsou zaznamenávány do teplotní tabulky, kde je tak rovněž jasně vidět vývoj bilance tekutin v jednotlivých dnech.

Kompetence a odpovědnost za příjem tekutin

Na otázku, zda je sledování bilance tekutin a péče o příjem tekutin obecně v kompetencích všeobecných sester či ošetřovatelek nebo sanitářek, odpovídaly dotazované sestry různě, z odpovědí však víceméně vyplynulo, že se jedná o společný úkol obou z nich. Například respondentka S2 rozdělení práce popisuje následovně: „*To je docela složitý. V podstatě je to v kompetencích sanitářek a ošetřovatelek, ale ta sestra si to musí zkontrolovat. Protože je to ve finále ona, kdo za to zodpovídá.*“ Obdobně hovoří rovněž respondent S4: „*Je to v kompetencích sester, které však úzce spolupracují s ošetřovatelkami a jiným pomocným personálem, v jejichž kompetencích je to do určitém míry taky.*“ Dle dotazované S3 je to celé o vzájemné dohodě a vždycky by se měl angažovat celý ošetřovatelský tým: „*Tady se většinou ráno dohodneme, kdo to ten den udělá. Ve smyslu, kdo to bude mít pod palcem. Jo, takže třeba když je míň sester nebo mají větší záprah, tak to může hlídat ošetřovatelka. Ale stejně... Když ošetřovatelky chodí, starají se o ty lidi, tak jim samozřejmě dávají napít. Stejně jako když jde na ten pokoj něco dělat sestra, tak tomu člověku dá napít sestra. V podstatě to dělají obě ty ženský.*“ Oproti tomu dotazovaná S5 má jinou zkušenost: „*Na našem oddělení to mají na starost ošky, který pacienty pravidelně obcházejí a hlídají, kolik kdo vypil. A samozřejmě si to i zapisují. Pitňák je jejich záležitost.*“ S tím do jisté míry souhlasí i dotazovaná S1, která popisuje, že dokud se jedná o perorální podávání tekutin, jedná se o úkol ošetřovatelky: „*Pokud ty tekutiny ta ošetřovatelka podá perorálně, tak na to je samozřejmě dostatečně kvalifikovaná, že jo. Za to může nést a nese i odpovědnost. Ale v momentě, kdy se dostaneme k podávání infúzí, tak na to už samozřejmě kvalifikaci nemá no.*“ S tím koresponduje rovněž odpověď respondentky S3: „*Ta sestra pak podává a zapisuje všechny infúze a věci, co jdou do sondy. To dělá vždycky sestra, to už ta sanitárka nemůže.*“ „*Ve chvíli, kdy lékař naordinuje infúze, tak už je to úkolem jen a pouze sestry. To je ta hranice no,*“ shrnuje informantka S6. Podávání infúzí a proces, který předchází jejich naordinování bude blíže řešen v rámci následující podkategorie sesterských intervencí.

Intervence sester v rámci péče o pitný režim seniora

Všechny ze sester, které se zúčastnily výzkumného šetření, se shodly, že vysvětlit geriatrickému klientovi, že musí hodně pít, je velice náročné a komplikované. Někdy se jedná o takřka nadlidský úkol přesvědčit starého člověka, aby se napil. „*Starší lidi fakt moc nechťejí pít a my s nima docela bojujeme,*“ konstatuje například respondentka S5.

Podstatu problému přibližuje dotazovaný S4: „*Kámen úrazu je v tom, že senioři mají většinou snížený pocit žízně. Takže mají pocit, že pít vlastně nepotřebují.*“ Obdobně hovoří rovněž respondentka S2: „*Senioři nemají takovou potřebu jako dospělí a děti. Oni žízeň moc necítí. Ale to nic nemění na tom, že by měli za ten den vypít alespoň litr.*“ S tím koresponduje rovněž odpověď dotazované S1: „*Ze zkušenosti vím, že starý lidi furt mají pocit, že pijou strašně hodně, i když toho vypili málo dle našeho soudu. Jeden lok a oni mají dost.*“

Učebnicový přístup, jak geriatrického pacienta přesvědčit, aby pil, popisuje dotazovaná sestra S2: „*Je dobré pravidelně seniory obcházet s pitím. Neměly bychom je nutit, ale snažit se vysvětlit, jak je pitný režim důležitý.*“ Vysvětlovat doporučuje rovněž dotazovaná S5, s tím, že je dobré zmínit i možná rizika: „*Vysvětlíme mu, co všechno se může stát, když pít nebude. Že se mu nebudou hojit rány, bude unavenější a všechny tyhle věci, který se dějou, když lidi nepijou.*“ V návaznosti na to respondent S4 připouští, že pouhé vysvětlování někdy nestačí: „*Snažíme se seniory edukovat. Nějakým způsobem je motivovat k většímu příjmu tekutin. Někdy bohužel i pod obrazem určitých umírněných výhružek. Vystrašit ho tím, co hrozí, pokud nebude pít. To někdy zafunguje.*“ Obdobného názoru je rovněž respondentka S6: „*Lehce jim pohrozit, třeba hadicí do nosu. To by ses divil, jak tohle někdy zabere (smích). Víam, že by se to dělat nemělo, ale podle mě je lepší trochu pohrozit, než aby tu sondu rovnou dostali. Zkusit by se mělo všechno.*“ S tímto postojem však nesouhlasí dotazovaná sestra S5, dle které bychom seniory k ničemu mermomocí nutit neměli, jelikož tak můžeme spolupráci s nimi ještě zkomplikovat: „*Když budeme pacientovi pít nějak nutit, tak se kolikrát šprajcne a nechce už vůbec nic.*“ V obdobném smyslu se vyjadřuje také informantka S3: „*Né, že to do nich budu nalejvat kroupáčem. Horem dolem, pod tlakem. To ne, to nejde. Ale musí se jim to jakoby připomínat, pořád dokola. Jak kafemlejnek (smích).*“

Realitu takového přesvědčování geriatrického klienta popisuje právě informantka S3 následovně: „*I když nechce, tak my ho prostě posadíme. Dáme mu tu skleničku do ruky a donutíme ho, aby aspoň tu pusinku si smočil. Aby něco musel spolknout. A tohle se děje prostě průběžně furt. To je každých já nevím 20-30 minut. Vždycky tam někdo vlez do toho pokoje a zkouší to, jo. Neustále chodíme a prudíme, že musí pít.*“ O nutnosti častého nabízení a připomínání tekutin hovoří rovněž respondentka S1: „*Je dobrý nabízet jako po menších dávkách a často. Prostě často a malý dávky no.*“ Stejného názoru je i dotazovaná S6: „*Chodit a nabízet. Pořád dokola. Vysloveně do zblbnutí.*“ Dotazovaní respondenti S2, S4 a S5 hovoří v obdobném smyslu a shodně vyzdvihují, že v rámci

pitného režimu seniorů je nutné brát zřetel na jeho pravidelnost a rozložení přijatých tekutin do celého dne. „*Mělo by to být rozdělený do celého dne. Ne aby se to dohánělo třeba večer nebo tak,*“ upozorňuje informantka S5. „*U seniorů by měl být pitný režim postaven na bázi pravidelnosti, kdy ten daný senior přijímá tekutiny průběžně celý den v nějakém pravidelném režimu vázaném třeba na čas jídla a podobně. Navíc když jí, tak jim to zapíjení mnohdy pomáhá a dostanou tak do sebe mimoděk klidně skleničku. Za den to udělá třeba i půl litru,*“ popisuje svůj „figl“ dotazovaný S4. Respondentka S1 zase hovoří o tom, že někdy pomůže rovněž změna polohy a je dobré zkusit pacienta posadit: „*Můžu zkusit toho člověka posadit na posteli nebo ho můžu vysadit do křesla. Tak se s ním dá kolikrát líp domluvit a možná se i snadněji napije.*“ Informantka S6 dále varuje před vynalézavostí některých klientů: „*Musím je opravdu hlídat, pamatovat si, co jsem komu nalila. Někteří jsou schopní vám tvrdit, že pijou už třetí skleničku, a vy vidíte, že tam ta sklenička stojí od rána pořád stejně netknutá. Ale klient si vždycky zrovna dolil, než jste přišly. Takže hlídat jako malé děti. A všemu nevěřit.*“ Podobnou zkušenost má i respondentka S5. „*Jo, taky se mi stalo, že pán povídal, jak pije. A konvice byla večer vždycky prázdná, takže to působilo, že je všechno OK. Až jsme ho pak načapali, že chodí ten čaj vylejvat na záchod,*“ popisuje se smíchem sestra S5 své zážitky z oddělení následné péče.

V případě, že se ani přes veškerou snahu ošetřovatelského personálu nepodaří docílit toho, aby měl geriatrický pacient dostatečný příjem tekutin perorální cestou, je nutné přistoupit k dalším opatřením, přičemž všechny z dotazovaných sester se shodly na tomtéž postupu. Všech 6 sester, které se výzkumného šetření zúčastnily, shodně uvedlo, že v momentě, kdy klient i přes maximální možné úsilí personálu odmítá pít, je jasným úkolem sestry neprodleně o tom informovat lékaře, který rozhodne o dalším postupu a ve většině případů nemocnému naordinuje rehydratační infúze. Dle dotazované S3 zde sestra plní velice důležitou roli spojky mezi pacientem, ošetřovatelkou a lékařem: „*Ta sestra je hodně spojka s tím doktorem. Protože ten doktor tam nemůže celý den být u toho lůžka. Takže on neví, kolik ten člověk vypil nebo nevypil. Nebo jak reaguje, jak nereaguje. Takže tohle to vlastně, to předání té informace tomu lékaři, to dělá sestra.*“ Stejného názoru je rovněž informantka S1, která o sestře hovoří rovněž jako o klíčové spojce, zajišťující předání důležitých informací lékaři. „*Já to, co mi ta ošetřovatelka řekne, беру jako důležitý a dál to posouvám směrem k tomu doktorovi, kterej to pak nějak řeší. Většinou teda naordinuje nějakou infúzi,*“ vysvětluje S1. Naordinování infuzní terapie je pak dle dotazované S1 rovněž bodem, kdy se péče o hydrataci seniora stává

výhradním úkolem sestry: „*Co se týká už jako zajištění i.v. vstupů a tak, tak tady už ta sestra ošetřovatelkou zastoupená být nemůže, že jo. Tady už je to ní, toho člověka tímto způsobem napojit.*“ Respondent S4 uvedl, že podání infúzí není jediným možným řešením, dle jeho zkušeností se v některých případech zavádí i NGS: „*V krajní situaci pak někdy zavádíme po dohodě s lékařem také NGS.*“ Dotazovaná S6 má v tomto případě zkušenosti poněkud odlišné: „*Nebo sonda by se mu mohla dát, ta by to vyřešila taky. Ale tu my teda dáváme, když je celkově špatnej ten příjem per os. I co se týče jídla hlavně. Když nám ten člověk hapruje jenom s pitím, tak to dáváme infúze.*“

Pomůcky k péči o hydrataci seniorů

Sestry mají na svých pracovištích k dispozici celé spektrum pomůcek, které jim pomáhají v péči o dostatečnou hydrataci geriatrických klientů. Vše začíná již volbou vhodné nádoby, ze které bude dotyčný schopen se bez problémů napít. „*Používáme pomůcky takové, které vyhovují klientovi. Jde především o jeho pohodlí a spokojenost,*“ vysvětluje respondent S4 s tím, že pacientům často nabízí například brčko. Právě skleničku s brčkem zmiňuje rovněž dotazovaná sestra S3, která výčet různých pomůcek dále rozšiřuje a podotýká, že je z čeho vybírat: „*Máme skleničku s brčkem, když mu to nejde, a nebo máme takový ty savičky. Takový ty dětský kyblíčky s tím pítkem. A nebo máme normálně lahvičky s dudlíkem. Jo takže, v podstatě toho je hodně tady.*“ O různých lahvičkách či „pítcích“, která mohou seniorovi příjem tekutin usnadnit, hovoří rovněž dotazované sestry S1 a S2. Respondentka S1 dále přiznává, že když už není zbylí, sáhne v některých případech i po stříkačce: „*Nouze nejvyšší, i když vím, že to být nemá, ale používá se stříkačka.*“ Určité „výhody“ injekční stříkačky popisuje rovněž informantka S6: „*V krajních případech si tu stříkačku taky vezmu. Ono je to fajn v tom, že ten člověk nemusí vynaložit žádné úsilí, aby to pití jakoby nasál. To za něj dělám já tou stříkajdou. On už jenom polyká. Jako není to ideální postup, ale úplně bych ho nezatracovala.*“

Dotazované sestry S1, S2, S5 a S6 se shodují, že často se u seniorských klientů setkávají s dysfagií čili obtížným polykáním tekutin. Shodně uvedly, že v těchto případech používají „zahušťovadlo“, aby tak nemocnému příjem tekutin usnadnily a předešly aspiraci. „*U pacientů, který mají třeba sníženou schopnost polykat, tak ještě používáme zahušťovadla,*“ popisuje informantka S1. „*Třeba když pacient nechce pít, protože se kucká, tak mu pití zahustíme a pacient líp polyká,*“ přibližuje situaci dotazovaná S5. Zahušťovadla zmiňuje také dotazovaná S6, které však upozorňuje na to, že ne každý klient je snese: „*Zahušťovadla zkusíme, když špatně polykají. Ale někomu*

to prostě vadí. Ta konzistence, kdy už to kolikrát vlastně přestane být tekutý. Někteří ty tekutiny odmítají tím spíš. Je to často boj.“

Dle sester, které se výzkumného šetření zúčastnily, může být někdy pomůckou, která příjem tekutin usnadní, právě samotný podávaný nápoj. Dotázané sestry se shodly na tom, že je dobré seniorovi podávat takové tekutiny, které mu chutnají. Někdy i za cenu toho, že se neřadí k těm nejvhodnějším. *„Klidně mu dovolit třeba jedno pivo, když ho má rád. Rodina mu může donést džus,“* vysvětluje možnosti informantka S6. Respondentky S1, S2 a S5 se shodují, že zdravotní personál by se měl vždy snažit vyjít klientovi vstříc a nabízet různé alternativy. *„Když třeba řekne, že mu nechutná čaj, tak se mu snažíme nabídnout něco jiného, co rád pije. Šťávu. Ochucenou vodu. Já nevím, cokoliv,“* vysvětluje informantka S5. Určité množství tekutin může senior přijmout rovněž prostřednictvím ovoce a zeleniny, poukazuje dotazovaná sestra S2: *„Pokud klient málo pije, můžeme zkusit aspoň ovoce nebo zeleninu, která je bohatá na vodu.“* Informantka S6 zase připomíná polévky: *„Spoustu tekutin může ten člověk nahnat třeba i polívkou, když je nějaký vývar. Ty starý lidi jsou na ty polívky zvyklý a mají je rádi.“*

Hodnotící škály

Všechny sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření byly také dotázány na používání určitých hodnotících škál v rámci posouzení stavu hydratace klientů hospitalizovaných na jejich oddělení. Bez výjimky se shodly, že na svých pracovištích se nikdy se škálou zaměřenou vysloveně na stav hydratace pacienta ve své praxi nesetkaly. *„Já si nejsem vědoma, že bysme měli přímo škálu na hydrataci. Ty nějakou znáš?“*, odpovídá například respondentka S1. Obdobně hovoří i dotazovaná sestra S3: *„Jako máme a používáme spoustu různých škál. Na všechno možný jsou dneska škály. Ale na hydrataci? To si fakt žádnou nevybavuju.“*

Nicméně informantka S1 hovoří o tom, že okruh hydratace je součástí jiných škál, které jsou používány zcela běžně: *„No jako při příjmu hodnotíme v různých příjmovejch papírech stav pokožky a tak. Třeba v rámci škály na riziko dekubitů podle Nortonový. A pak pravidelně jednou za 14 dní děláme nutriční screening, kde na to taky bereme ohledy.“* Na škálu rizika vzniku dekubitů dle Nortonové si v souvislosti s hydratací seniorů vzpomněla rovněž dotazovaná sestra S6. Žádné další škály informantky nevedly.

Kategorie 3: Vzdělání sester v oblasti hydratace seniorů

Třetí stanovená kategorie, která již není dále členěna, je věnována vzdělání sester v oblasti hydratace seniorů. Zabývá se jak kvalifikačním vzděláváním sester na středních i vysokých školách, tak i jejich dalším vzděláváním celoživotním, včetně názorů jednotlivých sester na jeho dostatečnost a důležitost.

Vzdělání sester v oblasti hydratace seniorů

Všechny sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření, byly dotázány, zda se jim dostalo patřičného vzdělání v oblasti hydratace seniorů v rámci jejich kvalifikačního studia ať už na vysoké, či střední škole. Řada z nich se shodla, že rámcové vzdělání v této oblasti si ze školy odnesly, nicméně se nejednalo o žádné detailní informace. „*Takový to rámcový vzdělání tam určitě bylo. Ne jaký jako vyloženě specifika, co se týkají seniorů. To tam nebylo konkrétně řešený. Ale takový ty obecný informace, ty tam určitě byly,*“ vzpomíná na svá studia například respondentka S3. Obdobně hovoří dotazovaná S5, která je však toho názoru, že by si oblast hydratace zasloužila větší pozornost: „*Na zdrávce i na vošce jsme se tomu věnovali. To nemůžu říct, že ne. Ale abysme se tomu věnovali nějak extra moc, to taky říct nemůžu. Nebylo by na škodu věnovat tomu v tý škole víc času. Protože to je důležitý téma.*“ Naopak dle informantky S1 je prostor věnovaný oblasti hydratace v rámci výuky na středních i vysokých školách dostatečný: „*Myslím si, že i na základním vzdělání sester jakožto praktický sestry, že určitě tam mají okruhy, co se týká hydratace, dostatečný. A to vzdělání si myslím, že je taky dostatečný. A pak samozřejmě na vysoký škole, tam se v tom pokračuje stoprocentně. Myslím, že to stačí.*“ Nicméně dotazovaná S6 poukazuje na to, že nejvíce se člověk stejně naučí až vlastní praxí: „*Určitě, ten teoretický základ je důležitý a každý by ho v tý škole měl získat. Ale stejně se nejvíc naučí až ve chvíli, kdy to vidí na vlastní oči. Jak ten člověk vypadá, když je dehydratovaněj. Že je zmatenej, apatickej, nevypadá dobře. Až v tuhle chvíli si to všechno spojí a pochopí, proč je tak moc důležitý, aby dost pili ty pacienti.*“ Obdobného názoru je také dotazovaný S4, dle kterého je dobré, když starší sestra předává své zkušenosti mladší kolegyni: „*Většina jich má praktické zkušenosti s hydratací u seniorů a mohou předávat své zkušenosti dál. Je to fajn. Je to jiný slyšet to od někoho z praxe, kdo se v tom roky pohybuje, a ne jenom ve škole.*“

Sestry byly v rámci výzkumného šetření dotazovány rovněž na postgraduální vzdělávání. Tedy na to, zda si své vzdělání v oblasti hydratace seniorů nějakým způsobem dále rozšiřují. Všechny z nich souhlasně uvedly, že se nikdy nezúčastnily žádného kurzu

nebo semináře zaměřeného na hydrataci seniorů. Nicméně informantka S3 hovoří o tom, že informace vztahující se k této problematice bývají součástí všeobecných seminářů týkajících se péče o seniory: „*Jako přímo vyloženě seminář zaměřený na hydrataci, to ne. Jako na péči o seniory jo, tam se o tom taky hovoří, ale vyloženě jenom na tohle ne.*“ Všechny informantky také plošně uvedly, že vzdělávání, rozšiřování a doplňování vědomostí nejenom v této oblasti, ale spíše globálně, je důležité. Řada z nich však přiznala, že cíleně se konkrétně o hydrataci seniorů nezajímají. „*Tak jako popravdě ani nějak extra ne. Neříkám, že je mi to jedno, to určitě není. Ale abych vyloženě vyhledávala nějaký informace, to taky nedělám,*“ říká na rovinu dotazovaná sestra S5. Obdobně hovoří také dotazovaná S3: „*Jako že bych specificky si tady vyhledávala nějaký informace o hydrataci seniorů, to určitě ne. A to nejsem jen já. Nemyslím si, že by se tady nějaká z nás vysloveně pídila po tom, jak správně hydratovat seniory. Na to není čas, prostředky, síla.*“ Stejně se k záležitosti staví rovněž informantka S2, která by se však semináře na toto téma ráda zúčastnila, pokud by byl k dispozici: „*Pokud by byl dostupný nějaký seminář v nemocnici ohledně hydratace seniorů, zúčastnila bych se ho ráda, ale jinak cíleně vzdělání v této oblasti nevyhledávám.*“

Dle dotazované S3 by celoživotní vzdělávání sester a rozšiřování jejich vědomostí mělo být spíše komplexní a globální, nikoliv zaměřené pouze na jednu konkrétní oblast: „*Já si myslím, že je důležité vzdělávat se ve všech oblastech. Ne jenom v hydrataci. Takže ano, i v této oblasti je potřeba se vzdělávat, protože ty poznatky se mění, liší. Všechno se to rozvíjí, takže člověk k těm informacím nějak přijít musí. Ale je důležitý brát tu péči komplexně, ne vytrhnout jednu věc z kontextu.*“ Další otázkou je, jak k požadovaným vědomostem a dovednostem mají sestry přijít. Dle informanta S4 je dostatečným zdrojem literatura a teoretická forma vzdělávání: „*V odborné literatuře je určitě o tomhle dostatek informací. Každý si může najít, co ho zajímá a co potřebuje vědět. Takže nějaké odborné články jsou vhodné. Nebo pro ty, kteří nechtějí číst, potom třeba nějaké semináře. Ty jsou jistě taky vhodné.*“ Naopak respondentka S1 dává před teoretickým čerpáním informací přednost tomu si prakticky něco zkusit nebo něco na vlastní oči vidět: „*Určitě je lepší si něco osahat. I když jako je přednáška, dobrý. Ale vždycky je lepší něco vidět. Já nevím, když mi něco projde rukama, je to prostě vždycky lepší, než když o tom jenom slyším no,*“ vysvětluje.

Kategorie 4: Pohled sester na realitu péče o hydrataci seniorů

Čtvrtá kategorie již není dále členěna a je věnována pohledu sester na současnou situaci péče o hydrataci seniorů v zařízeních zdravotní a sociální péče. Prezentuje největší mezery, které některé ze sester v této oblasti spatřují, ale i naprostou spokojenost se současně nastaveným režimem jiných z nich.

Pohled sester na realitu péče o hydrataci seniorů

Všichni dotazovaní s výjimkou informantky S5 jsou toho názoru, že hydrataci seniorů je v rámci poskytování zdravotní péče přikládán velký důraz a je stavěna mezi základní priority. To jednoznačně potvrzuje dotazovaný S4: *„Určitě je na hydrataci kladen vysoký důraz. Mnoho hospitalizovaných klientů je k nám přijímáno právě z důvodu dehydratace v domácím prostředí. Takže je naším základním úkolem zase je zavodnit.“* Obdobného názoru je rovněž informantka S3, která popisuje, že hospitalizovaní klienti jsou v tomto ohledu skutečně pod kontrolou: *„Doktoři si tohle taky hlídají. Ty lidi se nabírají jakoby za ten pobyt, co jsou tady u nás, dost často, takže hladina těch látek se tam sleduje. Takže to si hlídají. Jednak doktoři, jednak my hlásíme, když lidi nepijou, takže myslím, že to máme dobře pořešený.“* I přes to však některé ze sester, které se výzkumného šetření zúčastnily, popisují určité mezery. *„Velký problém je v tom, že ne každý z personálu opravdu chodí ke klientům pravidelně a zapisuje skutečně to, co dotyčný vypije. Často pak vzniká problém v tom, že ten klient má na papíře 1500, a ve skutečnosti vlastně nevypil ani těch 500,“* popisuje svoje zkušenosti například dotazovaná sestra S2. Obdobně hovoří rovněž respondentka S1: *„Pořád se najdou jedinci, kteří si třeba vymejší pitňák a tak. A místo, aby přiznali, že ten člověk není schopen nic moc vypít, tak si tam vymyslí nějaký prostě čísla.“* V souvislosti s tím upozorňuje dotazovaná sestra S6 na důležitost vzájemné důvěry a koležičtství v rámci ošetrovatelského týmu: *„Je strašně důležitý, aby ta sestra měla pod sebou lidi, na který se může spolehnout. Jo, že když jí ta oška řekne, že ten člověk vypil tolik a tolik, tak aby se ta sestra o to mohla opřít a brát to jako fakt. A né že bude zkoumat, jak to vlastně opravdu je. Tohle strašně moc tu práci usnadní.“* V tomtéž smyslu hovoří rovněž informantka S1, která dále apeluje na vzájemnou komunikaci mezi zdravotnickým personálem: *„Domluva. Hlavně mezipersonální domluva. Říkat, pokud ten člověk opravdu toho není schopen dost vypít. Ať se to co nejdřív dozvím, aby bylo ještě nějaký řešení. Ale právě tohle někdy trochu vážne ze strany těch ošek.“*

Oproti tomu dotazovaná S5 z oddělení následné péče vidí největší problém v malém počtu personálu, který pak nemá na klienty dostatek času: „*U nás je to bohužel tím, že na oddělení zbyde odpoledne jen jedna oška a ta má na starost všechny tyhle pacienty. A kolikrát fakt nejde všechny ohlídat, aby dostatečně pili. Hlavně když pořád chodí na zvonečky. Tak prostě není čas hlídat jen pít,*“ přiznává. Do jisté míry obdobného názoru je také respondentka S2, dle které jsou sestry v dnešní době příliš zahlceny papírováním: „*Sestra má v dnešní době více na starosti papíry než pacienty, podle mě by měla sestra chodit po klientech s ošetřovatelkou či sanitářkou. Ne vždy jí však zbývá na tohle čas. Ta sestra pak pouze zapíše, kolik klient vypil, aniž by stoprocentně věděla, zda to tak opravdu je.*“ S tímto vyjádřením dokonale koresponduje rovněž odpověď dotazované sestry S5: „*Přijde mi, že teď je práce sestry hlavně o papírech a takovýchle věci jsou jakože stranou. Hlavně ať jsou papíry správně.*“ Naopak respondent S4 pracující na interním oddělení jakékoliv nedostatky odmítá s tím, že pro ně rozhodně není prostor: „*Na našem oddělení máme velké zkušenosti s dostatečnou hydratací klientů a nedostatky nemají v tomto ohledu na našem oddělení místo.*“ Spokojená se současně nastaveným režimem oddělení je bez výhrad i dotazovaná sestra S3 z neurologického oddělení: „*Já si myslím, že jak je to tady zavedený, že to běží dobře a že jako se ty lidi dobře pohlídají.*“

5 Diskuze

V rámci této bakalářské práce byly stanoveny celkem tři cíle. Prvním z nich bylo zmapovat znalosti sester v oblasti hydratace seniorů. V návaznosti na tento cíl práce jsme si položili tři výzkumné otázky, přičemž první z nich zněla: „***Jaké jsou znalosti sester v oblasti hydratace?***“ Dle rozhovorů s jednotlivými informantkami si dovoluujeme tvrdit, že všechny z nich jsou s problematikou hydratace seniorů detailně obeznámeny, jelikož problémy s ní spojené v rámci výkonu svého povolání řeší dnes a denně. Samozřejmě byly mezi jednotlivými informanty rozdíly v nejvyšším dosaženém vzdělání, přičemž byly osloveny sestry s vysokoškolským, vyšším odborným i středoškolským vzděláním. Nicméně si na základě získaných výpovědí dovoluujeme tvrdit, že úroveň dosaženého kvalifikačního vzdělání jednotlivých sester se nijak výrazně neodrazila na jejich znalostech, které v rámci rozhovorů prokázaly. Rozhodně nebylo naším cílem dotazované sestry nějakým způsobem zkoušet a zjišťovat, co vědí či nevědí. Jednalo se spíše o globální posouzení jejich vědomostí a celkového rozhledu. Můžeme s potěšením konstatovat, že jsme přehledem a informovaností sester byli vcelku příjemně překvapeni.

Další výzkumná otázka, vztahující se k prvnímu cíli práce, kterou jsme si položili zněla: „***Jak si sestry své znalosti v oblasti hydratace seniorů udržují a doplňují?***“ Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že dotazované sestry nejsou v této oblasti příliš aktivní a informace k tématu si sami od sebe cíleně nevyhledávají, přičemž jako důvody uvádějí nedostatek času, energie či prostředků. Nicméně většina z nich pokládá další vzdělávání obecně za nezbytné. Avšak zajímají se spíše o ošetrovatelskou péči o geriatrické klienty jakožto o celek, kdy hydrataci pokládají pouze za její součást. Za jeden dílek skládačky, který sám o sobě nemá až takovou váhu, aby si k němu něco dalšího cíleně zjišťovaly. Všechny ze sester, které se zúčastnily výzkumného šetření, se rovněž shodly na tom, že jim další vzdělání ve smyslu kurzu či semináře věnovaného vysloveně správné hydrataci seniorů ani nebylo na jejich pracovištích nikdy nabídnuto.

Obecně nejčastější formou získávání dalších informací jsou pak dle odpovědí dotazovaných sester především různé přednášky, semináře a pracovní dny pořádané v rámci zdravotnického zařízení. Toto stanovisko se zdá být poněkud v rozporu s literaturou, kde se dočteme o celé řadě dalších možností postgraduálního vzdělávání. Může se jednat například o účast na kongresu či konferenci, absolvování stáže, ale i e-learningového kurzu či navazujícího vysokoškolského studia. Zde považujeme za vhodné zmínit, že ve znění zákona č. 201/2017 Sb, tedy zákona, kterým se mění zákon

č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), je celoživotní vzdělání sester ve všech oblastech nadále povinností, nicméně jelikož je jeho kontrola od roku 2017 v režii jednotlivých zdravotnických zařízení, může být pro řadu sester mnohem složitější se k aktuálním a relevantním informacím dostat, jak řekla Martina Šochmanová, prezidentka ČAS pro Medical Tribune.cz (2017). Zároveň dle ní mnohdy může chybět motivace, jelikož sestry nikdo netlačí ke sbírání kreditů. Dovolujeme si tvrdit, že výpovědi jednotlivých respondentek toto stanovisko rovněž podporují.

V současné době je celoživotní vzdělávání sester rovněž zasaženo situací kolem epidemie koronaviru. Veškeré vzdělávací aktivity, jež v rámci námi vybraného zdravotnického zařízení dříve fungovaly, jsou nyní již více než rok pozastaveny. *„Tady v nemocnici systém kreditů fungoval dál. Ale bylo to jenom v rámci nemocnice. Pořádaly se tu různé pracovní dny a workshopy a za účast jsme dostávaly kredity. Takhle byl právě i pracovní den věnovaný péči o seniory nebo třeba poruchám polykání u starých lidí a tak. Ale tohle od začátku covidu, vlastně od loňského března, vůbec nefunguje. Myslím, že to tak je všude,“* popisuje aktuální situaci informantka S6, která rovněž přichází se zajímavým poznatkem, kdy hovoří o tom, že vzdělávání sester nyní dostalo zcela jiný rozměr: *„Nějaké přednášky a tak, to je teď pasé. Ale když o tom tak přemýšlím, my se teď vlastně učíme za pochodu. Učíme se zásady bariérové péče, hygienickou smyčku, obsluhovat HFNO a vůbec tu interní péči... Čímž se vlastně i spousta sester z jiných oddělení dostane mimo jiné i k problematice hydratace seniorů,“* uvažuje respondentka S6.

Poslední výzkumná otázka ve vztahu k prvnímu cíli práce zněla: **„Existují zásadní rozdíly ve vzdělání a jeho doplňování mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?“** Na základě výpovědí respondentů si troufáme říci, že zásadní rozdíly ve vzdělání ohledně správné hydratace seniorů mezi jednotlivými sestrami jsme neshledali. V čem však určitý rozdíl spatřujeme, je to, jak sestry ke svým znalostem přistupují a jak je v praxi aplikují, což se pokusíme vysvětlit na následujícím příkladu. Všechny dotazované sestry vědí (čili mají tu znalost), že pacient, který je diabetik, by vůbec neměl pít sladké nápoje. To je neměnný fakt. Ale zatímco dotázané sestry z interního a neurologického oddělení jsou v tomto opravdu striktní a oslazený nápoj by seniorovi trpícímu diabetem nepodaly, tak oslovené sestry z oddělení následné péče jsou mnohem benevolentnější. Jsou v některých

případech ochotné přimhouřit oko a pití lehce přisladit i diabetikovi, byť si velice dobře uvědomují, že vzhledem k jeho onemocnění to vhodné není. Volí zde ale mezi zlem a „větším zlem“ v rámci toho, aby seniora přiměly něco vypít. Dovolujeme si tedy tvrdit, že zde nehraje roli úroveň vzdělání. Dostatečně vzdělání v této oblasti mají všechny sestry. Podstatné je ale oddělení, kde pracují, jelikož to formuje nakládání s jejich vědomostmi. Projevuje se zde dle našeho názoru to, že akutní oddělení jsou o doslovném respektování pravidel, ale na oddělení následné péče a v sociálních zařízeních je prostor pro to „trochu ubrat“ a na určitých věcech tolik nelpět. To celé lze podpořit tvrzením Volkert et al. (2019), kteří ve svých doporučeních uvádějí, že starým lidem není nutné z medicínských ani sociálních důvodů zakazovat například pivo nebo ležák. Vycházet bychom vždy měli z chuťových preferencí daného seniora a v případě, že má rád mléčné nápoje či ovocné džusy, dopřát mu i tento druh tekutin. Bát bychom se dle nich neměli ani všeobecně proklamovaného dehydratačního účinku kávy (Volkert et al., 2019).

Druhým cílem předkládané bakalářské práce bylo zmapovat zvyklosti sester u monitorování hydratace seniorů. V návaznosti na tento cíl jsme si položili dvě výzkumné otázky, kdy první z nich zněla: „**Jaké ukazatele v rámci monitorace hydratace seniorů sestry sledují a hodnotí?**“ Dotazované sestry ve svých výpovědích hovořily o všech klíčových nástrojích monitorace hydratace, které popisuje literatura. Jednalo se o následující oblasti: celkový fyzický i psychický stav nemocného, laboratorní výsledky a bilanci tekutin.

Při posuzování fyzických známek a ukazatelů dehydratace sestry doporučovaly věnovat pozornost zejména stavu kůže a sliznic či vzhledu moči. Hovořily i o velice často proklamovaném sledování kožního turgoru s tím, že o něm jako o ukazateli sice vědí, nicméně jej v praxi příliš nesledují a rozhodně se dle něj neorientují. „*Jako že bych se přímo pídila a dělala těm lidem kožní řasu, to úplně jako asi ne,*“ odpovídá například dotazovaná sestra S1. I my si v návaznosti na toto vyjádření dovolujeme označit sledování kožního turgoru za do jisté míry přežitě a v praxi ne úplně aktuální, byť se o něm dočteme téměř v každé učebnici. To lze jenom podpořit tvrzením Volkert et al. (2019), kteří ve svých doporučeních hovoří o tom, že všeobecně známe ukazatele jako je právě kožní turgor či suchost v ústech by v rámci posouzení stavu hydratace u geriatrických nemocných vůbec neměly být používány.

Co se týče psychického stavu dehydratovaného člověka, sestry ve svých výpovědích popisovaly stavy zmatenosti, podrážděnosti či naopak apatie. O tomtéž ve své publikaci hovoří rovněž Matějovská Kubešová et al. (2015). Provedené zahraniční

studie dále potvrdily zásadní negativní vliv nedostatku tekutin v organismu na veškeré kognitivní funkce. To znamená, že v případě dehydratace se zhoršuje paměť, upadá pozornost, výkonnost, ale i rychlost odpovědi, schopnost rozhodovat se a myslet (Patsalos a Thoma, 2019). Přičemž nejzranitelnější skupinou jsou i v tomto ohledu právě staří lidé a malé děti (Pross, 2017).

Když se blíže zaměříme na sledované laboratorní hodnoty, v zahraničních zdrojích je za nejdůležitější ukazatel, nebo chcete-li zlatý standard v oblasti diagnostiky dehydratace u seniorů, považována osmolalita krevní plazmy (Pross, 2017, Stephenson, 2019). V rámci námi provedeného výzkumného šetření se však o tomto ukazateli žádný z informantů nezmínil. Dotazované sestry nejčastěji označovaly za směrodatné především hodnoty urey a kreatininu v krvi. To je však v rozporu s tvrzením Volkert et al. (2019), dle kterých ledviny mnoha starých lidí nefungují zcela optimálně, a tudíž hodnoty ledvinných parametrů, jako je právě urea a kreatinin nemusí vždy přesně vypovídat o úrovni zavodnění organismu. Klíčem k včasnému odhalení dehydratace je dle nich již výše zmiňovaná osmolalita plasmy či krevního séra, kterou rovněž označují za referenční standart ve vztahu k dehydrataci starých lidí experti v oblasti hydratace. Zároveň však upozorňují, že nic z toho neplatí u odvodnění organismu vzniklého v důsledku průjmu či zvracení (Volkert et al., 2019).

Poslední důležitou oblastí v rámci monitorace stavu hydratace je sledování bilance tekutin, čili kolik toho daný pacient během 24 hodin vypije nebo přijme například v infúzích nitrožilní cestou a kolik tekutin naopak z jeho těla odejde v podobě moči (Jirkovský, 2012). Na základě výpovědí oslovených sester si troufáme tvrdit, že právě sledování bilance tekutin je u geriatrických pacientů, kteří odmítají pít, jakýmsi standardem v rámci poskytování ošetrovatelské péče. *„Pro dobrou péči je důležité vědět, kolik ten člověk přesně vypil. Ohlídat tak, aby měl dost. A to neuděláte jinak, než když to všechno budete pravidelně a pravdivě zaznamenávat. Díky bilanci o tomhle máme přehled a u těch starejch lidí je to opravdu moc důležitý,“* vysvětluje dotazovaná sestra S6. Z rozhovorů provedených se sestrami rovněž vyplynulo, že ve vztahu k hydrataci seniorů mnohdy stačí zaznamenávat pouze příjem tekutin a není nutné vést záznam kompletní bilance tekutin, tedy včetně jejich výdeje.

Ve vztahu ke druhému cíli této bakalářské práce jsme si položili ještě další otázku, která zněla: *„Existují rozdíly ve zvyklostech v oblasti monitorace hydratace seniorů mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?“* Dle toho, co oslovené sestry popisovaly, si dovoluujeme tvrdit, že zásadní rozdíly jsme v přístupu k monitoraci stavu hydratace

seniorů neshledali. Odhaleny byly pouze drobné nuance ve zvyklostech jednotlivých oddělení, například co se týče zaznamenávání údajů o bilanci tekutin do zdravotnické dokumentace. Zatímco na neurologickém oddělení pokládají za dostatečný pouze záznam do speciálního formuláře „bilance tekutin“, tak na interním oddělení dané hodnoty zapisují ještě do teplotní tabulky. Na oddělení následné péče je oproti tomu zvykem hodnoty zaznamenávat jak do formuláře, tak i do dekurzu, k čemuž mají k dispozici speciální razítko. Hodnoty navíc zadávají ještě do příslušné kolonky v počítači. Dle literatury vše závisí na zvyklosti daného oddělení a standardně je záznam doporučováno provádět do speciálního, k tomu určeného formuláře či do dekurzu (Jirkovský, 2012). Z toho lze usuzovat, že výše zmíněné zapisování hodnot do teplotní tabulky či počítače je poněkud nadrámcové. Nicméně my jsme toho názoru, že se jedná o velice vhodnou intervenci, jelikož zde přehledně na jednom místě vidíme, jak se hodnoty vyvíjely v řádu několika dnů či týdnů. Kdokoliv, ať už sestra či lékař, je tak schopen rychle cokoliv dohledat, aniž by musel složitě „lovit“ v dokumentaci.

Třetím a zároveň posledním cílem práce bylo zmapovat roli sester v péči o hydrataci seniorů, přičemž v návaznosti na tento cíl jsme si kladli následující výzkumné otázky. První z nich zněla: **„Jaké intervence sestry realizují v rámci péče o hydrataci seniorů?“** Výzkumné šetření potvrdilo, že sestry v rámci péče o hydrataci seniorů realizují celou řadu ošetrovatelských intervencí a podílejí se jak na monitoraci aktuálního stavu hydratace, na předcházení či včasném odhalení potencionální dehydratace, tak i na řešení zhoršeného stavu odvodněného člověka. Jako nejpodstatnější sesterskou intervenci si na základě provedených rozhovorů dovolujeme označit obvyklé podávání tekutin, které však v mnoha případech může představovat pořádný „oříšek“. *„Kolikrát dělám doslova psí kusy... Vymějšlím možný i nemožný. Prostě dělám všechno pro to, abych toho člověka nějak napojila no,“* srdečně popisuje realitu plnění zdánlivě jednoduchého úkolu „dát někomu napít“ dotazovaná sestra S1. Na základě výpovědí jednotlivých sester lze říci, že za nejosvědčenější strategii považují neustálé nabízení tekutin seniorům v průběhu celého dne. Dohlížet, aby pili často, byť po malých dávkách. Některé z oslovených sester rovněž doporučovaly spojit příjem tekutin s pravidelným denním jídlem či nabídnout pacientovi jeho oblíbený nápoj. S obdobnými doporučeními přicházejí rovněž Volkert et al. (2019), dle kterých je vhodné seniorům tekutiny nabízet v pravidelných intervalech, ohlídat, aby senior měl tekutin k dispozici a v dosahu vždy dostatek, a celkově starší nemocné v rámci příjmu tekutin podporovat a povzbuzovat. Rovněž je dle jejich doporučení velice důležitá ochota ze strany ošetrovatelského

personálu pomoci dotyčnému seniorovi na toaletu, kdykoliv to bude potřebovat, bez jakéhokoliv oddalování a upozadování této potřeby (Volkert et al., 2019). Na tuto ošetrovatelskou intervenci si dovoluujeme upozornit rovněž my, jelikož dle našeho názoru může řada seniorů odmítat přijímat tekutiny právě z toho důvodu, že mají strach, že se jim bude chtít častěji na toaletu a budou tak muset „otravovat“ zdravotnický personál, který na ně pak bude nepříjemný. Právě tento ostych před sestrami může být dle Jirkovského (2012) rovněž příčinou nejružnějších poruch vyprazdňování. Dovolujeme si tedy opět apelovat na za všech okolností vstřícné, ohleduplné a taktické jednání sester.

Když se ještě blíže zaměříme na sesterské intervence, vztahující se k samotnému řešení stavu již dehydratovaného člověka, sestry v rámci svých výpovědí popisovaly zavádění i.v. kanyl a podávání infuzních roztoků dle ordinace lékaře. Některé zmínily i řešení v podobě NGS, kdy je jejich úkolem sondu zavést a tekutiny aplikovat skrz ni. To lze podpořit jasným doporučením Volkert et al. (2019), dle kterých je dehydrataci vhodné řešit podáváním izotonických roztoků různými cestami, přičemž když to stav dotyčného dovoluje, preferována by měla být vždy cesta perorální. Dalšími, již invazivními možnostmi, je pak právě výše zmíněné podávání tekutin prostřednictvím NGS či ve formě i.v. infúzí (Volkert et al., 2019). Volkert et al. (2019) upozorňují rovněž na možnost tekutiny podávat cestou podkožní infúze, což doporučuje mimo jiné i Kala (2013). Tato metoda se nazývá hypodermoklýza a je doporučována především u starých, chronicky nemocných pacientů nebo v paliativní péči (Kala, 2013). Nicméně ani jedna z námi oslovených sester se o této možnosti nezmínila, z čehož si troufáme usuzovat, že se v námi vybraném zdravotnickém zařízení ani nepoužívá.

Poslední z výzkumných otázek, které jsme si v rámci této bakalářské práce položili, zněla *„Jak sestry vnímají svou roli v péči o dostatečnou hydrataci seniorů?“* Řada sester v rámci námi provedeného výzkumného šetření popisovala, že plní roli jakési spojky mezi pacientem, ošetrovatelkou a lékařem. Jejich úkolem je tedy posunout ty informace, které získají péčí o daného seniora, nebo informace, které jim poskytne ošetrovatelka, dále směrem k lékaři a zajistit tak řešení problému skrze jeho ordinace, jež pak sestra samozřejmě také plní. Z našeho pohledu tak sestra vlastně zajišťuje kontinuitu a provázanost celkové péče, v rámci které je nesmírně důležitá právě komunikace v týmu, na což upozorňuje dotazovaná sestra S1: *„Komunikace je asi nejdůležitější. Předávat si mezi sebou veškerý ty informace. Klidně i opakovaně. Aby se nestalo, že pak třeba ten lékař řekne: ale já nic nevěděl. To je špatně. A je to pak na tu sestru.“* Sestry byly v rámci

výzkumného šetření rovněž dotázány, zda pokládají péči o dostatečnou hydrataci seniorů za svůj prioritní cíl. Z jejich výpovědí vyplynulo, že ji jako jeden ze svých základních a klíčových úkolů opravdu vnímají, přičemž ale v rámci jeho plnění mohou být do jisté míry zastoupeny ošetřovatelkou nebo sanitářkou. Ani z našeho pohledu neexistuje objektivní důvod, aby tekutiny perorální cestou musela podávat pacientům sestra. Nicméně jsme toho názoru, že by o všem měla mít přehled a určitou kontrolu, jelikož jak uvedla například dotazovaná S2, je to právě sestra, která za své pacienty nese zodpovědnost. „*Ta sestra by měla pacienty obházet spolu s tou ošetřovatelkou. Je to i její úkol,*“ vysvětluje informantka S2. Nicméně některé ze sester si stěžovaly, že jejich práce zahrnuje spoustu papírování, a na „napájení“ klientů nemají čas.

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „*Hydratace seniorů z pohledu sester*“ se komplexně zabývala problematikou hydratace seniorů a snažila se co nejuceleněji přiblížit, jak tuto oblast vnímají právě sestry. Práce si kladla za cíl zmapovat znalosti sester, jejich zvyklosti ohledně monitorování hydratace a rovněž jejich roli v péči o hydrataci seniorů celkově. V návaznosti na tyto cíle bylo stanoveno celkem sedm výzkumných otázek, které zněly: „Jaké jsou znalosti sester v oblasti hydratace?“, „Jak si sestry své znalosti v oblasti hydratace seniorů udržují a doplňují?“, „Existují zásadní rozdíly ve vzdělání a jeho doplňování mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?“, „Jaké ukazatele v rámci monitorace hydratace seniorů sestry sledují a hodnotí?“, „Existují rozdíly ve zvyklostech v oblasti monitorace hydratace seniorů mezi sestrami z jednotlivých pracovišť?“, „Jaké intervence sestry realizují v rámci péče o hydrataci seniorů?“ a „Jak sestry vnímají svou roli v péči o dostatečnou hydrataci seniorů?“

Jelikož je oblast problematiky hydratace seniorů poměrně hodně proklamovaná a napsáno už o ní bylo mnoho různých prací i článků, nedalo se očekávat, že by naše výzkumné šetření přineslo nějaká zásadní, převratná zjištění. Nicméně řadu zajímavých poznatků přesto přineslo. V první řadě potvrdilo, že role všeobecných sester v rámci péče o hydrataci geriatrických pacientů je zcela klíčová a mnohdy se jedná opravdu o velice komplikovaný úkol. Na základě provedených rozhovorů lze s potěšením konstatovat, že péči o hydrataci seniorů je v ošetrovatelské praxi věnována dostatečná pozornost, sestry jsou si velice dobře vědomy její důležitosti a mají v této oblasti odpovídající znalosti. Rozhodně se tedy nejedná o opomíjené téma, alespoň ne v rámci námi vybraného zdravotnického zařízení. Dle výsledků výzkumného šetření lze rovněž říct, že reálně poskytovaná péče je v podstatě v souladu s doporučenými postupy, přičemž musíme samozřejmě upozornit na několik zejména etických nedostatků v přístupu k seniorům, které sestry v rámci rozhovorů připustily. Nicméně i ty však mohou být užitečné alespoň jako doporučení pro praxi, čeho se (pokud možno) můžou zdravotníci vyvarovat.

Problematika dehydratace je stále velice aktuálním tématem a v souvislosti se stárnutím populace lze očekávat, že se nejen zdravotníků, ale i laiků bude dotýkat stále více a více. V rámci této bakalářské práce jsme se snažili co nejkomplexněji a ve stručných souvislostech zmapovat, jak dehydrataci předejít nebo ji alespoň včas odhalit a vhodným způsobem následně řešit. Práci lze využít jako informační materiál pro sestry, ošetrovatelky či vysokoškolské studenty zdravotnických oborů, ale i pro běžnou populaci

nezdravotníků, kteří se o seniora starají v domácím prostředí a chtějí se dozvědět více užitečných informací.

7 Seznam použité literatury

1. BERNÁŠKOVÁ, K., POLÁCH, J., 2015. *Obecná patologická fyziologie*. [online]. [cit. 2020-10-01]. Dostupné z: <http://patfyz.cz/iii/>
2. GALSKÝ, J., 2010. *Akutní průjem*. Interní medicína pro praxi. 12(6), 336-338. ISSN 1212-7299.
3. GROFOVÁ, Z., 2009. *Výživa ve stáří*. Medicína pro praxi. 6(1), 42-43. ISSN 1214-8687.
4. HÁJKOVÁ, L., et al., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí*. Praha: Česká alzheimerská společnost: o.p.s. ISBN 978-80-86541-48-8.
5. HÁTLOVÁ, B., et al., 2010. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 80 s. ISBN 978-80-7414-318-2.
6. HOLANOVÁ, Z., 2015. *Riziko vzniku malnutrice u seniorů v pobytové službě*. [online]. [cit. 2020-11-30]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Riziko%20vzniku%20malnutrice.pdf>
7. HOLMEROVÁ, I., et al., 2013. *Geriatrický pacient, geriatrická farmakoterapie a kvalita života*. Praktické lékárenství. 9(3), 114-116. ISSN 1801-2434.
8. HROMÁDKOVÁ, D., PRŮCHOVÁ, H., 2017. *Brožura pro neformální pečující*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, z. s. [online]. [cit. 2020-12-8]. Dostupné z: <https://www.caps-os.cz/download/brozura.pdf>
9. JAROLÍMOVÁ, E., 2007. Stárnutí, osobnost a změny. In: HOLMEROVÁ, I., et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum, s. 59-65. ISBN 978-80-254-0179-8
10. JELIGOVÁ, H., KOŽÍŠEK, F., 2010. *Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?* Interní medicína pro praxi. 12 (7 a 8), 388-389. ISSN 1212-7299.
11. JIRÁK, R., 2008. *Jak určit a léčit příčinu dezorientace pacienta v somatických odděleních nemocnice?* Psychiatrie pro praxi. 9(5), 228-229. ISSN 1213-0508.
12. JIRKOVSKÝ, D., et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence. Učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
13. KALA, M., 2013. *Komplikace podkožního podávání infúzí v paliativní péči a možnosti jejich řešení*. Interní medicína pro praxi. 15(1), 36-37. ISSN 1212-7299.

14. KALVACH, Z., MIKEŠ, Z., 2004. Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatrie. In: KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, s. 47-49. ISBN 80-247-0548-6.
15. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Překlad 11. vydání. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
16. LANGMEIER, M., et al., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
17. LORENZO, I., et al., 2019. The Role of Water Homeostasis in Muscle Function and Frailty: A Review. *Nutrients*. 11(8), doi:10.3390/nu11081857.
18. LUKASOVÁ, M., et al., 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. ISBN 978-80-87949-03-0.
19. MALÁ, E., et al., 2011. *Výživa ve stáří*. Interní medicína pro praxi. 13(3), ISSN 1212-7299.
20. MAŠLAŇOVÁ, I., 2012. *Pohled sester na seniory a stáří*. Geriatrie a gerontologie. 1(2), 77-80. ISSN 1805-4684.
21. MATĚJOVKÁ KUBEŠOVÁ, H., 2012. *Pitný režim jako součást léčebného schématu u seniorů*. Geriatrie a gerontologie. 1(2), 85-90. ISSN 1805-4684.
22. MATĚJOVKÁ KUBEŠOVÁ, H., et al., 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů. Úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta. 215 s. ISBN 978-80-204-3394-7.
23. MATĚJOVKÁ KUBEŠOVÁ, H., et al., 2018. *Renální funkce a nemocný vyššího věku*. Geriatrie a gerontologie. 7(1), 5-10. ISSN 1805-4684.
24. MIKOLÁŠEK, P., 2018. *Dehydratace u dětí*. Pediatrie pro praxi. 19(5), 252-255. ISSN 1213-0494.
25. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
26. NANDA INTERNATIONAL, INC., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-47-5412-3.
27. NOVÁKOVÁ, M., 2012. *Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení*. Interní medicína pro praxi. 14(3), 101-103. ISSN 1212-7299.
28. PATSALOS C.O., THOMA, V., 2019. Water supplementation after dehydration improves judgment and decision-making performance. *Psychological Research*. 84(5), 1223-1234, doi:10.1007/s00426-018-1136-y.
29. PETŘEK, J., 2019. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2208-0.

30. POKORNÁ, A., et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
31. POKORNÁ, A., MAIXNEROVÁ, L., 2013. *Sledování nutričního stavu seniorů za hospitalizace*. Praktické lékařství. 93(5), 221–225. ISSN 0032-6739.
32. PROSS, N., 2017. Effects of Dehydration on Brain Functioning: A Life-Span Perspective. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 70(1), 30-36. doi:10.1159/000463060
33. RESSNER, P., et al., 2011. *Delirium u geriatrických nemocných*. Neurologie pro praxi. 12(5): 311–316. ISSN 1213-1814.
34. SHARMA, S., 2018. *Klinická výživa a dietologie v kostce*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0228-0.
35. SCHINDLEROVÁ, M., ??? *Pitný režim. Edukační materiál pro pacienty*. [online]. Fakultní nemocnice Olomouc. [cit. 2020-10-16]. Dostupné z: https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/FNOL_Pitny%20rezim.pdf
36. SCHUCK, O., 2013. *Poruchy metabolismu vody a elektrolytů s klinickými případy*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3689-1.
37. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry. 1. vyd.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
38. STEPHENSON, J., 2019. *Warning over use of standard but 'ineffective' hydration tests*. [online]. *Nursing Times*. [cit. 2020-10-16]. Dostupné z: www.nursingtimes.net/news/older-people/warning-over-use-of-standard-but-ineffective-hydration-tests/7028131.article
39. STRÁNSKÝ, M., 2015. *Výživa ve stáří*. Kontakt. 17(3), 185-193. ISSN 1212-4117.
40. STUHLÍKOVÁ, K., et al., 2018. *Problematika výživy u seniorů*. Zdravotnické listy. 6 (1), 67-73. ISSN 1339-3022.
41. ŠAFKA, V., et al., 2019. *Doporučený příjem tekutin a evidence-based medicine*. Časopis lékařů českých. 158 (3-4), 141-146. ISSN 0008-7335.
42. ŠEBLOVÁ, J., ŠKULEC, R., 2011. *Diferenciální diagnostika kolapsových stavů a přechodných poruch vědomí*. Medicína pro praxi. 8(6), 265–267. ISSN 1214-8687.
43. ŠEFČÍKOVÁ, M., et al., 2014. *Tekutiny a lidský organismus*. Urologie pro praxi. 15(2), 86-88. ISSN 1213-1768. <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2014/02/09.pdf>

44. ŠOCHMANOVÁ, M., 2017. *Vzdělávací novela je pro sestry zklamáním*. [online]. Medical Tribune.cz. [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42337-vzdelavaci-novela-je-pro-sestry-zklamanim>
45. TICHÁ, J., STEHNO, L., 2017. *Standard SANATORY č. 7. Výživa seniorů*. [online]. Pardubice: Asociace péče o seniory. [cit. 2020-10-16]. Dostupné z: https://www.apeos.cz/data/standard_bronz_07.pdf
46. TOMÍŠKA, M., 2009. *Nutriční podpora formou sippingu*. Praktické lékárenství. 5(1), 10-15. ISSN 1801-2434.
47. VÉGH, V., 2015. *Pravda o víně*. [online]. Edukafarm. [cit. 2020-10-14]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/Farmi%202-2015/48%20Vino.pdf>
48. VOKLERT, D., et al., 2019. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*. 38(1), 10-47, doi:10.1016/j.clnu.2018.05.024.
49. ZADÁK, Z., et al., 2019. *Léčba poruch vodního a elektrolytového hospodářství ve stáří*. Geriatrie a gerontologie. 8(2), 64-69. ISSN 1805-4684.
50. Zákon č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017 In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211- 1244.
51. ZRUBÁKOVÁ, K., et al., 2016. *Farmakoterapie v geriatрии*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.
52. ZRUBÁKOVÁ, K., et al., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

9 Seznam použitých zkratk

ECT - extracelulární tekutina

ICT – intracelulární tekutina

CTV – celková tělesná voda v organismu, součet ECT a ICT

NGS – nasogastrická sonda

Příloha 1

Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

Základní identifikační údaje

1. Pohlaví?
2. Oddělení?
3. Nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Celková délka praxe?

Souhlas s rozhovorem

Souhlasíte s provedením a pořízením audio nahrávky tohoto rozhovoru? Bude použit výhradně pro zpracování mé BP, přičemž bude plně zachována anonymita.

Vlastní rozhovor:

1. Jak rozumíte pojmům hydratace/dehydratace?
2. Jak podle Vašeho názoru vypadá správný pitný režim u seniora?
3. Jak hydratujete klienty u vás na oddělení?
4. Jaké tekutiny pokládáte za vhodné pro podávání u seniorů?
5. Jak poznáte, že je klient dehydratovaný?
6. Absolvoval/a jste nějaké kurzy či semináře týkající se hydratace seniorů?
7. Zajímáte se vy sám/sama o informace ohledně správné hydratace seniorů?
(Jestliže ano, jak?)
8. Myslíte si, že je důležité se v oblasti hydratace dále vzdělávat? (Pokud ano proč?
Jaká forma vzdělávání je dle Vašeho názoru vhodná?)
9. Jaké máte vy sám/sama vzdělání v této oblasti?
10. Myslíte, že jsou sestry globálně v oblasti hydratace seniorů dostatečně vzdělané?
Kde vidíte největší mezery?
11. Co všechno u nemocného sledujete, jestliže máte podezření, že je dehydratovaný?
(Sledujete u pacientů na Vašem oddělení bilanci tekutin? Je sledování bilance tekutin na Vašem oddělení v kompetencích sester či ošetřovatelek? Používáte na Vašem pracovišti nějaké škály, které stav hydratace hodnotí? Které laboratorní hodnoty v souvislosti s dehydratací na Vašem pracovišti sledujete?)
12. Jak vypadá standartní péče o seniora, který odmítá pít, na Vašem oddělení?

13. Co všechno jako sestra můžete udělat, abyste dehydrataci seniora předešla, případně ji včas odhalila?
14. Jak zareagujete, když máte podezření, že je starší člověk dehydratovaný?
15. Jaké pomůcky v rámci péče o hydrataci seniorů máte na Vašem oddělení k dispozici? (Které vy osobně preferujete/ máte s nimi dobrou zkušenost?)
16. Co (jaké intervence) vy osobně pokládáte v rámci péče o hydrataci seniorů za nejdůležitější?
17. Jak vy osobně vnímáte roli sestry v péči o hydrataci seniorů?
18. Je péče o dostatečnou hydrataci prioritním cílem sestry?
19. Měla by péče o tuto oblast být úkolem člověka s odpovídajícím vzděláním a kvalifikací nebo může být sestra v této roli zastoupena nižším zdravotnickým personálem?
20. Je na oblast hydratace ve zdravotnictví kladen dostatečný důraz?
21. V čem dle Vašeho názoru spočívají největší mezery a nedostatky v péči o hydrataci seniorů na Vašem pracovišti?
22. Napadá Vás ještě něco důležitého z této oblasti, co nezaznělo a chtěl/a byste to doplnit?

(Zdroj: vlastní)